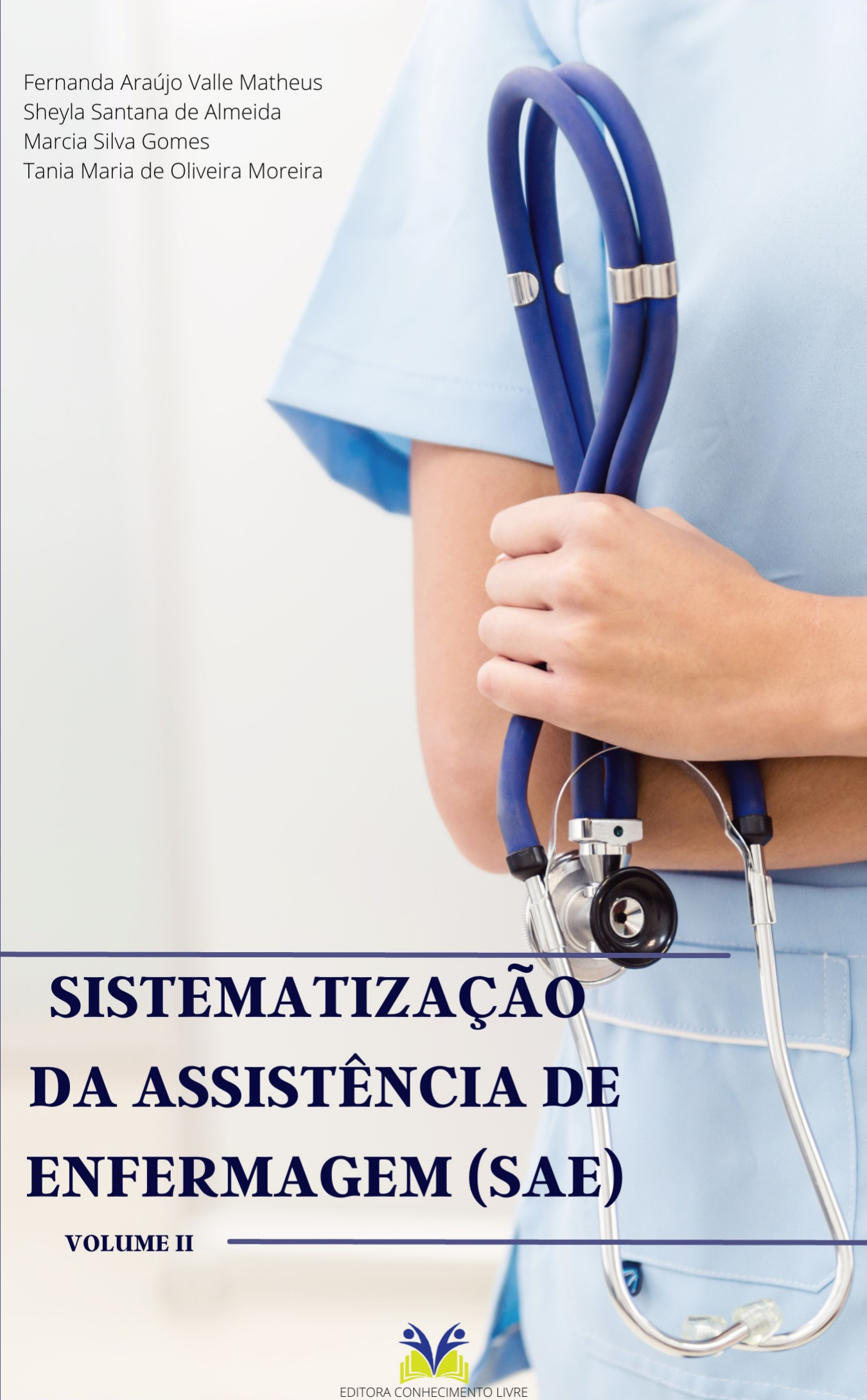


Fernanda Araújo Valle Matheus
Sheyla Santana de Almeida
Marcia Silva Gomes
Tania Maria de Oliveira Moreira



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

VOLUME II



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Fernanda Araújo Valle Matheus
Sheyla Santana de Almeida
Marcia Silva Gomes
Tania Maria de Oliveira Moreira

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

2ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

2ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Matheus, Fernanda Araújo Valle
M429S Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)
/ Fernanda Araújo Valle Matheus. Sheyla Santana de Almeida. Marcia Silva Gomes. Tania Maria de Oliveira Moreira. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2023

123 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl761

ISBN: 978-65-5367-365-6

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. enfermagem 2. sistematização-da-assistência-de-enfermagem 3. processo-de-enfermagem I.
Matheus, Fernanda Araújo Valle II. Almeida, Sheyla Santana de III. Gomes, Marcia Silva IV.
Moreira, Tania Maria de Oliveira V. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl761>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

CAPÍTULO 1	6
PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO NA PRÁTICA CLÍNICA	
GABRYELLE NASCIMENTO DE JESUS	
FERNANDA ARAÚJO VALLE MATHEUS	
ALINE SILVA GOMES	
ANDREIA SANTOS DE JESUS SILVA	
MÁRCIO COSTA DE SOUZA	
HELIANE DUARTE GUIMARÃES BESERRA	
JANAINA NASCIMENTO LASSALA	
VERÔNICA VIEIRA DOS SANTOS	
LORENA DAHER CARNEIRO OLIVA	
AMANDA BORBA BARBOSA	
DOI 10.37423/230607951	
 CAPÍTULO 2	 17
TECNOLOGIAS DE CUIDADO VOLTADO A PREVENÇÃO DE LPP	
Paulo Weber Gomes de Jesus	
Kaique Santos Reis	
Juliana dos Reis Neponuceno de Oliveira	
Dilmara Pinheiro Carvalho	
Geruza Araújo de Andrade	
Jean Carla de Lima	
Georgia Neves da Silva	
Elane Emmanuele Carvalho Fonseca	
Fabiana Costa da Silva	
Fernanda Carine Ribeiro Carvalho	
DOI 10.37423/230607952	
 CAPÍTULO 3	 30
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: ESTUDO DE CASO PAUTADO EM CALLISTA ROY	
Mayná Geovana Arruda Lopes	
Davi Fernando Araújo Da Silva De Almeida	
Eliene Dos Anjos Cerqueira	
Luana Moraes Santos Souza	
Haniel Felix da Silva	
Fernanda Araujo Valle Matheus	
Sheyla Santana de Almeida	
Marcia Gomes Silva	
Jéssica Silva da Silva	
DOI 10.37423/230707958	

CAPÍTULO 4 53

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PRÉ-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA

MAYRA LUIZA MATOS EVANGELISTA DE SOUZA

DOUGLAS DE ALMEIDA SILVA

ADRIELLE FERA MOURA FREITAS

BIANCA SANTOS PIRES

EDIAVILIN ABREU PEREIRA

MARCIA GOMES SILVA

FERNANDA ARAÚJO VALLE MATHEUS

NAILA SANDY MASCARENHAS DA SILVA

LISSANDRA GOMES DE ANDRADE

PÂMELA GERMANO MOTA

DOI 10.37423/230707983

CAPÍTULO 5 70

CUIDADO À PESSOA TESTEMUNHA DE JEOVÁ EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CRANIANA DE RESSECÇÃO DE TUMOR FRENTE AO USO DE HEMOCOMPONENTES

Rute Thyanne Oliveira Souza

Adriana Braitt Lima

Adrielle Ágata Jesus Dias Silva

Ana Vitória da Fonseca Borges

Fernanda Araujo valle Matheus

Fernanda Silva Santana

Luane Vitória Leite de Jesus

Mayra Luiza Matos Evangelista de Souza

Natália Alves dos Santos

Verena Moreira dos Santos

DOI 10.37423/230808086

CAPÍTULO 6 88

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS OPERATÓRIO DE DESBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROSANTE SECUNDÁRIA A ERISPELA BOLHOSA

Ana Vitória da Fonseca Borges

Luane Vitória Leite de Jesus

Fernanda Silva Santana

Natália Alves dos Santos

Rute Thyanne Oliveira Souza

DOI 10.37423/230808088

PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM NEUROESQUISTOSSOMOSE

Camila Cristina dos Santos Coutinho

Haniel Felix da Silva

Ludnessa Figueredo Leite

Vittoria Souza Freitas

Adriana Braitt Lima

Márcia Sandra Fernandes dos Santos Lima

Livia Santana Barbosa

Gabriel da Cruz Santos

Felipe Teclo Moreira

Tássia Palmeira Coelho

DOI 10.37423/230808118

Capítulo 1



10.37423/230607951

PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

GABRYELLE NASCIMENTO DE JESUS

Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS

FERNANDA ARAÚJO VALLE MATHEUS

Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS

ALINE SILVA GOMES

Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS

ANDREIA SANTOS DE JESUS SILVA

Centro de Atendimento ao Diabético e
Hipertenso- CADH

MÁRCIO COSTA DE SOUZA

Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS

HELIANE DUARTE GUIMARÃES BESERRA

PREFEITURA DE SALVADOR

JANAINA NASCIMENTO LASSALA

COLOPLAST BRASIL

VERÔNICA VIEIRA DOS SANTOS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

LORENA DAHER CARNEIRO OLIVA

AUTÔNIMA

AMANDA BORBA BARBOSA

TECNOVIDA-BA

Resumo

Introdução: Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico. Essa condição de saúde pode ser considerada um grave problema para o paciente e profissionais de enfermagem, sendo consequências de longos períodos de internamento, acometendo especialmente pacientes idosos, restritos ao leito e com doenças crônicas-degenerativas. **Objetivo:** Conhecer sobre lesão por pressão para embasamento da prevenção do agravo na prática clínica. **Metodologia:** Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. **Resultados/Discussão:** Os resultados abordam a Etiologia e epidemiologia da lesão por pressão, a fim de identificar os fatores de risco e sua incidência; a seguir discutiremos o papel da enfermagem na atenção à prevenção das LPs e as estratégias; e por fim, abordaremos sobre a formação dos estudantes de enfermagem frente ao cuidado de feridas, em busca de compreender o conhecimento dos estudantes de semestre inicial e fim do curso sobre a prevenção de LPP e identificar necessidades de melhorias no aprendizado. **Conclusão:** Diante disso é de suma importância que o profissional invista em capacitação e aprofundamento no conhecimento em prevenção de feridas, de uma forma empírica, pode-se afirmar que conhecimento é a condição de saber obtida através de uma experiência, vivência, ou de uma junção teoria e prática.

Palavras-chaves: lesão por pressão; estudantes de enfermagem; prevenção de lesão por pressão;

INTRODUÇÃO

A sistematização da Assistência de Enfermagem é um instrumento metodológico que organiza o cuidado de enfermagem, visando organizar o trabalho da equipe a fim de fortalecer o julgamento e tomada de decisão na prática clínica assistencial de pessoas na prevenção de lesão por pressão (TAVARES et al., 2019).

Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico. A LP pode se desenvolver em pele íntegra ou como úlcera aberta, podendo ser dolorosa. Sendo decorrente da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento (NPUAP, 2016). Portanto, essa condição de saúde pode ser considerada um grave problema para o paciente e profissionais de enfermagem, sendo consequências de longos períodos de internamento, acometendo especialmente pacientes idosos, restritos ao leito e com doenças crônicas-degenerativas (ABF et al., 2009).

Na busca de uma atenção qualificada, autores destacam a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de enfermagem relacionado à LP, sendo que as estratégias de prevenção das LP embasam-se em um conjunto de elementos principais: avaliação do risco, por meio de uma abordagem estruturada; avaliação da pele; reposicionamento e mobilização precoce; superfícies de suporte e avaliação e suporte nutricional (POTT, 2018).

Sendo a avaliação de risco uma conduta precoce, deve ser realizada por profissionais qualificados, considerando as alterações na coloração em áreas de pressão, temperatura, edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Essa ação permite identificar precocemente os sinais de danos relacionados à pressão, de modo a adotar medidas preventivas que minimizem seus efeitos sobre o tecido (POTT, 2018).

Dessa maneira o desenvolvimento das LPP é considerado uma iatrogenia por parte da equipe prestadora da assistência, que podem não estar relacionadas diretamente com as patologias, sendo que existem fatores que são que podem ser prevenidos e fatores que não são preveníveis para a prevenção dessas. Porém 95% das LPP são preveníveis (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2019).

Um estudo realizado, em um hospital brasileiro, sobre os gastos totais para tratamento de LP evidenciou custos elevados conforme estágios da LP, variando de R\$67,69 a 172,32 para estágio 2; R\$29,02 e R\$96,38 para estágio 3; R\$20,04 e R\$225,34 para estágio 4 e R\$16,41 e R\$260,18 para as não estagiáveis (ANDRADE et al. 2016). Os enfermeiros têm um papel fundamental tanto em relação

ao tratamento quanto a questões de cunho preventivo, sabendo-se que com a prevenção e o tratamento precoce minimizam o período de internamento do paciente ou torna esse período menos doloroso.

Portanto se faz necessário uma abordagem sistemática e objetiva no que tange aos ensinamentos sobre prevenção de LPs olhando o paciente como um todo e buscando prevenir o comprometimento de possíveis lesões. Dessa forma, para a elucidação do estudo o estudo tem o objetivo de: Conhecer sobre lesão por pressão para embasamento da prevenção do agravo na prática clínica

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de maiores aprofundamentos, que embase a prática para poder prevenir tal agravo.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados abordarão a Etiologia e epidemiologia da lesão por pressão, a fim de identificar os fatores de risco e sua incidência; a seguir discutiremos o papel da enfermagem na atenção à prevenção das LPs e as estratégias; e por fim, abordaremos sobre a formação dos estudantes de enfermagem frente ao cuidado de feridas, em busca de compreender o conhecimento dos estudantes de semestre inicial e fim do curso sobre a prevenção de LPP e identificar necessidades de melhorias no aprendizado.

ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DA LESÃO POR PRESSÃO

As LPs resultam da pressão exercida sobre a pele, tecidos ou estruturas subjacentes comumente sobre proeminências ósseas, consequente da diminuição de suprimento dos nutrientes para os tecidos. Sua etiologia multifatorial é causada por uma combinação de fatores extrínsecos e/ou intrínsecos, dentre eles, variáveis como força, cisalhamento, pressão, umidade, estado clínico, idade, imobilidade, nutrição, medicamentos, dentre outros (MEDEIROS et al., 2016; CAMPANILI et al., 2015 apud OLIVEIRA, 2020).

Diante da combinação de fatores de risco, como idade avançada e restrição à mobilidade é um fator que aumenta a incidência e prevalência proporcionalmente do acometimento da LP, sendo que os idosos são os mais acometidos devido à sua fragilidade funcional e consequente comprometimento

das suas atividades de vida diária (AVDs) (SILVA et al., 2020). Sendo que a LP pode se desenvolver em todas as faixas etárias com predomínio em idosos, assim como pacientes que passam por longos períodos de internamentos, pacientes críticos, portadores de doenças crônicas, idosos com fraturas de fêmur, quadril, pacientes com lesão em medula espinhal, em hospitais e domicílios.

Segundo National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP (2016), as LPs são classificadas em estágios, sendo estágio 1 é aquela em que a pele se apresenta íntegra e com eritema que não embranquece; a LP estágio 2 apresenta perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; o LP estágio 3 apresenta perda total da pele; na LP estágio 4, há perda de pele em sua espessura total e perda tissular; as LP inclassificáveis são aquelas com perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, pois esfacelos encobrem a lesão; a LP tissular profunda é uma descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (NPUAP, 2016).

Recentemente definições adicionais foram inseridas nessa nova nomenclatura, tais como, por exemplo, a LP relacionada a dispositivo médico, associada ao uso de dispositivos para fins diagnósticos e terapêuticos, e a LP em membranas mucosas relativas ao uso de dispositivos médicos no local do dano (NPUAP, 2016).

Pesquisas afirmam que, no ambiente hospitalar, o aparecimento de LP em clínicas médicas têm uma incidência estimada em torno de 42,06%, e em clínicas cirúrgicas, de 39,05%. Contudo, os maiores indicadores, que variam de 29 a 53%, são registrados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Entende-se que esse alto índice pode ser explicado devido ao ambiente que se destina ao tratamento, onde ocorre um maior número pessoas com estado de saúde grave, submetidas aos cuidados complexos e a internações hospitalares prolongadas (PACHA *et al.*, 2018; MATOZINHOS *et al.*, 2017 apud OLIVEIRA, 2020).

No Brasil, a prevalência varia de 27% a 39,4% em pacientes hospitalizados. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) aponta que, de 2014 a 2017, entre os 134.501 incidentes ocorridos nos estabelecimentos de saúde, 23.722 (17.6%) são relativos as LPP, que ocupam o terceiro lugar de eventos mais notificados no país (GAMA, 2020).

ENFERMAGEM FRENTE À PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

A portaria de nº 529 de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, atribui como competência ao Comitê de Implementação do Programa de Segurança do Paciente (CIPNSP) a proposição e validação de protocolos, guias e manuais em diversas áreas, inclusive ao que se refere à

LP, a fim de promover ações que visem melhorias na segurança do paciente durante a prestação do cuidado pelos profissionais de saúde, dando ênfase a enfermagem, por prestar assistência de forma integral e sistematizada (GAMA, 2020).

Ainda segundo Gama (2020), a enfermagem deve guiar sua assistência respaldada em diretrizes clínicas preventivas com o uso de protocolos baseados na individualidade do paciente. Tais medidas como o uso da Escala de Braden, documento padrão essencial, permite avaliar os riscos para o desenvolvimento das LP, apontando os principais fatores de risco relacionados. Este recurso orienta a implementação de ações preventivas, assim evitando a ocorrência do surgimento da LPP, assim como os cuidados centrados na hidratação da pele, mudança de decúbito regular, uso de superfícies de suporte (colchões piramidais e coxins) e ações relativas à higiene do leito e do paciente (GAMA, 2020). É comum o uso de colchão tradicional mesmo em pacientes críticos e com risco muito elevado, levando a entender que a não adesão ou baixa adesão às recomendações para prevenção, dando maior enfoque no tratamento do que a prevenção.

A respeito dessas ações, afirma Soares e Heidemann (2018), que a enfermagem “necessita de formação adequada para aquisição de competências quanto ao planejamento de ações, iniciado pela avaliação, prevenção e tratamento, além da educação das pessoas e seus familiares, a fim de melhorar o cuidado prestado, bem como a qualidade de vida”. Neste contexto, o papel do enfermeiro além do cuidado direto ao paciente, é necessário que ele também esteja preparado para guiar sua equipe na realização das técnicas e cuidados guiados cientificamente. Estudos internacionais acrescentam que com a capacitação dos profissionais de saúde, podem ser evitadas diversas lesões por pressão (MAZZO *et al.*, 2018).

Dessa forma a associação de referenciais sobre as melhores práticas de determinado nível de atenção à saúde traz significativas respostas positivas às necessidades dos pacientes e usuários. O enfermeiro tem o papel de gestor do cuidado prestado à LP, dentro da equipe multidisciplinar. Tange ao enfermeiro a avaliação do risco para o desenvolvimento de tais lesões, bem como a prescrição de medidas preventivas que visam diminuir ou controlar o risco. Depois da lesão já instalada cabe privativamente ao enfermeiro a prescrição de enfermagem sobre os cuidados com a integridade cutânea, realizando a avaliação, registro e tratamento da lesão por pressão (SOUSA JUNIOR, 2019). Servindo de auxílio para avaliação e classificação de risco, pode ser utilizada a Escala de Braden, Escala de Braden-Q, Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) e outras escalas norteadoras.

A escala de Braden é um instrumento essencial para avaliar classificação de risco para LP, foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1988, sendo amplamente utilizada por profissionais da saúde ao redor do mundo. Essa escala analisa suas características principais, sendo ele: Percepção sensorial; Umidade; Atividade; Mobilidade; Nutrição, Fricção e cisalhamento e pontua de 1 a 4, sendo maior quanto mais estável for o estado do paciente (FERNANDES; CALIRI, 2008)

Já a Escala de Braden-Q (EB-Q) é uma escala de classificação de risco de desenvolver LPP pediátrica, essa escala é dividida em sete sub-escalas que são: mobilidade, grau de atividade física, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, e perfusão tecidual e oxigenação, sendo pontuadas de um a quatro, sua soma varia de sete a 28 pontos, sendo avaliado que o escore menor ou igual a 16 significa alto risco de desenvolver LPP, de 17 a 21 um risco moderado e maior ou igual que 22 baixo risco (VOCCI, 2016).

Existe também a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) é utilizada no centro cirurgico e avalia sete itens organizados de acordo com as implicações anatômicas e fisiológicas das posições cirúrgicas sobre o corpo do paciente, sendo eles: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente, seu escore varia entre 7 e 35 sendo que menor ou igual a 19 representa um risco baixo de desenvolver LPP e maior ou igual a 20 representa um alto risco de desenvolvimento de lesões (LOPES, *et al.* 2016)E para assim obter um atendimento completo e multiprofissional, a equipe deve ter acesso ao Processo de Enfermagem (PE), onde deve ser colocado os cuidados e necessidades na assistência do paciente, sendo intencional, sistemático, flexível, dinâmico e baseado em uma teoria, com a finalidade de reduzir as necessidades individuais do paciente (SILVA; SILVA; GONZAGA, 2017). E para que isto aconteça de forma universal a Resolução N° 358 de 2009 dispõe que o PE é constituído de cinco etapas que se interrelacionam, são interdependentes e recorrentes: coleta/histórico de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Dessa forma podendo prestar os cuidados necessários para o paciente de forma ágil e eficaz, sobre as necessidades de cada paciente, buscando se especializar na temática, assim como criar grupos de “Prevenção de Lesão de pele” nas instituições hospitalares e Unidades Básicas de Saúde (incluindo PSF), sendo que a LP podem surgir precocemente nos pacientes graves, contribuindo para o aumento do tempo de internação e, portanto, com uma equipe multiprofissional, ações planejadas, contínuas

e eficazes a partir das primeiras horas admissionais, são possíveis a prevenção dessas lesões (SILVA, 2013).

FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE AO CUIDADO DE FERIDAS

A qualidade da assistência fornecida ao paciente com ferida está diretamente relacionada à capacitação/qualificação do profissional enfermeiro, o qual, além de qualificação e autonomia para realizar/indicar o curativo mais adequado para cada caso, deve realizar a consulta de enfermagem e prestar assistência integral, que abarque tanto aspectos biológicos, quanto emocionais e sociais (BARATIERI et al., 2015). Diante disso é necessário uma qualificação que dê conta do aperfeiçoamento dos estudantes de enfermagem para atuar com responsabilidade e conhecimento na prevenção e prestação de cuidados.

Segundo Bartieri (2015), a qualificação profissional é um processo contínuo, com início na formação acadêmica necessitando de maior correlação com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, faz-se necessária uma interação entre formação, atenção, gestão e controle social em saúde, de modo que as ações em saúde possam ser realizadas conforme cada realidade, embasadas no pensamento crítico (BARTIERI et al., 2015).

Nesse contexto, a falta de conhecimento/capacitação dos graduandos de enfermagem, decorrentes de falhas no método de aprendizado assim como carga horária insuficiente para o conhecimento sobre o tratamento de feridas durante a graduação (FERREIRA et al., 2013). Déficit de especialização, organização e atualização dos profissionais formados e ativos no mercado de trabalho (FERREIRA et al., 2014). São fatores que corroboram para uma carência no cuidado na prevenção de LP.

CONCLUSÃO

Diante disso é de suma importância que o profissional invista em capacitação e aprofundamento no conhecimento em prevenção de feridas, de uma forma empírica, pode-se afirmar que conhecimento é a condição de saber obtida através de uma experiência, vivência, ou de uma junção teoria e prática. Entendendo-se que o conhecimento nessa prática gera um cuidado adequado e precoce para os pacientes, evitando o acometimento dessas lesões prevenindo possíveis danos e longos períodos de internamento ao paciente.

Diante do exposto se faz necessária uma formação de qualidade e uma busca em capacitação dos estudantes para poder realizar um cuidado eficaz, integral, que atenda as necessidades do usuário, embasado nos conhecimentos e práticas de prevenção da LP.

REFERENCIAS:

ABF, *et al.* Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. v. 43, n. 1, p. 223–8, 2009. Acesso em 07 de maio de 2023.

ANDRADE, S. M.; STEFANO, S. R.; ZAMPIER, M. Metodologia da Pesquisa. Paraná: Unicentro, 2017. E-book. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/handle/123456789/1010> Acesso em: 17 de dez. 2022.

Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP, 2016 Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf Acesso em 24/04/2023.

BARATIERI, T.; SANGALETI, C.T.; TRINCAUS, M.R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 4, n. 1, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providencias. Brasília.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida. (Edição em português brasileiro). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA:2019.

FERNANDES, L. M; CALIRI, M. H. L. Uso da Escala de Braden e de Glasgow para Identificação do Risco para Úlceras de Pressão em pacientes internados em centro de Terapia Intensiva. Revista Latino Americana de Enfermagem, 16 (6), Dez 2008.

FERREIRA, A. M, et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2013, v.;17, n.2, p.:211–219, 2013.

FERREIRA, A. M. Conhecimento e prática de enfermeiros sobre cuidados aos pacientes com feridas. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v. 6, n. 3, p.: 1178–1190, 2014.

GAMA, G. B. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. HU Revista, [S. l.], v. 46, p. 1–8, 2020. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.28248. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28248>. Acesso em: 29 abr. 2023.

LOPES, C. M. M. et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Revista Latino Americano de Enfermagem. 2016; 24:e2704.

MAZZO, A. et al. Ensino de prevenção e tratamento de lesões por pressão usando simulação. Esc. Anna Nery, v.22. n.1, e20170182, 2018.

OLIVEIRA, D. N. Construção e validação de protocolo da CIPE® para a prevenção e tratamento da pessoa com lesão por pressão. 2020. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

POTT, F. S. Medidas de prevenção de lesão por pressão: overview de revisões sistemáticas / Franciele Soares Pott - Curitiba, 2018.

SILVA, FNB. et al. Uso de tecnologia leve para prevenção de lesões por pressão. Revista Extensão, UFRB, ed. 20 v.01, jul. 2021 | ISSN: 2236-6784. p. 92-98.

SILVA, J.; SILVA, J.J.; GONZAGA, M.F.N. Etapas do processo de Enfermagem. Revista Saúde em foco, Edição 9, 2017.

SILVA, ML. et al. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. Rev Rene, 14(5). Retrieved from, 2013.

SOUSA JÚNIOR, B.S. Análise Institucional das Práticas do Enfermeiro na Prevenção de Lesão por Pressão. Natal, 2019. Dissertação (Mestrado), 100f. – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

TAVARES D.S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (31), e1255. <https://doi.org/10.25248/reas.e1255.2019>

VOCCI, MC et al. Informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por pressão em pacientes pediátricos. Guia de consulta rápida, Botucatu: Universidade Estadual Paulista, 2016, ePUB.

Capítulo 2



10.37423/230607952

TECNOLOGIAS DE CUIDADO VOLTADO A PREVENÇÃO DE LPP

Paulo Weber Gomes de Jesus

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Kaique Santos Reis

Universidade Estadual de Santa Cruz

Juliana dos Reis Neponuceno de Oliveira

*HUPES- BA- Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares- EBSEH*

Dilmara Pinheiro Carvalho

*MCO- UFBA- Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares - EBSEH.*

Geruza Araújo de Andrade

Universidade Anhaguera de Feira de Santana

Jean Carla de Lima

SESAB- BA

Georgia Neves da Silva

Faculdade Estácio Idomed Alagoinhas

Elane Emmanuele Carvalho Fonseca

*Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-
EBSEH*

Fabiana Costa da Silva

*Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-
EBSEH*

Fernanda Carine Ribeiro Carvalho

*MCO- UFBA-Empresa Brasileira de Serviços
Hospitalares - EBSEH.*

Resumo: **Objetivo:** descrever como as tecnologias do cuidado apoiam a assistência de enfermagem na prevenção das lesões por pressão. **Método** Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. **Resultados:** Os resultados foram divididos em: compreender as lesões por pressão; atuação da enfermagem e tecnologias de cuidado das LPPs. **Conclusões e implicações para prática:** O estudo poderá contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes através do conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das tecnologias disponíveis atualmente para melhor atender aos pacientes bem como contribuir com a diminuição de casos de lesão por pressão no contexto hospitalar.

Palavras-chave: lesão por pressão; hospital; tecnologia; prevenção; cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

É possível considerar que a Lesão por Pressão (LPP) é um problema enfrentado pela saúde pública, devido os seus elevados dados de incidência e prevalência (CAMPANILLI, et al., 2015). Com isso, traz problemas tanto para a pessoa acometida pela lesão, como para a instituição, pois além das dores e desconforto, essas lesões podem atrasar o período de recuperação, que consequentemente aumentaria os gastos necessários para o tratamento (BORGHARDT et al., 2016). Dessa forma, faz-se necessário o uso de ações de prevenção, para minimizar possíveis danos à saúde das pessoas hospitalizadas, tendo a enfermagem como profissão essencial e com destaque em ações de educação em saúde com foco preventivo.

É importante compreender o conceito de LPP para que sejam realizadas as medidas de caráter preventivo. A LPP é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (MORAES, 2016). São consideradas um dos problemas mais comuns de saúde, ocorrendo em diversos contextos da assistência, principalmente no ambiente hospitalar (TAUFFER et al., 2019). Urge que sejam pensadas medidas preventivas para minimizar os danos do agravo.

Mesmo com o grande avanço tecnológico e estrutural dos ambientes hospitalares com os cuidados de saúde, é notável a elevada prevalência de pessoas que desenvolvem LPP nas unidades. No Brasil, a prevalência de lesão por pressão é semelhante às relatadas na literatura mundial, cerca de 40% em pacientes de risco internados em hospital. A busca por estratégias e soluções para essa problemática é uma luta dos profissionais de saúde do mundo inteiro sendo um dos maiores desafios vivenciados na assistência em saúde (GURGEL; ABREU, 2021).

Programas de cuidado com a pele para a prevenção de lesões, baseados em diretrizes internacionais, têm contribuído para a diminuição do número de lesões de pele, embora nem todos os fatores de risco para o seu desenvolvimento sejam conhecidos, devido às especificidades de cada paciente e da doença associada (SHANIN; DASSEN; HALFENS, 2008). Os fatores de risco que favorecem o aparecimento da LP podem ser relacionados tanto ao paciente (idade, morbidade, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência) como ao ambiente que o mesmo se encontra (pressão, cisalhamento, fricção e umidade) e são considerados fatores intrínsecos e extrínsecos respectivamente.

Segundo Gurgel e Abreu (2021) além do enfermeiro, os profissionais da equipe multiprofissional têm um papel importante no cuidado ao paciente hospitalizado, visto que, o risco para desenvolver lesões está atrelado a uma boa assistência, sendo um grande indicador de saúde. A capacidade dos profissionais reconhecerem os pacientes em risco de desenvolvimento de LP somadas à avaliação do estado nutricional, estão entre as estratégias de prevenção de lesões de pele. Visto isso, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a). Neste programa, um dos objetivos é a diminuição da ocorrência da LP, considerando os elevados custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2013b).

Os gastos com o tratamento de lesão por pressão em instituições públicas acabam sendo maiores se comparados a instituições privadas, pois não existe um controle efetivo desse tipo de material (FAVRETO et al., 2017). Existe uma relação proporcional entre os custos e os estágios das lesões por pressão, de modo que, quanto mais severa a lesão, maior o gasto com o tratamento (SILVA et al., 2017). Um estudo realizado em um hospital brasileiro, sobre os gastos totais para tratamento de LPP evidenciou custos elevados conforme estágios da lesão, variando de R\$67,69 a 172,32 para estágio 2; R\$29,02 e R\$96,38 para estágio 3; R\$20,04 e R\$225,34 para estágio 4 e R\$16,41 e R\$260,18 para as não estadeáveis. Os enfermeiros têm um papel fundamental tanto em relação ao tratamento quanto a questões de cunho preventivo.

No que tange ao tratamento das lesões por pressão o enfermeiro tem um papel crucial na correta avaliação e classificação das lesões assim como na escolha do tratamento mais adequado. No que tange a prevenção, esse profissional também é peça chave na aplicação de medidas de prevenção dessas lesões (FAVRETO et al., 2017). A padronização de um método preventivo e sua aplicabilidade correta garantem a melhoria mais rápida do paciente e o reconhecimento do trabalho prestado pelo enfermeiro (FAVRETO et al., 2017). Com medidas eficientes é possível evitar ao paciente o sofrimento físico e/ou psíquico que uma lesão por pressão pode trazer, proporcionando um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado às pessoas portadoras desse tipo de lesão (FAVRETO et al., 2017).

Entende-se que devido à alta prevalência das lesões por pressão associada aos altos custos que são gerados aos sistemas de saúde, é de muita importância contribuir para a redução dessa complicação. O interesse inicial desta temática surgiu após um campo de prática onde foi possível notar os altos números de desenvolvimento de LPP, surgindo o seguinte questionamento: Como as tecnologias do cuidado apoiam a assistência de enfermagem na prevenção das lesões por pressão? Nesse sentido, o

objetivo deste estudo é descrever como as tecnologias do cuidado apoiam a assistência de enfermagem na prevenção das lesões por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de maiores aprofundamentos, que embase a prática para poder prevenir tal agravo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em: compreender as lesões por pressão; atuação da enfermagem e tecnologias de cuidado das LPPs.

COMPREENDENDO AS LESÕES POR PRESSÃO

A lesão por pressão, diferentemente das demais alterações de pele, tem sido fonte de preocupação por representar um problema de saúde pública pela sua prevalência e elevada morbimortalidade. Faz-se necessário a compreensão dos conceitos, fatores de risco, estadiamento para melhor atuação dos enfermeiros no tratamento e na prevenção do agravo.

A definição de lesão por pressão proposta pela internacional de National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016), refere-se a uma ferida localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Já a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define as lesões por pressão como um foco de atenção descrito como dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada (CIPE, 2006).

Outros autores definem que as lesões por pressão, como feridas cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundárias a aumento de pressão externa contínua, que geralmente são localizadas sobre uma proeminência óssea. Estas se localizam no tecido epitelial e nos tecidos de estruturas subjacentes, ocorrendo um aumento da pressão local e a ação de forças de cisalhamento contra uma proeminência óssea a qual danifica a estrutura da pele, levando a um risco alto de hemorragia local e consequente necrose tecidual e infecção secundária (ROLIM, 2016).

Faz-se necessário a compreensão destes conceitos por parte dos profissionais, para que sejam pensadas medidas de prevenção do agravo.

As LPP se manifestam devido a alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes. Seu desenvolvimento depende de vários fatores, sendo o principal a pressão extrínseca sobre determinadas áreas da pele e tecidos moles por tempo prolongado. Inicialmente, ocorre à limitação circulatória nas camadas mais superficiais da pele e conforme a isquemia se aproxima de proeminências ósseas, e focos maiores de tecido são lesionados (LUZ, 2010). Esses fatores de risco levam a lesões simples até as mais complexas, assim é necessário que os profissionais de saúde saibam identificar a gravidade destas lesões de modo a tratar e prevenir esse agravo.

Segundo Moraes e Lopes (2017), é papel do enfermeiro saber identificar a Lesão por Pressão de acordo com a classificação dos seus estágios, sendo o grau 1 o mais leve, e o grau 4 o mais grave. No estágio 1 ocorre hiperemia em regiões de proeminências ósseas. O estágio 2 se caracteriza por perda parcial da espessura da derme, sem a presença de esfacelo, podendo apresentar bolhas preenchidas por exsudato seroso. Já no estágio 3 ocorre uma perda do tecido em sua espessura total, atingindo o tecido adiposo subcutâneo, mas não ocorre a exposição de tecidos ósseos, tendões ou músculos. No estágio 4 ocorre uma perda total do tecido, havendo a exposição de tecidos muscular, ósseo e tendões e ainda a presença de esfacelo. Cabe salientar que quanto maior o estágio, maior a complexidade do tratamento e consequentemente as complicações que geram internamentos (ROCHA, 2015).

A elevada morbidade relacionada às LPP é uma realidade nacional e internacional (MORAES et al., 2010). A LPP atinge em torno de 9% de todos os pacientes internados, sendo a maioria idosos, e cerca de 23% dos acamados que estão em tratamento residencial (MAKAI et al., 2010). Pesquisa nacional realizada em 2019 revelou que a maior prevalência de lesão por pressão ocorre com o sexo masculino, com idade média de 54 anos, da raça branca e com internação média de 45 dias, sendo a localização mais frequente a região sacra (74,8%) (TAUFFER et al., 2019). Outro estudo acrescenta que a idade é um fator que eleva o aparecimento das lesões por pressão (LUCRI; COSTA, 2021). Essa prevalência de lesões por pressão gera custos elevados ao sistema de saúde.

Dentre os tratamentos que geram altos custos às instituições de saúde evidenciam-se os destinados às lesões cutâneas, sobretudo às lesões por pressão (TUBAISHAT; ALJEZAWI; QADIRE, 2013). Pacientes internados com LPP apresentam um potencial epidemiológico para aumento no tempo de internação e consequentemente, aumento do custo final da assistência prestada, devido ao alto risco de infecções

hospitalares, além de comprometimento físico o que pode acarretar distúrbios psicossociais (PORTUGAL; CHRISTOVAM, 2018).

Estudo realizado por Portugal e Christovam (2018) revelou que existe um custo estimado de R\$ 14,24 por paciente e R\$ 2992,03 no referido hospital para o tratamento de lesão por pressão. Urge que os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem atuem com medidas de prevenção para minimizar a elevada prevalência do agravo.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

A proteção da integridade cutânea é considerada como indicativo de qualidade dos cuidados assistenciais, pois a presença de lesões de pele ou perilesão estão associadas ao aumento do tempo de internação, à carga de trabalho para a equipe de saúde e os custos hospitalares (GURGEL; ABREU, 2021). A enfermagem é uma ciência que tem como objeto o cuidado. Nesta perspectiva o enfoque preventivo, assim como o de promoção da saúde, deve nortear a prática assistencial, na busca por um menor índice da lesão por pressão (SOARES, TERESINHA, HEIDEMAAN, 2018). Embora tenha avançado os cuidados em saúde, as LPP permanecem sendo uma importante causa de morbidade, interferindo na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, causando um problema social e econômico (LUZ, 2010).

A prevenção de LPP está entre as áreas prioritárias de atuação do Programa de Segurança do Paciente, alavancado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em busca de qualidade da assistência e a segurança do paciente nos contextos de cuidados (URBANETTO et al., 2012). Programas de cuidado com a pele para a prevenção de lesões, baseados em diretrizes internacionais (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009), têm contribuído para a diminuição do número de lesões de pele, embora nem todos os fatores de risco para o seu desenvolvimento sejam conhecidos, devido às especificidades de cada paciente e da doença associada (SHANIN; DASSEN; HALFENS, 2008).

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro, o que inclui a prevenção da úlcera por pressão através de ações que têm por objetivo impedir que o paciente apresente os fatores de risco desencadeantes deste tipo de lesão (PEREIRA et al., 2014). O sucesso na prevenção e na diminuição das LPP depende do conhecimento dos fatores predisponentes e da habilidade da equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem que presta assistência direta aos pacientes de maneira individualizada (OLIVEIRA et al., 2012).

As principais estratégias elencadas para a prevenção da lesão por pressão são: limpeza da pele, minimizar fatores ambientais a exemplo da umidade baixa e exposição ao frio, minimizar exposição à umidade, avaliação do estado nutricional prescrição por profissional especializado de suplementos, uso de almofadas ou acolchoados para proteção de proeminências ósseas e mudanças constante de decúbito (OLIVEIRAet al., 2012).

Além dessas ações preventivas o enfermeiro deve avaliar o paciente uma vez ao dia, observando os principais pontos de proeminências ósseas e risco de formação de lesões e anotá-las descrevendo minuciosamente as características destas feridas no prontuário, e todos os cuidados realizados (LUCRI; COSTA, 2021). É possível considerar então que a melhor estratégia de prevenção é a intervenção precoce que se dá a partir da identificação dos pacientes e da implantação de métodos preventivos (LAURENTIet al., 2015).

Para agir de forma precoce o profissional de enfermagem deve fazer o uso de medidas preventivas, além de métodos que avaliem o risco de desenvolvimento dessas lesões. Uma avaliação criteriosa e periódica do paciente em risco para o desenvolvimento de LPP é imprescindível na prática do enfermeiro. Assim, vários instrumentos de avaliação de risco têm sido desenvolvidos, entre os quais, destacam-se as escalas mais comumente utilizadas, como a de Braden (ROCHA; BARROS, 2007). As escalas de avaliação de risco estabelecem, por intermédio de pontuação, a probabilidade da ocorrência da LPP em um paciente, com base numa série de parâmetros considerados como fatores de risco (PANCORBOet al., 2009). Estas escalas incluem condição geral e avaliação da pele, mobilidade, umidade, incontinência, nutrição, dor, entre outros fatores (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009).

A escala de Braden está amparada na fisiopatologia das lesões por pressão e permite avaliação de aspectos importantes à formação da úlcera (PARANHOS; SANTOS, 1999). Esta escala tem apresentado alta especificidade e alta sensibilidade, em comparação às demais escalas de predição de risco, o que torna esta avaliação mais confiável e relevante, pois mensura alguns aspectos, entre os quais, a percepção sensorial, umidade, mobilidade, nutrição, fricção, e cisalhamento (CORREIA; BONETTE, 2011).

TECNOLOGIAS DE CUIDADO LPP

Por viver em era tecnológica, muitas vezes a concepção de tecnologia tem sido usada de forma enfática no cotidiano, porém, equivocadamente, concebida somente como um produto, uma

máquina, uma materialidade generalizada e resumida a procedimentos técnicos de operação e seu produto (STUDART et al., 2011). A tecnologia, como equipamento, é um componente importante de instrumento de trabalho no exercício educativo, contudo, não se restringe à tecnologia em si ela também está voltada para a organização lógica das atividades, de tal modo que possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e transmitidas (NIETSCHE et al., 2005).

As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas, desse modo o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações. O conjunto de conhecimentos que o profissional detém, a maneira como ele interage com o usuário, bem como as estratégias utilizadas na operacionalização do cuidado constituem-se tecnologias do cuidado em saúde (KOERICH et al., 2006). Pensando nas tecnologias do cuidado em enfermagem, podemos defini-las de acordo com Nietzsche e Leopardi (2000, p. 140) “todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado”. Também, de acordo com Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas em 3 tipos, leves, leve-duras e duras.

Tratando-se da lesão por pressão, após as observações de dois estudos elaborados em 2010 e 2017 respectivamente, foi possível notar que as tecnologias utilizadas com mais eficácia para a solução e prevenção desse problema seriam a implementação de protocolos, e aplicação de escalas de avaliação de riscos. O protocolo é designado como uma decisão estratégica de fortalecimento em melhores práticas assistenciais, permitindo a integração de diferentes equipes profissionais, além de sistematizar um cuidado mais qualificado, objetivando reduzir as incidências de LPP (SILVA et al., 2010). Já as escalas tornam-se eficazes e sensíveis para avaliar os fatores de risco que contribuem para o aparecimento de úlceras por pressão em pessoas hospitalizadas acometidas (STUDART et al., 2011).

CONCLUSÃO

No trabalho de pesquisa constata-se que existe um número elevado de desenvolvimento de lesões por pressão, que trazem impactos significativos sobre o período de internação do paciente, de modo consequente, custos altos de tratamento para a instituição. E por isso se faz a importância de estudar sobre a assistência de enfermagem a pacientes portadores dessa lesão pautada em seus fatores de risco e nas ações preventivas.

Diante da metodologia empregada neste estudo, onde foi feita uma análise da literatura a fim de se obter profundo entendimento do fenômeno a ser estudado com base em estudos anteriores,

houveram algumas limitações de pessoais e de tempo, que impediram uma pesquisa mais ampla na bibliografia para a análise de outros métodos de prevenção.

Por fim, o estudo teve o intuito de contribuir para melhoria da qualidade de vida dos pacientes, através do conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos fatores de risco, as medidas de prevenção e as tecnologias disponíveis atualmente para melhor atender aos pacientes, bem como contribuir com a diminuição de casos de lesão por pressão.

REFERÊNCIAS

- AGHAZADEH, AhmadMirzaet *al.* Frequency and risk factors of pressure injuries in clinical settings of affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. *Nursing Open*, v. 8, n. 2, p. 808-814, 2021. DOI:10.1002/nop2.685. PMID: 33570276; PMCID: PMC7877138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7877138/pdf/NOP2-8-808.pdf>. Acesso em: 3 Fev. 2023.
- BORGHARDT, Andressa Tomazini *et al.* Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.69, n. 3, p. 431-438, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 3 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 3 maio 2021.
- CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino . Incidência de úlceras por pressão em paciente de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Revista Escola Enfermagem USP*. v. 49, p. 7-14, 2015. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0007.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.
- DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli *et al.* Análise de custos do tratamento de lesão por pressão em pacientes internados. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. v. 9 e3446, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3446>. Acesso em: 7 nov. 2021.
- FAVRETO, Fernanda Janaína Lacerda *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. *Revista Gestão e Saúde*, v. 17, n. 2, p. 37-47, 2017. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.
- FORD, Steve. Virgin adopts ‘game changing’ pressure ulcer scanner. *Nursing Times*. Wethersfield, Braintree, 29 fev. 2016. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/news/community-news/virgin-adopts-game-changing-pressure-ulcer-scanner-29-02-2016/>. Acesso em: 04 mar. 2023
- GURGEL, Laise da Silva Soares; ABREU, Rita. Nelma Dantas Calvalcante. Protocolo para prevenção e gerenciamento de lesões de pele (PPGLP). Fortaleza: IMAC, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354826336_Protocolo_para_Prevencao_e_Gerenciamen_to_de_Lesoes_de_Pele_PPGLP. Acesso em: 02 maio 2021
- HAYN, Dieter *et al.* Um sistema de eHealth para avaliação de risco de úlcera por pressão com base em dados de acelerômetro e pressão. *Diário de Sensores da Hindawi*, v. 1, n. 9, p. 1-9, 21 jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/106537>. Disponível em:

<https://downloads.hindawi.com/journals/js/2015/106537.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

LUCRI, Mônica Juliana da Silva; COSTA, Marli de Oliveira. A assistência da enfermagem nas lesões por pressão em pacientes acamados. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e12910514719, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14719>. Acesso em: 2 nov. 2021.

MAKAI, Peter *et al.* Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-7547-8-11> Disponível em: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1478-7547-8-11.pdf?pdf=button%20sticky>. Acesso em: 4 out. 2021.

MOHER, D. *et al.*; GALVÃO, Tais Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David (trad.). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017&lng=pt&nrm=iso. acessos em 02 jun. 2023.

MORAES, Juliano Texeira *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. v. 6, n. 2, p. 2292-2306, 2016. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>. Acesso em: 04 out. 2021.

OLIVEIRA, Sherida Karanini Paz *et al.* Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023. Acesso em: 10 nov. 2021.

PICKENBROCK, Heidrun; LUDWIG, Vera; ZAPF, Antonia. Support pressure distribution for positioning in neutral versus conventional positioning in the prevention of decubitus ulcers: a pilot study in healthy participants. *BMC Nursing*, v. 16, n. 1, p. 1-7, 16 out. 2017. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0253-z>. Disponível em:

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12912-017-0253-z.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

PORTUGAL, Livia Bertasso Araújo; CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu. Estimativa do custo do tratamento da lesão por Pressão, como prevenir e economizar recursos. *Revista de Enfermagem Atual*, v. 86, n. 24, p. 1-9, 2018. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/93>. Acesso em: nov. 2021.

QADDUMI, Jamal; KHAWALDEH, Abdullah. Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, v. 13, n. 1, p. 1-8, 24 fev. 2014. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-6>. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1472-6955-13-6.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. Revista Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7MkwYGfqlXywkDZwWXCwQQz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2021.

ROCHA, Layriane Emmanuel Silva *et al.* Prevenção de úlceras por pressão: avaliação dos profissionais de enfermagem: conhecimento. Cogitare Enfermagem, v. 5, n. 1, p. 1-9, 20 ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41750>. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41750/26271>. Acesso em: 04 maio 2023.

SALGADO, Larissa Paulino *et al.* Escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão. Revista Eletrônica do Cesna, v. 1, n. 11, p. 1-18, maio 2018. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/468/349>. Acesso em: 04 maio 2023.

SHANIN Eman, DASSEN Theo, HALFENS Ruud. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. Nursing in Critical Care. 2008 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1478-5153.2007.00249.x>. Acesso em 2021.

SILVA, Dinara Raquel Araújo *et al.* Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.51:e03231, 2017 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XDnfpDdcf46wqjNzvCfcHgj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

TAUFFER, Josniet *al.* Perfil epidemiológico das lesões por pressão em um hospital escola no Oeste do Paraná. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 19, n. 77, e189, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/189/310>. Acesso em: 1 nov. 2021.

TEIXEIRA, Andreza de Oliveira *et al.* Fatores associados à incidência de lesão por pressão em pacientes críticos: estudo de coorte. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 1, n. 1, p. 1-7, 31 mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167->. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KRbDPd6VwRpYgcQ65XC6bwR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 maio 2023.

VERASZTO, Estéfano Vizconde *et al.* Tecnologia: Buscando uma definição para o conceito. Prisma.com, n. 8, p. 19-46, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/66904>. Acesso em: 02 nov. 2021.

Capítulo 3



10.37423/230707958

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: ESTUDO DE CASO PAUTADO EM CALLISTA ROY

Mayná Geovana Arruda Lopes

Universidade Estadual de Feira de Santana

Davi Fernando Araújo Da Silva De Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana

Eliene Dos Anjos Cerqueira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Luana Moraes Santos Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana

Haniel Felix da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Fernanda Araujo Valle Matheus

Universidade Estadual de Feira de Santana

Sheyla Santana de Almeida

Universidade Federal de Uberlândia

Marcia Gomes Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Jéssica Silva da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Resumo: Objetivo: Relatar a sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de úlcera péptica perforada, baseada na teoria de Callista Roy. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso clínico cirúrgico, utilizando-se do Processo de Enfermagem em suas cinco fases. Mediante o exposto, o estudo utilizou a teoria de adaptação de Callista Roy, que enfatiza a importância da adaptação do paciente ao ambiente para manter sua saúde e bem-estar. Segundo Roy, a enfermagem é um processo de promoção da adaptação do paciente, que pode ser alcançado por meio de intervenções específicas. **Resultado:** O paciente escolhido foi avaliado, conforme anamnese e exame físico, juntamente com os dados de admissão de seu prontuário, evoluções, medicamentos utilizados e exames laboratoriais, foi possível a captação do material necessário para a realização do estudo, e a partir de seus achados foram elaborados 08 diagnósticos de enfermagem pautados em Callista Roy para o paciente em questão, com suas metas e cuidados de enfermagem. **Considerações finais:** A aplicação dos modos preconizados por Roy na assistência a esses pacientes mostra-se como um fator crucial para a melhoria dos aspectos biopsicossociais, promoção do conforto e minimização de complicações futuras. Os modos fisiológicos, autoconceito, função do papel e interdependência devem ser considerados de forma integrada para garantir uma abordagem completa e eficaz.

Palavras-Chave: Processo de Enfermagem; Callista Roy; Teoria da Adaptação; SAE.

INTRODUÇÃO

A SAE é atualmente uma ferramenta de uso profissional, a partir da qual os profissionais de enfermagem norteiam-se acerca dos riscos a que os pacientes estão expostos durante a assistência à saúde para a partir dela realizarem uma assistência integral e individualizada contribuindo para a garantia da segurança (PEREIRA et al., 2017). De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem funciona como estratégia de organização do serviço de enfermagem, dado que orienta quanto aos métodos e aos instrumentos, de forma a padronizar e qualificar o trabalho dos profissionais, tendo em vista, que a Enfermagem enquanto ciência necessita de embasamento teórico o qual é ofertado pela SAE.

Sob essa ótica, o cenário hospitalar é um dos ambientes onde a sistematização dos cuidados de enfermagem é imprescindível. Onde pode ser empregada visando a minimização dos riscos e complicações, além de buscar a adesão, adaptação e recuperação do paciente por meio da transformação do processo do cuidar em um sistema dividido em etapas que permitirão atender adequadamente às necessidades do paciente com enfoque em sua singularidade (SAMPAIO et al., 2016). Sendo a SAE, portanto, um mecanismo capaz de organizar o cuidado em suas mais diversas vertentes, salienta-se sua importância em questões como as complicações ocasionadas por úlcera péptica gástrica aliado a teoria de Callista Roy.

Segundo Monteiro et al (2016), essa teoria permite identificar como as pessoas afetadas por patologias podem responder a estímulos externos, de forma adaptativa ou não, e como intervenções podem incentivar o convívio social como um processo adaptativo. Nesse contexto, o papel do enfermeiro é atuar como mediador e capacitar as pessoas a desenvolver mecanismos de enfrentamento. O modelo de Roy é composto pela pessoa, ambiente, saúde e metas da enfermagem. A pessoa é vista como um sistema holístico, que emite respostas adaptativas ou ineficientes e está em constante mudança. O ambiente é compreendido como as circunstâncias e influências que afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas. A saúde é um estado e um processo de ser. As metas da enfermagem incluem promover respostas adaptativas nos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. Dessa forma sistematizar o cuidado prestado ao paciente com úlcera gástrica aliado a Teoria de Callista Roy é de suma importância para o cuidado integral e biopsicossocial do paciente.

A úlcera péptica gástrica é uma lesão que ocorre na camada interna do estômago, na região da mucosa, e é causada pelo desequilíbrio entre o cancelamento de proteção da mucosa gástrica e os

fatores agressores, como o acúmulo excessivo de ácido clorídrico e pepsina. As lesões geralmente ocorrem na pequena curvatura do estômago e na parte proximal do duodeno, mas também podem ocorrer na região inferior do esôfago, na porção distal do duodeno ou no jejuno, formando uma ferida que é conhecida como úlcera (Ramakrishnan e Salinas, 2007).

A úlcera péptica perfurada é uma complicação grave da doença ulcerosa péptica, que ocorre quando a úlcera penetra através de todas as camadas da parede do estômago ou duodeno, levando ao extravasamento de conteúdo gástrico para a cavidade abdominal. Segundo Souza e Dias (2017), essa complicação é responsável por uma alta taxa de mortalidade, variando de 10% a 30%.

De acordo com a literatura, a principal causa da úlcera péptica perfurada é a infecção pelo *Helicobacter pylori*, que provoca inflamação crônica da mucosa gástrica, predispondo à formação da úlcera (SOUZA; DIAS, 2017; ABREU et al., 2019). Além disso, o uso prolongado de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) também é um fator de risco importante para o desenvolvimento da úlcera péptica perfurada (FARIAS et al., 2019).

O diagnóstico da úlcera péptica perfurada é clínico, sendo que a dor abdominal súbita e intensa é o principal sintoma relatado pelos pacientes (ABREU et al., 2019). Os exames complementares incluem radiografia simples do abdômen em posição ortostática, que pode evidenciar a presença de ar livre na cavidade abdominal, além de exames laboratoriais como hemograma completo, eletrólitos, creatinina, ureia, gasometria arterial e exames de coagulação. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico e avaliar a extensão da perfuração e a presença de complicações (Ramakrishnan e Salinas, 2007).

O tratamento para úlcera péptica perfurada, geralmente inclui cirurgia de emergência para reparar a perfuração e remover qualquer tecido necrosado ou infectado. Durante a cirurgia, o cirurgião pode realizar uma sutura na úlcera ou remover a porção afetada do estômago ou do intestino delgado. Em alguns casos, pode ser necessário remover parte do estômago. Após a cirurgia, o paciente geralmente permanece no hospital por um período para monitoramento e tratamento da dor e outras complicações. Durante este tempo, o paciente pode receber medicamentos para controlar a dor e reduzir a inflamação. Também pode ser necessário administrar antibióticos para prevenir infecções (Kim et al., 2012, Wysocki et al., 2011).

Nesse contexto, é fundamental a adoção de medidas preventivas para evitar o desenvolvimento da úlcera péptica perfurada, como a erradicação do *H. pylori* e a utilização racional dos AINEs (FARIAS et

al., 2019). Além disso, o reconhecimento precoce dos sintomas e o encaminhamento imediato para atendimento médico adequado podem salvar vidas (SOUZA; DIAS, 2017).

A relevância do presente estudo reside na importância da enfermagem no cuidado dos pacientes com úlcera péptica perforada. A partir da triagem e diagnóstico precoce até o tratamento e reabilitação pós-cirúrgica, a enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência desses pacientes.

Desta forma, a motivação para este estudo advém da prática hospitalar da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II, do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, onde se observou a necessidade de compreender os sinais e sintomas da úlcera péptica perforada, para uma avaliação completa e rápida, além de fornecer informações valiosas sobre os fatores de risco, complicações e tratamentos disponíveis. A compreensão da fisiopatologia e sua gestão clínica pelos profissionais de enfermagem pode proporcionar cuidados de qualidade aos pacientes e contribuir para melhores resultados de saúde.

A vista disso, o estudo de caso tem como objetivo descrever a sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de úlcera péptica perforada, baseada na teoria de Callista Roy.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado no mês de março durante o primeiro dia da atividade prática do componente curricular (180h) da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, realizado no setor de Clínica Cirúrgica II do Hospital Geral Clériston Andrade, localizado em Feira de Santana, Bahia.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso clínico cirúrgico, utilizando-se do Processo de Enfermagem em todas as suas fases. A pesquisa foi realizada com um paciente adulto, sexo masculino, 30 anos, solteiro, não possui filhos, ensino médio completo e trabalha como auxiliar de produção industrial.

O processo de coleta de dados se iniciou com a apresentação do setor à equipe de coleta e a escolha do paciente para sua realização. Ao selecionar o paciente, foi realizada a apresentação da equipe e houve a emissão de um termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado e passada todas as suas especificações e a explicação do procedimento do estudo de caso.

Deste modo, o trabalho foi elaborado em conformidade com a bioética, garantindo a execução dos princípios de beneficência, justiça, autonomia, não maleficência e equidade, respeitando as resoluções 466/12 e 510/16 que dispõem sobre as normas de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O referido caso, trata-se de um paciente no pós-operatório imediato de cirurgia de laparotomia exploratória e gastrorrafia devido ao diagnóstico de úlcera péptica.

Com o intuito de cumprir as etapas e proposta da SAE, a equipe, composta por quatro discentes, foi dividida em duas duplas. A primeira dupla, preocupou-se em realizar o histórico de enfermagem, efetuando a entrevista e coleta de dados, através da anamnese e exame físico, dessa forma, conhecendo a história clínica do paciente, para assim traçar um plano assistencial de enfermagem com metas e cuidados. A segunda dupla, responsabilizou-se por coletar os dados do prontuário, obtendo registros da admissão até a coleta de dados.

Em seu prontuário estavam inclusos seu histórico de enfermagem com evolução de enfermagem e evolução médica, prescrição médica, laudo médico, ficha de avaliação, admissão e triagem, admissão em centro cirúrgico, checklist de cirurgia segura, folha de anestesia, registro de enfermagem transoperatório, dados de exames laboratoriais e exames de imagem.

Em vista disto, o plano de cuidados foi realizado a partir da utilização das seguintes ferramentas: *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (2020) para elencar e embasar os diagnósticos de enfermagem, Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC para levantar intervenções e a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC para explicar as metas a serem alcançadas, assim possibilitando a elaboração dos cuidados voltados ao paciente, traçando um plano assistencial com metas a serem cumpridas, envolvendo o indivíduo no âmbito sócio espiritual, fisiológico, psíquico, comportamental e afetiva.

Com o intuito de garantir um cuidado melhor por meio da SAE, aplicou-se a Teoria de Callista Roy, que enxerga o paciente como um ser biopsicossocioespiritual com interações a depender das mudanças em sua vida que apresenta quatro modelos de adaptação: O primeiro refere-se a necessidades fisiológicas, são organizados em cinco necessidades básicas: oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; proteção. O segundo é o modo de autoconceito que evidencia os aspectos psicológicos e espirituais do ser humano. Já o terceiro divide-se em comportamentos instrumentais que se referem ao conjunto de papéis que o sujeito desempenha na sociedade e comportamentos expressivos que se relacionam às emoções, e os feedbacks. O último é o modo de interdependência

ou modo social que se relacionam às necessidades afetivas satisfeitas, de dar e receber afeto, amor, afeição, afirmação (ROY, ANDREWS, 1999). Cada um desses modos é afetado por estímulos que podem ser internos ou externos. Roy designa cinco passos para realizar o Processo de Enfermagem: 1º - Investigação comportamental; 2º - Diagnóstico de Enfermagem; 3º - Embasamento de metas; 4º - Plano de implementação; e 5º - Avaliação.

RESULTADOS

O desenvolvimento do presente estudo tem como base o paciente escolhido devido à complexidade de seu caso dentre os demais no dia da prática em questão. Na coleta de dados, com uso de seu prontuário, foram utilizados para este estudo, os que entram como interesse para a área da enfermagem.

Em seus dados de identificação, ASM, do sexo masculino, encontrava-se no leito 47A, possuía a idade de 30 anos, sexo masculino, solteiro, com ensino médio completo e auxiliar de produção industrial, procedente em Feira de Santana e residente em Antônio Cardoso, ambas cidades da Bahia, católico e internado na clínica cirúrgica.

HISTÓRIA CLÍNICA

A. da S. M, 30 anos, sexo masculino, solteiro, sem filhos, católico, auxiliar de produção industrial, ensino médio completo, etilista, natural de Antônio Cardoso – BA e procedente de Feira de Santana – BA, nega alergias e comorbidades, desconhece patologias familiares, 3º DIH. Foi atendido na Policlínica do Tomba apresentando dores abdominais de forma súbita, com intensidade 5/10, sendo medicado com cetoprofeno e dipirona e liberado logo em seguida. Ao chegar em casa, após deitar-se, houve a intensificação da dor e sensação de queimação, intensidade 10/10. Assim, dirigiu-se para Unidade de Pronto Atendimento (UPA), do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), sendo admitido na emergência e classificado como amarelo, segundo o Protocolo de Manchester. Na unidade, apresentou quadro de dores abdominais intensa, associado a náuseas, vômitos, diarreia e anorexia. A suspeita diagnóstica foi apendicite. Após exames, constatou-se um quadro infeccioso, onde introduziu-se os antibióticos Rocefin e Metronidazol para o tratamento. Foi internado e encaminhado para o Centro Cirúrgico no dia 27/03/2023. Realizou a cirurgia de Laparotomia Exploratória + Gastrorrafia, o procedimento ocorreu sem intercorrências. A hipótese diagnóstica foi confirmada no momento da cirurgia onde constatou uma úlcera péptica perfurada. No momento, segue internado na clínica médica, BEG, LOTE, ativo e reativo, emocionalmente, demonstra – se calmo.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

27/03/2023 às 13:46 - Paciente jovem 30 anos, no 1º DIH abdome agudo inflamatório apendicite (?) evolui em maca lúcido, responsivo orientado, corado padrão do sono mantido. Em dieta aspecto higiênico satisfatório, ao exame físico eupneico em afebril normotenso, normocárdico, extremidades perfusas e oxigenadas. Pescoço com boa mobilidade, tórax simétrico e expansivo abdome plano e flácido doloroso palpação em uso de AVP em MSD fluente sem sinais flogísticos, datado em 25/03/23. Nega alergia e comorbidades, informa eliminações e dejeções presentes segue sob cuidados de enfermagem.

27/03/2023 às 15:25 - Paciente encaminhado para centro cirúrgico. Segue lúcido, orientado, responsivo, eupneico em AA, afebril, normotenso, normocárdico, extremidades perfusas e oxigenadas, sem intercorrência no momento.

27/03/2023 às 16:20 - Paciente admitido em SO para submeter-se a procedimento cirúrgico. Calmo, estável, orientado, eupneico e afebril. Verbalizando, monitorizado às 16:30. Realizado bloqueio anestésico geral por via endovenosa + intubação por via endotraqueal por Dr. Gustavo 16:40. Realizada degermação + antissepsia pela enfa Girlene + passagem de SVF nº18. 16:50 posicionada placa de bisturi + dispostos campos cirúrgicos pela equipe de cirurgia.

28/03/2023 às 06:47 - Paciente em 1º POI, admitido no setor por volta das 20:40 de POI de LE + gastrrorrafia, encontrando-se: LOTE, verbalizando, corado, eupneico em VE/AA. Extremidades acianóticas, AVP em MSE com SB, penso em abdome: limpo e seco, sem queixas. Segue sob cuidados, aguardando vaga em enfermaria.

28/03/2023 às 17:55- Paciente admitido no setor proveniente do CC em POI o de laparotomia exploratória + gastrrorrafia SEC úlcera gástrica perfurada. Calmo, contactante eupneico, extremidades oxigenadas. Ao exame físico: MMOO anictéricas, tórax simétricos, abdome flácido, MMSS eutróficos. Em uso de AVP em MSE, nega alergia e comorbidade, diurese via SVF e dejeções espontâneas. Segues aos cuidados de enfermagem.

29/03/2023 às 12:03 - Paciente 03º DIH + 01 POM de L.E + gastrrorrafia por úlcera gástrica perfurada, cursou nas últimas 24 horas com quadro de dor moderada 5/10 na incisão cirúrgica em região abdominal. SSVV: PA 130 X 70 mmHg, T 36°C, FC: 75 bpm/min, FR: 20 inc/min. No momento evolui lúcido, ansioso, orientado, eupneico, afebril e colaborativo. Diurese presente em SVF, drenando 500ml de urina de coloração amarelo claro, dejeções ausentes há 2 dias. Ao exame: mucosas normocrômicas,

pupilas isocóricas, ausência de gânglios palpáveis em região cervical e supraclavicular, tórax plano e simétrico, ausculta pulmonar com MVBD bilateralmente, ausculta cardíaca com BRNF em 2T, abdome plano, com presença de ferida cirúrgica na região epigástrica até a hipogástrica, presença de dor à palpação, ruídos hidroaéreos audíveis, MMSS com boa mobilidade, força motora preservada e pele íntegra, extremidades profusas e aquecidas, MMII com boa mobilidade, pulso periférico presente bilateralmente, apresentando padrão de sono irregular, devido incômodo da ferida cirúrgica.

Aceitando bem a dieta ofertada. Em uso de AVP em MSE fluente. Retirada SVD, encaminhado para o banho de aspersão + troca de lençóis. Paciente mantido em decúbito dorsal, calmo e confortável.

PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente realizou cirurgia de laparotomia exploratória + gastrorrafia para reparo de lesão devido a úlcera gástrica perfurada. Apresentou melhora do quadro clínico, com redução da dor seguindo com boa evolução e prognóstico.

QUADRO 1 – MEDICAMENTO EM USO DURANTE INTERNAMENTO

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	CLASSE	INDICAÇÃO	EFEITO ADVERSO
BROMOPRIDA 10 MG	Ampola 10 mg/2 ml	Antiemético	Náusea, vômito	Sonolência, cefaleia, astenia, calafrios, espasmos musculares localizados ou generalizados.

CEFTRIAXONA 1.000 MG	Frasco-ampola 250 mg, 500 mg e 1.000 mg	Antimicrobiano. Cefalosporina de terceira geração.	Profilaxia cirúrgica. Tratamento de infecções de vias aéreas inferiores, infecções da pele e de estruturas cutâneas, infecções ósseas e articulares, infecções intra-abdominais e do trato urinário, septicemia bacteriana.	Diarreia, eosinofilia, trombocitose, leucopenia, calor. (comuns). Anafilaxia, calafrios, cefaleia, dispepsia, dor abdominal, epistaxe, flatulência, prurido, vertigem, hematúria. (raras).
DIPIRONA 1 AMP.	Ampolas 500 mg/ 2 ml	Analgésico, antipirético	Tratamento de dor e febre, em adultos e crianças com mais de 1 ano de idade.	Erupções cutâneas, urticária, irritação do trato respiratório, crise asmática. (comuns). Choque, trombocitopenia, leucopenia, oligúria, anúria. (raras)

METRONIDAZ OL 500 MG	Frascos/bolsas 500 mg/100 ml (5 mg/ml)	Antibiótico	Tratamento de infecções bacterianas e protozoários anaeróbios (amebíase, tricomoniase, sintomática e assintomática), infecções cutâneas, infecções intra- abdominais.	Cefaleia, vertigem, ataxia, confusão, alucinações, insônia, parestesia, neuropatia, náusea, vômito, perda de apetite, diarreia, ardor uretral, candidíase.
PANTOPRAZOL 40 MG	Frasco-ampola 40mg/ 10 ml	Inibidor da bomba de prótons.	Tratamento da úlceras péptica gástrica ou duodenal e dasesofagites por refluxo moderadas ou graves.	Tromboflebite (comum). Cefaleia, boca seca, diarreia, boca seca, náusea, vômito, dor muscular, prisão de ventre. (incomuns).
TRAMADOL 1 AMP.	Ampola 50 mg/ 2 ml	Analgesico opioide	Tratamento da dor de	Náusea, vertigem, cefaleia,

			intensidade moderada a grave.	sonolência, fadiga, constipação, boca seca, hiperidrose, (comuns). Taquicardia, bradicardia, alteração do apetite, dispneia, parestesia, tremores, alucinações, fraqueza motora,
--	--	--	-------------------------------	--

QUADRO 2 - EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NO DIA 27/03/2023

ERITROGRAMA		Valores de Referência
Hemácias	4,47 milhões/MM ³	4,5 - 5,5
Hemoglobina	13,40 g/dL	12,5 - 15,5
Hematócrito	41,20%	40 - 50
VCM	92,17 fL	81 - 99
HCM	29,98 pg	27 - 32
CHCM	32,52 g/dL	31 - 35
RDW	11,80%	12,0 - 15,0
LEUCOGRAMA	%	Valores de Referência

Leucócitos Totais		19.100	4.000 - 10.000	
Blastos	0,0	0,00		
Promielócitos	0,0	0,00		
Mielócitos	0,0	0,00	0 - 1	0 - 100
Metamielócitos	0,0	0,00	0 - 1	0 - 100
Bastonetes	2,0	382,00	1 - 4	90 - 400
Segmentados	89,0	16.999,0 0	58 - 66	2.610 - 6.600
Basófilos	0,0	0,00	0 - 1	0 - 100
Eosinófilos	0,0	0,00	1 - 4	90 - 400
Linfócitos Típicos	6,0	1.146,00	20 - 30	900 - 3000
Linfócitos Atípicos	0,0	0,00	0 - 1	
Monócitos	3,0	573,00	0 - 8	0-100
Outros	0,0	0,00		0-100
Verificação		100		90-400

CONTAGEM DE PLAQUETAS	260 ml/mm ³	150-400 mil/mm ³
URÉIA	36,00	

QUADRO 3 - PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO NANDA BASEADOS NA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

PROBLEMAS	D. E – NANDA (2020)	MODO ADAPTATIVO	ESTÍMULOS	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
Dor aguda	Dor aguda relacionada a procedimento cirúrgico, evidenciada por autorrelato.	Fisiológico	Focal	Exame físico
Distúrbio no padrão de sono	Distúrbio no padrão de sono relacionado a barreira ambiental e privacidade insuficiente evidenciado por insatisfação com o sono.	Fisiológico	ambiental	anamnese
Risco de infecção no sítio cirúrgico	Risco de infecção no sítio cirúrgico relacionada a procedimento invasivo.	Fisiológico	focal	exame físico
Déficit para autocuidado	Déficit no autocuidado para banho, relacionado ao procedimento cirúrgico, evidenciado por dificuldade para lavar e secar o corpo.	Fisiológico	Focal	anamnese

Risco de constipação	Risco de constipação relacionado a rotina	Fisiológico	Focal	Anamnese
	habitual alterada.			
Ansiedade	Ansiedade relacionada à condição atual, evidenciada por preocupações em razão de mudanças em eventos da vida.	Autoconceito	Focal	Anamnese
Saudades dos familiares	Processos familiares interrompidos, relacionado a mudança do estado de saúde de um familiar, evidenciado por mudanças no padrão de comunicação.	Interdependência	Contextual	Anamnese
Desejo de ter alta	Disposição para o controle da saúde melhorado, relacionado ao desejo de ter alta, evidenciado por auto relato.	Função de papel	Contextual	Anamnese

QUADRO 4 – PLANO ASSISTENCIAL COM METAS, SEGUNDO A NOC, E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A NIC, COM APRAZAMENTO.

D. E	META	INTERVENÇÃO (NIC)	APRAZAMENTO
Dor aguda relacionada a procedimento cirúrgico, evidenciada por autorrelato.	Promover o alívio da dor	- Aplicar escala analógica de dor; -Administrar analgésico conforme a prescrição	No período No período
Distúrbio no padrão do sono relacionado a barreira ambiental e privacidade insuficiente evidenciado por insatisfação com o sono.	Garantir padrão de sono satisfatório	Supervisionar padrão de sono e repouso; - Manter as luzes apagadas no horário de repouso; -Diminuir barulhos externos;	No período 13h, 20h No período

Déficit no autocuidado para banho, relacionado ao procedimento cirúrgico, evidenciado	Melhorar a imagem corporal do paciente	Da assistência no banho; auxiliar o paciente a se secar e se vestir; Promover mecânica corporal	Durante o banho No período
por dificuldade para lavar e secar o corpo.			No período
Risco de infecção no sítio cirúrgico relacionada a procedimento invasivo.	Evitar que desenvolva infecções	Utilizar técnica asséptica ao manipular curativo; -Monitorar sinais e sintomas relacionados à infecção local e sistêmica; - Aferir SSVV a cada 6h	No período No período 6h, 12h, 18h, 24h
Risco de constipação relacionado a rotina habitual alterada.	promover eliminação intestinal adequada	Estimular a ingestão hídrica a cada duas horas	6h, 8h, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h, 24h.

Ansiedade relacionada à condição atual, evidenciada por preocupações em razão de mudanças em eventos da vida.	Reduzir o nível de ansiedade.	Tranquilizar o paciente através de diálogo e se possível prover a presença de um acompanhante no PO.	No período
Processos familiares interrompidos , relacionado a mudança do estado de saúde de um familiar, evidenciado por mudanças no padrão de comunicação	Assegurar continuidade do vínculo familiar	Concitar o entrosamento familiar a fim de melhorar o estado psicoemocional do paciente; - Prover mecanismos para que o paciente mantenha a comunicação com os familiares;	No período

Disposição para o controle da saúde melhorado, relacionado ao desejo de ter alta, evidenciado por auto relato.	Promover educação em saúde voltado ao quadro clínico do paciente;	-Orientar o paciente quanto ao seu quadro clínico; -Identificar as necessidades do paciente para o cuidado após a alta; -Encorajar dedicação do paciente em cuidar adequadamente da sua saúde.	No período No período No período
--	---	--	--

DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma abordagem amplamente utilizada na prática de enfermagem, que envolve a coleta de dados, a identificação de problemas, o estabelecimento de objetivos, a implementação de intervenção e a avaliação dos resultados. É importante destacar que a SAE deve ser aplicada de forma sistemática e individualizada, levando em consideração as características de cada paciente e as particularidades da condição clínica em questão. Um estudo realizado por Ramezani et al. (2018) avaliou a eficácia da SAE em pacientes com úlcera péptica perforada e mostrou que a SAE foi capaz de melhorar significativamente os resultados dos pacientes em termos de tempo de internação, tempo de recuperação e complicações pós-cirúrgicas. No entanto, outro estudo realizado por Al-Nimer (2017) destacou algumas limitações da SAE na assistência a pacientes com esta patologia, como a falta de treinamento adequado da equipe de enfermagem, enfatizando a importância da integração da SAE com outras abordagens, como a medicina baseada em evidência, para garantir uma abordagem abrangente e eficaz na assistência desses pacientes.

No referido estudo de caso, foi possível a aplicação e utilização da SAE, traçando um plano assistencial com foco na diminuição dos potenciais riscos e complicações, assim, oferecendo uma boa recuperação e prognóstico.

A adaptação dos pacientes após uma cirurgia de úlcera gástrica perfurada é um processo complexo que envolve diversas dimensões da experiência humana. O Modelo de Adaptação de Calista Roy pode ser uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, pois leva em consideração não apenas as mudanças físicas, mas também as dimensões psicológicas e sociais da adaptação dos pacientes. A teoria destaca a importância da adaptação do indivíduo ao ambiente e como as intervenções de enfermagem podem influenciar nesse processo. No caso clínico apresentado, o paciente precisou passar por uma cirurgia de emergência, o que pode afetar sua capacidade de adaptação ao ambiente hospitalar. Nesse sentido, Roy enfatiza a importância de a equipe de enfermagem estar atenta às informações emocionais, espirituais e de entendimento do paciente quanto aos procedimentos a serem submetidos, além do envolvimento familiar no processo de cuidado, a fim de minimizar o impacto da internação e oferecer um cuidado holístico, que considere todas as necessidades do indivíduo.

O Modelo Assistencial de Roy (MAR), confere três estímulos: focal, contextual e residual. O focal é o evento ou condição que é mais relevante para a situação de saúde atual do paciente e que exige a maior atenção da equipe de enfermagem. Esse estímulo pode ser uma dor intensa, uma lesão grave, uma mudança repentina nas condições de suporte do paciente, entre outros.

Para Callista Roy, o estímulo focal é importante porque é a partir dele que a enfermagem pode identificar as necessidades do paciente e fornecer os cuidados adequados para promover a adaptação. Além disso, a teoria também destaca a importância de considerar outros estímulos que podem afetar a adaptação do paciente, como o estímulo contextual, que é o ambiente mais amplo em que o paciente se encontra, e o estímulo residual, que são estímulos que podem ser importantes, mas que não são tão imediatos ou experimentam quanto o estímulo focal.

Nesse sentido, a enfermagem deve identificar os estímulos mais imediatos e significativos que afetam a adaptação do paciente e fornecer os cuidados adequados para promover a adaptação.

No caso de pacientes com úlcera gástrica perfurada, o estímulo focal é a própria perfuração, que pode levar a complicações graves, como infecção, hemorragia e peritonite. Além disso, os pacientes podem enfrentar desafios emocionais, como medo, ansiedade e depressão, devido ao estresse da cirurgia e à incerteza em relação à recuperação.

Entre as intervenções destacadas no estudo estão o controle da dor, o gerenciamento da ansiedade, a prevenção de complicações pós-operatórias, a educação do paciente e a promoção da autoeficácia.

Essas intervenções são importantes para promover a adaptação do paciente ao ambiente e para fornecer um cuidado mais holístico e centrado no paciente.

O estudo também destaca a importância da avaliação contínua do paciente, para identificar mudanças na adaptação e ajustar as intervenções de acordo com as necessidades do paciente. Isso é consistente com a teoria de Callista Roy, que enfatiza a importância da avaliação contínua da adaptação do paciente e da implementação de intervenções individualizadas e adaptáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera péptica perforada é uma condição grave que pode afetar diversos aspectos da saúde do paciente, e o cuidado especializado por parte dos profissionais de enfermagem é essencial para uma recuperação adequada. Nesse sentido, a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) mostra-se como uma abordagem fundamental para garantir um cuidado científico e eficaz, baseado na implementação de Taxonomias como NANDA-I, NIC e NOC.

A aplicação dos modos preconizados por Roy na assistência a esses pacientes mostra-se como um fator crucial para a melhoria dos aspectos biopsicossociais, promoção do conforto e minimização de complicações futuras. Os modos fisiológicos, autoconceito, função do papel e interdependência devem ser considerados de forma integrada para garantir uma abordagem completa e eficaz.

A recomendação principal deste estudo é que as ações de enfermagem decorrentes da elaboração sistematizada proporcionem assistência individualizada ao paciente com úlcera

péptica perforada, possibilitando uma avaliação contínua das alterações nos padrões de respostas humanas. Com base nas avaliações realizadas, pudemos observar respostas adaptativas do paciente aos estímulos contextuais e residuais. Para a efetivação dessa assistência, a interação entre enfermeiro e paciente é imprescindível, uma vez que as intervenções de enfermagem visam conduzir o paciente a soluções adaptativas frente à patologia grave e de caráter mutilador.

É de extrema importância a presença da enfermeira no processo vivido pelo paciente com úlcera gástrica perforada. Idealmente, uma equipe de saúde interdisciplinar deveria trabalhar conjuntamente para contribuir para uma assistência de qualidade, atuando em suas respectivas áreas de competência e interferindo eficientemente no processo de recuperação biopsicossocial do paciente. A Teoria de Callista Roy – Teoria da Adaptação, mostrou-se adequada para embasar o presente estudo, pois facilitou o entendimento do processo vivido pelo paciente diante da patologia, proporcionando um direcionamento fundamentado para a busca de soluções adaptativas.

REFERÊNCIAS:

ABREU, F. F.; SANTOS, J. S.; SILVA, G. L. S.; REZENDE, J. C. R.; JUNIOR, F. C. V.;

BEZERRA, L. R.; MAIA, L. A.; DE SOUSA, R. C. Perforated peptic ulcer: risk factors, clinical presentation and surgical management. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 46, n. 2, p. e20192197, 2019.

AL-NIMER, M. S. Plano sistemático de assistência de enfermagem ao paciente com úlcera péptica perforada. *Jornal de Educação e Prática*, v. 8, n. 18, p. 79-86, 2017.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. K; DOCHTERMAN, J. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

CARVALHO, L.C.C; GURGEL, F.S.; CARVALHO, C. C. Tratamento de úlcera péptica perforada. *Rev. Col. Bras. Cir.*, São Paulo, v. 39, n. 5, pág. 422-427, out. 2012.

Conselho Federal de Enfermagem. (COFEN BRASIL). Resolução COFEN-358/2009.

FARIAS, R. D.; CAMPOS, D. L; FERREIRA, G. B; LIMA, E. R. ; FERNANDES, R. M.

M; GADELHA, M. R. B; MOTA, T. A. F. Gastric ulcer perforation associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a case report. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 17, n. 3, p. 147-150, 2019.

FONSECA, A; SARTORI, M. Guia de medicamentos. 5. ed. São Paulo. Editora Martinari. 2017

GALBREATH JG. Callista Roy. In: George, JB. (Org). Teorias de enfermagem: os fundamentos à pesquisa profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.204-224.

HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

KIM, J. J; TSUDA, S; SCHULBERG, J. D. Peptic ulcer disease and related disorders. *Primary care*, 2012. 39(3), 475-487.

MONTEIRO, A.C; COSTA, P.V.C; BARBOSA, M.O; CAMPOS, O.B.M; BARBOSA, A.K.C. Aplicabilidade da teoria de Callista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2016;5(1):84-92.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; SWANSON, E. *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 5. ed. Elsevier. Brasil, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL

(NANDA-I). *Nursing diagnoses: definitions & classification 2018-2020*. 11. ed. Rio de Janeiro: Thieme; 2020.

PEREIRA, Gleidson do Nascimento et al. *RELAÇÃO ENTRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE*. *Enfermagem em foco*, Ceará, v. 8, n. 2, p. 21-25, 10 maio 2017.

PANTOPRAZOL. (Solução injetável 40 mg/ 10mL). BULASMED.

POTENZA, Alexandre da Silva et al. Úlcera péptica perforada: uma revisão da literatura.

ABCD: arquivos brasileiros de cirurgia digestiva (São Paulo), v. 28, n. 2, p. 144-147, 2015.

RAMEZANI, M; ALIPOUR, M; KARAMI, V; ZAHMATKESHAN, M. (2018). Plano

sistemático de cuidados de enfermagem para pacientes com úlcera péptica perforada: um estudo controlado randomizado. *Jornal Internacional de Cirurgia*, 52, 118-123.

RAMAKRISHNAN, K. e SALINAS, R. C. (2007). Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician*, 76, pp. 1005-1012.

ROTHROCK, J. C. A. - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROY, S.C. ANDREWA, H. A. *The Roy Adaptation Model*. 2 ed. Stamford, Connecticut:

Appleton & Lange, 1999.

SAMPAIO, Kamille Ribeiro et al. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem em clínica médico-cirúrgica: limites e possibilidades. *Suplemento - Artigos de revisão*, Ceará, p. 37-44, Julho 2016.

SOUZA, W. O.; DIAS, G. L. Úlcera péptica perforada: revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 8, n. 1, p. 36-43, 2017.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. *SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

UNIÃO QUÍMICA. Cloridrato de tramadol.

WYSOCKI, A. P., STAERKEL, R. L.; MILLS, S. E. (2011). Acute abdomen. In

Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology (5th ed., pp. 204-205). Lippincott Williams & Wilkins.

Capítulo 4



10.37423/230707983

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM PRÉ-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA



MAYRA LUIZA MATOS EVANGELISTA DE SOUZA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DOUGLAS DE ALMEIDA SILVA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
ADRIELLE FERA MOURA FREITAS	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
BIANCA SANTOS PIRES	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
EDIAVILIN ABREU PEREIRA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MARCIA GOMES SILVA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA/ FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ
FERNANDA ARAÚJO VALLE MATHEUS	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
NAILA SANDY MASCARENHAS DA SILVA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
LISSANDRA GOMES DE ANDRADE	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PÂMELA GERMANO MOTA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Resumo: Objetivo: Descrever a sistematização da assistência de enfermagem à pessoa em pré-operatório de laparotomia exploratória. Método: Foi realizado por discentes de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), durante o semestre de 2022.2. Resultados: Os discentes utilizaram a SAE e SAEP, foi implementada a teoria de Wanda horta sobre as Necessidades Humanas Básicas Afetadas (NHBA), sendo dividida em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e seguidos as etapas de elaboração da SAE também preconizada por HORTA, sendo composta por: histórico; diagnóstico de enfermagem; plano de assistência; plano de cuidados; evolução e prognóstico elencando os problemas de enfermagem conforme a classificação dos problemas em Necessidades Humanas Básicas Afetadas (NHBA) de Wanda Horta e definindo os diagnósticos através da Taxonomia I da NANDA. Conclusão: É notável que o conhecimento da SAEP e a teoria de Horta das necessidades humanas básicas afetadas são fundamentais para que o plano de cuidados de enfermagem seja devidamente elaborado e implementado individualmente, possibilitando uma assistência perioperatória integral e a humanização da assistência de enfermagem para que assim os discentes, como futuros profissionais de Enfermagem obtenham o conhecimento técnico-científico necessário para implementar no período perioperatório.

Palavras-chave: Enfermagem, Sistematização, Pré-Operatório.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da assistência de Enfermagem no Brasil emergiu através dos estudos da Dra. Wanda de Aguiar Horta, sua atuação promoveu destaque nos modelos de assistência, que apresentam uma proposta para a Enfermagem de filosofia, conceitos, princípios e definições (NEVES, 2006).

As necessidades humanas básicas (NHBA), são divididas em: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo comuns a todos os seres humanos, ainda se relacionam entre os conceitos do ser humano, ambiente e Enfermagem (HORTA, 1974; NEVES, 2006).

Tais necessidades, são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios de homeostase dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, permanecendo em estado latente. Assim, estados de equilíbrio correspondem à fase de latência, e os estados de desequilíbrio correspondem às manifestações das alterações das necessidades humanas básicas (CIANCIARULLO, 1987).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento metodológico que organiza como será realizado o Processo de Enfermagem e visa planejar o trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados, a fim de fortalecer o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem de acordo com o procedimento que será realizado (NEVES, 2006).

Wanda Horta preconiza 6 etapas para a realização do processo de Enfermagem: Histórico; Diagnóstico; Plano assistencial; Plano de cuidados ou prescrição; Evolução; e o prognóstico de Enfermagem (HORTA, 1974). Assim, as necessidades básicas precisam ser atendidas, porém, quando o conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, faz-se necessário o auxílio de pessoas habilitadas para atendê-las (POTTER, 1999).

Nesse sentido, a Enfermagem possui um papel importante no cuidado ao paciente no pré-operatório, visto que, esse indivíduo se encontra vulnerável às mudanças do seu estado de saúde, sendo imprescindível a obtenção de uma assistência de qualidade que pode ser alcançada por meio do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP), que é o processo de Enfermagem aplicado a pacientes cirúrgicos (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Pacientes que são submetidos a cirurgia estão suscetíveis a complicações no pós-operatório, como as fístulas digestivas que, são vias de comunicação anômalas entre o tubo digestivo e outra estrutura, a qual pode ser a cavidade abdominal, uma víscera oca ou a pele, apresentam gravidade elevada, ocasionando prolongamento de internações, alterações orgânicas e emocionais ao paciente (FALCONI,

2002). A fístula duodenal é uma abertura através da parede do duodeno e em outro órgão ou através da parede abdominal, é, portanto, um orifício no duodeno que se conecta a outra camada epitelial, como a pele externa de um paciente ou as camadas epiteliais de um órgão; permitem o contato de secreções do tubo digestório com o interior do abdome ou com o meio externo, promovendo grande perda substancial (FALCONI, 2002).

Costumam surgir na primeira semana de pós-operatório, com seu maior pico por volta do quinto ao sétimo dia, o que demanda uma rigorosa avaliação pós-operatória, principalmente em pacientes com maior risco de evoluir com estas complicações. As principais causas de mortalidade relacionadas às fístulas são a desnutrição, o desequilíbrio hidroeletrolítico e a sepse (WERCKA, 2016).

Cerca de 80% das fístulas gastrointestinais ocorrem após cirurgias intra-abdominais, com menor prevalência de fístulas espontâneas, que ocorrem geralmente em caso de doença inflamatória ou infecciosa, sendo associadas a altos índices de morbidade e mortalidade. Aproximadamente 15-25% das fístulas gastrointestinais formam-se espontaneamente. Os principais fatores predisponentes incluem doença inflamatória intestinal, abscesso intracavitário, isquemia intestinal, neoplasia maligna e radioterapia. Outros fatores como doenças diverticulares e erosões causadas por drenos abdominais são considerados co-responsáveis (CAMPOS, 1996).

Os sintomas clínicos incluem dor inicialmente local e depois difusa, febre, perda de peso, mal-estar, êmese, náuseas e saída de secreção ou fezes pela pele, porém, a ocorrência da fístula pode ser assintomática (IMEN, 2020).

A desnutrição ocorre, principalmente, devido ao débito protéico da secreção, restrição alimentar e catabolismo associado à sepse. A hipoproteïnemia leva a um retardo no esvaziamento gástrico e íleo prolongado, aumentando a chance de deiscência da ferida operatória e maior risco de infecção. A atividade dos fibroblastos fica diminuída, prejudicando a cicatrização. A presença de alimentos no trato gastrointestinal estimula a secreção de sucos digestivos, aumentando o débito da fístula (CAMPOS, 1996). Isso explica o quadro da paciente deste estudo, que foi submetida a três Laparotomias Exploratórias, não sendo eletiva, para novo tratamento cirúrgico devido ao seu estado subnutrido.

O diagnóstico médico de uma fístula no intestino delgado depende de fatores diversos como o estado clínico do paciente, local da manipulação cirúrgica, condição em que o procedimento foi executado, geralmente exige exames de imagem, como: uma tomografia computadorizada, ultrassonografia da cavidade abdominal, colonoscopia ou ressonância magnética (GASTROCLINICA, 2022).

O tratamento deve ser conservador, com reposição de fluidos e eletrólitos, drenagem completa das secreções, suporte nutricional, inibidores da secreção digestiva e o controle do processo infeccioso com o uso de antibióticos. Entretanto, este tratamento é prolongado e associado à morbidade e mortalidade potencialmente elevadas. Além do mais, muitos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico para resolução da fístula caso outros métodos de tratamento não sejam eficazes. As três abordagens cirúrgicas incluem exclusão, ressecção e fechamento da fístula. A taxa de sucesso de fechamento varia de 25% a 75% com cuidados de suporte apenas a 100% com o tratamento cirúrgico adequado (BABA, 2008).

A participação da Enfermagem em sistematização e coordenação da assistência prestada tem grande relevância, visto que, buscam detectar falhas que impossibilitem o funcionamento adequado da SAE. Essa sistematização do cuidado, é fundamental para a construção do processo de trabalho dos estudantes e futuros profissionais de Enfermagem, visto que esse cuidado planejado vai contribuir positivamente na integralidade do cuidado e na qualidade de saúde do paciente que possui suas singularidades e precisa ter as necessidades biológicas, sociais e espirituais assistidas.

OBJETIVO

Descrever a Assistência de Enfermagem à pessoa em pré-operatório de Laparotomia Exploratória a partir da Teoria de Wanda Horta.

METODOLOGIA

O estudo de caso aplicado à Enfermagem é utilizado como ferramenta de intervenção clínica, que visa compreensão e planejamento da intervenção de Enfermagem associando técnicas distintas e campos do conhecimento para melhor implementação do cuidado ao paciente (GOLDENBERG, 2011).

Este estudo tem abordagem qualitativa, relato de experiência de estudo de caso, possuindo características descritivas e exploratória, que destaca as especificidades do alvo a ser analisado. Foi realizado por discentes da graduação de Enfermagem durante o semestre 2022.2 na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Neste estudo utilizou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta metodologia é fundamentada na teoria de Wanda de Aguiar Horta que defende o cuidado humanizado com ênfase às Necessidades Básicas Humanas Afetadas (NHBA) - psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais - Além disso, HORTA (1974) estabelece também as etapas da elaboração do Processo de Enfermagem,

que são: histórico, diagnóstico de Enfermagem, plano de assistência, plano de cuidados, evolução e prognóstico. Acompanhado a isso, foram levantados problemas conforme as NHBA e associado com os diagnósticos de enfermagem de acordo com o Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A coleta dos dados foi desenvolvida em um hospital público geral na unidade de Clínica Cirúrgica em uma cidade no interior da Bahia no mês de novembro de 2022. Os dados foram obtidos através da escolha do paciente durante o primeiro dia da prática clínica do componente curricular Enfermagem no cuidado do Adulto e Idoso II, mediante entrevistas, observações no prontuário, exames laboratoriais e de imagem, anamnese, exame físico, história da patologia e as queixas, com a participação de uma pessoa do sexo feminino, adulta em que deu entrada na Unidade para a realização de uma Laparotomia Exploratória.

Os discentes selecionaram os dados e criaram o histórico e caso clínico. Após foram elencados os NHBA, e foram definidos os problemas e diagnósticos de enfermagem que direcionaram na construção do plano assistencial, descreveram a evolução de enfermagem e avaliação do quadro do paciente e o prognóstico.

É importante citar que foram respeitados todos os aspectos éticos da resolução 466/2012, aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o protocolo n 3.706.976/2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

HISTÓRICO

Sra, J.A.S, 41 anos, sexo feminino, preta, baixa renda, diarista, solteira, 4 filhos, vive com familiares, cristã, moradora do bairro Conceição II em Feira de Santana, em pré-operatório de Laparotomia Exploratória apresentando quadro de saída de secreção purulenta em FO, nega antecedentes patológicos mas em novembro de 2022 aos 41 anos de idade, durante a internação hospitalar, foi diagnosticada com Anemia Falciforme. Buscou atendimento médico em dezembro de 2021 relatando dor intensa no estômago, azia, náuseas e vômitos. Diagnosticada com gastrite nervosa e *H.pylori* (SIC). Iniciou tratamento medicamentoso com antibioticoterapia evoluindo sem melhoras. Ao se intensificar os sintomas, buscou assistência em uma Unidade de Pronto Atendimento cinco vezes, e no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) em dezembro de 2021 onde ficou internada. Em 13 de janeiro de 2022 foi submetida a Laparotomia Exploratória, quando foi identificada coleção pélvica purulenta com aderências em intestino delgado, sendo realizada drenagem da coleção, enterectomia do delgado e

anastomose intestinal. Em pós-operatório evoluiu com deiscência da anastomose, sendo abordada com nova Laparotomia e submetida a ressecção do intestino delgado e outra anastomose. Devido a saída contínua de secreção purulenta em FO precisou retornar ao centro cirúrgico após 7 dias para resutura da parede abdominal. Desde fevereiro de 2022 tem sido acompanhada por equipe médica do ambulatório de cirurgia geral e enfermeira do Núcleo de Apoio a Pessoas com Feridas (NAPSF4) e em uma das consultas, relatou que a secreção purulenta persistiu. Foi realizada tomografia computadorizada do abdome total com contraste oral, sendo identificado uma fístula no intestino delgado. Foi admitida na clínica cirúrgica em 03/11/22 para nova Laparotomia Exploratória, no entanto, devido ao estado subnutrido não teve condições de realizar novo procedimento cirúrgico.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Segundo Horta (1979) a Evolução de Enfermagem deve ser feita diuturnamente ou sempre que houver intercorrências contendo as mudanças que ocorrem no paciente enquanto internado.

10/11/22 - Adulta, 6º DIH em pré-operatório de Laparotomia exploratória, encontrada no leito, ansiosa, lúcida, consciente, orientada em tempo e espaço, deambulando sem auxílio. Ao exame físico: bom estado geral, eupneica, normocárdica, corada, anictérica, acianótica, afebril, couro cabeludo íntegro, indolor à palpação, mucosas oculares normocrômicas, mucosa oral ressecada, tórax íntegro, simétrico e expansivo, AR: MV bem distribuídos, sem ruídos adventícios, som claro pulmonar à percussão, indolor a palpação, ACV: BRNF em 2T; Abdome: plano; RHA presentes; flácido; indolor à palpação; FO localizada na região periumbilical, medindo aproximadamente 3 cm, com deiscência, tecido de granulação, exsudato sanguinolento em pouca quantidade e bordas irregulares; FO em flanco direito medindo 2x2 cm, com leito vermelho vivo, secreção purulenta em média quantidade e bordas maceradas. MMSS e MMII com pele íntegra, extremidades aquecidas e oxigenadas. Em uso de AVP em MSE hidrolisado. Dieta zero. Diurese presente com coloração amarelo claro e dejeções ausentes há 8 horas (SIC). Refere náuseas, dor em punho direito, não entende sua condição clínica, insatisfação por não realizar cirurgia e restrição alimentar total, sono e repouso alterado na noite anterior. SSVV: PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, P: 86bpm, FR: 17inc/min, T: 36,4°C, HGT: 99mg/dL. Segue sob cuidados e vigilância da equipe de enfermagem.

PROBLEMAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A partir das informações pelas discentes por meio da entrevista e do exame físico de J.A.S., foram traçados de acordo com as necessidades humanas básicas afetadas da teoria de Wanda Horta os

problemas e diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia II da NANDA, seguidos do plano assistencial e plano de cuidado, com objetivo de assegurar uma assistência individualizada e humanizada, voltada ao cuidado integral. Segundo Rossi et al. (2000), o levantamento dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA oferece fundamentação necessária para construir as intervenções de enfermagem, facilitando a implementação do planejamento da assistência.

Sendo assim, é viável avaliar a necessidade de recursos e a qualidade desta, bem como propor medidas fundamentais para a modificação da prática através de capacitações por meio da educação continuada.

Inicialmente, foram levantados 11 problemas de enfermagem e corroborados 11 diagnósticos de enfermagem, que estão descritos no quadro 5.

Quadro 1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

Necessidades	NHBA	PROBLEMA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM da NANDA
Psicobiológica	Percepção dolorosa	Dor em punho direito	Dor aguda relacionada a agente biológico lesivo, evidenciado por relato verbal e expressão facial de dor.
	Nutrição	Subnutrição	Nutrição desequilibrada relacionada à restrição alimentar, evidenciada por perda de peso.
	Nutrição	Náuseas	Náusea relacionado à patologia, regime de tratamento e ansiedade, evidenciado por relato verbal de náusea.
	Integridade Física	Ferida Operatória infectada com deiscência	Integridade tissular prejudicada relacionado a procedimento cirúrgico e

			alterações nutricionais evidenciado por deiscência.
	Integridade cutânea mucosa	Mucosa oral ressecada	Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicado, relacionado a desidratação e desnutrição.
	Sono e repouso	Sono e repouso alterado durante a noite	Padrão de sono ineficaz relacionado a ansiedade, evidenciado por relato verbal e sonolência.
	Integridade física	Risco de infecção	Risco de infecção relacionado a uso de AVP
Psicossociais	Aceitação	Ansiedade por conta do quadro clínico.	Ansiedade relacionada ao estado de saúde e ao ambiente hospitalar, evidenciado por manifestação de desejo de alta hospitalar.
		Tristeza	Tristeza relacionada à condição crônica de saúde, evidenciado por face de tristeza.
	Aprendizagem (educação à saúde)	Não compreende sua condição clínica	Déficit de conhecimento relacionado a informações inadequadas, evidenciado por relato de dúvidas constantes.

Psicoespirituais	Religiosa ou teológica	Triste por afastamento de atividades religiosas	Religiosidade prejudicada, relacionado a barreira ambiental à prática da religião evidenciado por relato verbal.
------------------	------------------------	---	--

PLANO ASSISTENCIAL E PLANO DE CUIDADOS

Considerando a necessidade de obter maior resolutividade dos problemas das pessoas e tornar o cuidado individualizado a SAE vem sendo largamente utilizada, conquistando melhorias significativa da qualidade da assistência prestada à pessoa, através do planejamento individualizado das ações de enfermagem elaboradas pelo enfermeiro (ZANARDO; KAEFER, 2011).

Horta (1979) afirma que após análise e avaliação do diagnóstico de enfermagem deve ser implementado o plano assistencial que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano precisa receber frente às suas necessidades; ainda, o plano de cuidados que é a efetivação do plano assistencial, executando cuidados adequados, de forma clara, com linguagem objetiva, facilitando a comunicação entre a equipe.

A pessoa com diagnóstico de fístula enterocutânea necessita de atenção individualizada do profissional de enfermagem em seu tratamento para alívio dos seus sintomas como também na assistência aos exames diagnósticos necessários a serem realizados e as intervenções cirúrgicas precisas. Portanto, na Sistematização da Assistência de Enfermagem, o diagnóstico e o plano de cuidados são imprescindíveis para o acolhimento, manejo para alívio da dor e garantir conforto ao paciente (WOSNY, 2013).

Diante dos levantamentos dos diagnósticos priorizados, foi elaborado o plano assistencial com objetivo de obter resultados esperados e satisfatórios após a assistência prestada. A partir disso, foi traçado o plano de cuidados baseado na FAOSE, considerado um esquema mnemônico defendido por Wanda Horta para facilitar a decisão da enfermeira na prestação do cuidado a ser dirigido ao indivíduo com base em seu nível de dependência e competência para agir sobre a necessidade do mesmo. Nesse sentido, a FAOSE diz respeito ao: FAZER, AJUDAR, ORIENTAR, SUPERVISIONAR E ENCAMINHAR.

Quadro 2. Plano Assistencial e Plano de Cuidados do estudo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem à pessoa com fístula enterocutânea.

PLANO ASSISTENCIAL	FAOSE	PLANO DE CUIDADOS	APRAZAMENTO
Promover alívio e controle da dor.	F	Administrar analgésicos conforme prescrito;	Conforme prescrição médica
	O	Ensinar métodos não farmacológicos ao paciente de alívio à dor, como técnica de respiração;	06h – 12h – 18h
	S	Avaliar a intensidade da dor, utilizando escalas;	06h – 12h – 18h
	S	Avaliar fatores desencadeantes ou contribuintes em relação à dor;	06h – 12h – 18h
Melhorar nutrição.	E	Discutir com o médico e nutricionista medidas para resolução do problema no plano de assistência ao paciente, para se possível solicitação de Nutrição Parenteral	10h
	F; S	Pesar diariamente	06h
	F; S; E	Estabelecer junto a equipe a quantidade de ganho diário de peso desejável	A cada troca de plantão
	S	Monitorar os parâmetros físicos, sinais vitais e eletrólitos.	06h – 12h – 18h

Reduzir náuseas	F	Administrar antiemético conforme prescrito;	Conforme prescrição médica
	F; S	Realizar levantamento completo da náusea, incluindo frequência, duração e os fatores precipitantes;	Sempre que paciente relatar sintoma
	S	Avaliar sinais de desidratação (turgor da pele, mucosas e tempo de enchimento capilar).	06h – 12h – 18h
Promover cicatrização da Ferida Operatória: Diminuir risco de infecção	F	Realizar curativo observando quantidade de exsudato, característica da ferida, bordas, centro e extensão;	Após o banho
	F	Trocar cobertura, realizando curativo oclusivo com clorexidina degermante a 4% e SF a 0,9%	1 vez ao dia
	O	Orientar quanto a importância de proteger o local da FO	Ao realizar esforços
	S	Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão	A cada troca de cobertura.
Melhorar hidratação da mucosa oral	F; A	Promover e estimular a higiene oral da paciente	8:30h – 20:30h
	F	Molhar os lábios com algodão e água potável	SN
Promover sono e repouso adequado	A; O	Tentar acalmar a paciente explicando o seu quadro clínico e a necessidade de permanecer	09h – 21h

		no ambiente hospitalar para receber cuidados;	
	F	Evitar ruídos e procedimentos durante o período de repouso principalmente à noite;	21h
	F	Evitar excesso de luminosidade no rosto do paciente para favorecer o relaxamento e o adormecimento.	21h
Evitar infecção do acesso venoso periférico	S	Observar a integridade da pele ao redor do acesso e presença de sinais flogísticos, documentando qualquer achado anormal.	A cada visita
	O	Orientar o cliente a relatar qualquer desconforto no local da inserção ou durante a infusão de soluções ou medicação.	08h
	F	Limpar o injetor lateral antes de administração de medicações.	Sempre que for administrar medicação
Reduzir ansiedade	A	Ouvir atentamente a pessoa	Sempre que necessário
	O	Informar a paciente sobre seu quadro clínico, tirando todas as suas dúvidas	Sempre que necessário
	O	Orientar sobre o seu tratamento e medicamentos usados	A cada visita

	A	Promover o autocuidado para aumentar a confiança da paciente	Sempre que necessário
	A	Estimular a participação de atividades de lazer de sua preferência, como banho de sol em cadeira de rodas ou macas.	Sempre que necessário
Amenizar sofrimento	A	Estimular contato entre familiares e pacientes através de ligações de áudio e/ou vídeo chamadas e em momentos da visita familiar	09h Momento da visita dos familiares
	A	Envolver a pessoa e familiares nos cuidados	Momento da visita
	S	Investigar recursos de adaptação ao processo de doença	Momento da visita
Propiciar conhecimento acerca de sua condição clínica	A	Incentivar a paciente a procurar informações sobre sua condição de saúde	Sempre que tiver dúvidas
	E	Encaminhar para o centro de referência de doença falciforme	Após alta
	O	Esclarecer todas as dúvidas da paciente referente a sua condição clínica	Sempre que necessário
Melhorar relações com suas atividades	S	Investigar preocupações com questões religiosas	Momento da visita de enfermagem

religiosas no ambiente hospitalar	A	Estimular práticas religiosas que não interfiram na saúde.	Momento da visita da enfermagem
-----------------------------------	---	--	---------------------------------

Fonte: dados coletados pelos autores

PROGNÓSTICO

Na perspectiva do ser humano atender às suas necessidades básicas, após a assistência implementada e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem, o prognóstico indica qual a condição atingida pelo paciente após alta médica, se é independente, caso não qual o grau de dependência, além disso, avalia todo o processo, a fim de chegar a uma conclusão. Um bom prognóstico tem relação ao autocuidado, ainda à independência de enfermagem; prognóstico sombrio é aquele cujo se move para dependência total (HORTA, 1979).

O prognóstico de enfermagem para a senhora J.A.S consiste em garantir uma boa qualidade de vida. A paciente será parcialmente dependente para suas necessidades básicas, visto que a paciente possui uma Doença Falciforme (Anemia Falciforme). Diante disso, ela necessita ser encaminhada para o Centro de Referência de Doenças Falciformes, onde ela será acompanhada e terá conhecimento acerca da sua condição de saúde e do tratamento que receberá. Além disso, é fundamental que ela tenha apoio da sua rede familiar e dos amigos para que seja reintegrada na sua rotina.

CONCLUSÃO

Este estudo teve por objetivo discutir a assistência a uma pessoa em pré-operatório de LE secundário a fístula enterocutânea, foi possível observar que pela história clínica e diagnóstico esta paciente encontra-se suscetível a complicações devido à condutas adotadas durante procedimento cirúrgico de Laparotomia Exploratória para ressecção do intestino delgado e anastomose que é responsável pela absorção de líquidos e eletrólitos fundamentais para a manutenção da homeostase do organismo.

Assim, torna-se necessário levar em consideração que no contexto da assistência de enfermagem, o profissional deve avaliar a pessoa individualmente e prestar cuidados com conhecimento e competência técnico-científica, voltados aos achados clínicos, a avaliação dos riscos aos quais o indivíduo encontra-se exposto. A observação da enfermagem por meio da anamnese e exame físico compõe ferramenta precisa e essencial para construção de um cuidado individual e humanizado para a paciente e sua rede de apoio que também constitui o cenário do cuidado (HORTA, 1979).

A partir do conhecimento científico adquirido no decorrer do estudo desenvolvido, foi elaborado um prognóstico de enfermagem voltado para a capacidade de aceitação da paciente em relação à sua história clínica, das suas necessidades e da sua capacidade de compreender a patologia assim podendo desenvolver o autocuidado necessário para o enfrentamento do seu diagnóstico. Com este estudo, espera-se, pelas discentes que o desenvolveu, que o conhecimento adquirido possa ser disseminado e agregado à vida acadêmica e profissional, estimulando assim a aplicação do processo de enfermagem pelos discentes e profissionais da área.

REFERÊNCIAS

- BABA, R.S. et al. Resultado do tratamento das fístulas enterovesicais para doença de Crohn. Rev Bras Colo-Proctol, v. 28, p. 156-9, 2008.
- BECK D. E. et al. Incidence of small bowel obstruction and adhesiolysis after open colorectal and general surgery. Dis Colon Rectum, v. 42, n. 2, p. 241-8, 1999.
- CAMPOS , A.C.L.; MEGUID, M.M.; COELHO, J.C.U. Factors influencing outcome in patients with gastrointestinal fistula. Surg. Clin. North Am, v. 76, p. 1191-8, 1996.
- CARRARO, TE; Westphalen MEA. Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia (GO): AB; 2001.
- CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, p. 14–22, mar. 2009.
- CIANCIARULLO, T.W. Teoria das necessidades humanas básicas um marco indelével na enfermagem brasileira. Rcv. Esc. Enf. n. especial, p. 100-107, 1987.
- FALCONI, M., PEDERZOLI, P. The relevance of gastrointestinal fistulae in clinical practice: a review. Gut, v. 49, p. 2-10, 2002.
- GASTROCLINICA. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). [s.l.; s.n.]. Disponível em: <<https://gastroclinica.com.br/wp-content/uploads/2019/09/CPRE-Gastroclinica-site.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2022.
- GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USP, v. 5, n, 1, p. 7-15, 1974.
- HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- NEVES, R. DE S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, p. 556–559, ago. 2006.
- PEPE G, et al. Terapia de fechamento assistido por vácuo (VAC)TM como uma multiferramenta de canivete suíço para fechamento de fístula entérica: dicas e truques: um estudo piloto. Eur Rev Med Pharmacol Sci, v. 18, n. 17, p. 2527-32, 2014.
- POTTER EA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
- RIZZATTI EG & FRANCO RF. Investigação diagnóstica dos distúrbios hemorrágicos. Medicina, Ribeirão Preto. Medicina (Ribeirão Preto), v. 34, n. 3/4, p. 238-247.
- WERCKA, J. et. al. Perfil epidemiológico, incidência e desfecho dos pacientes com

Capítulo 5



10.37423/230808086

CUIDADO À PESSOA TESTEMUNHA DE JEOVÁ EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CRANIANA DE RESSECÇÃO DE TUMOR FRENTE AO USO DE HEMOCOMPONENTES

Rute Thyanne Oliveira Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana

Adriana Braitt Lima

Universidade Estadual de Feira de Santana

Adrielle Ágata Jesus Dias Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Ana Vitória da Fonseca Borges

Universidade Estadual de Feira de Santana

Fernanda Araujo valle Matheus

Universidade Estadual de Feira de Santana

Fernanda Silva Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana

Luane Vitória Leite de Jesus

Universidade Estadual de Feira de Santana

Mayra Luiza Matos Evangelista de Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana

Natália Alves dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

Verena Moreira dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem, conforme a Teoria do Cuidado Transpessoal à pessoa hospitalizada, deve contemplar a sua integralidade, ou seja, a assistência ao indivíduo em sua totalidade corpo-mente-espírito (NUNES et al., 2020). Logo, a enfermeira, enquanto membro da equipe multiprofissional, precisa atentar-se às particularidades assistenciais de cada pessoa para haver uma humanização do cuidado com o cultivo de habilidades não apenas na dimensão biológica como também, na psicoespiritual com os elementos da fé, esperança, confiança e aceitação.

Para Horta (1979), existem necessidades humanas básicas universais a todos os indivíduos, as quais precisam ser garantidas para se alcançar o bem-estar. São estas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo que todas elas estão interligadas entre si, distinguindo-se pela manifestação e pela maneira de atendê-las. Conforme a teórica de enfermagem, quando uma das necessidades não é atendida, surgem desequilíbrios que interferem no processo saúde-doença. Ainda, afirma que existem variantes que interferem na maneira de satisfazer essas necessidades, como sexo, idade, cultura, individualidade, escolaridade, ambiente físico e fatores socioeconômicos.

No caso de pessoas hospitalizadas em pré-operatório que são adeptos à religião Testemunha de Jeová (TJ), a prestação da assistência à saúde deve receber uma atenção única, visto que tais indivíduos têm como fundamento a recusa de tratamentos que envolvam hemotransfusão. Para eles, os escritos bíblicos em Gênesis 9:4, Levíticos 17:10, Deuteronômios 12:32 e Atos 15:28,29 condenam a transfusão sanguínea (CAMPOS; COSTA, 2022).

Trata-se de estudo sobre a prestação do cuidado a uma pessoa, a qual intitulamos de J. A. L., 41 anos, testemunha de Jeová com diagnóstico médico de glioblastoma multiforme (GBM) e em pré-operatório de ressecção de tumor cerebral. Tal estudo foi realizado durante a prática hospitalar na unidade de neurologia do hospital geral e público na cidade de Feira de Santana por três estudantes do sexto semestre do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso do curso de graduação em enfermagem de universidade pública na mesma cidade.

Os gliomas fazem parte de um grupo heterogêneo de tumores do sistema nervoso central (SNC), originários de células da glia, ou seja, astrócitos, oligodendrócitos e células ependimárias (LOUIS; PERRY; REIFENBERG; et al, 2016). A fisiopatologia dos gliomas permanece obscura em vários aspectos. Os fatores de risco mais estudados são o uso de telefones celulares e radiação ionizante. Alergias são consideradas como fatores protetivos. Síndromes cancerosas familiares como, por exemplo,

neurofibromatose tipos I e II, síndrome de Li-Fraumeni, entre outras, são causas de gliomas, entretanto, correspondem a menos de 5% dos casos (OSTROM; GITTLEMAN; STETSON; et al. 2015). Os agrotóxicos, especialmente os organofosforados, também têm sido estudados como possíveis fatores de risco para os gliomas (LI; MENG; PENG; et al, 2015) (YIIN; RUDER; STEWART; et al, 2012).

Diversos tratamentos clínicos, incluindo quimioterapia e radioterapia com feixe externo, são utilizados isoladamente ou em combinação com a ressecção cirúrgica. O objetivo do manejo cirúrgico consiste em remover ou destruir todo o tumor, sem aumentar o déficit neurológico (paralisia, cegueira), ou em aliviar os sintomas por meio de sua remoção parcial (descompressão) [...] (BRUNNER; SUDDARTH, 2016)

Aproximadamente 80% dos tumores malignos do SNC são gliomas (OMURO; DEANGELIS, 2013). Estima-se que ocorram, anualmente, no Brasil, cerca de 11 mil casos de tumores primários do SNC, causando mais de nove mil mortes (INCA, 2019). As estimativas para o ano de 2020 de incidência de casos novos de cânceres do sistema nervoso central (SNC) de localização primária na Bahia foram de 360 casos entre os homens, sendo 4,70 por 100 mil habitantes. E nas mulheres, estimou-se que surgiram 280 casos, sendo 3,57 por 100 mil habitantes (INCA, 2019). Fica evidente, assim, que a maior incidência dos cânceres do sistema nervoso central (SNC) são na população masculina, tal qual o sujeito do nosso estudo.

A idade média ao diagnóstico foi 51,8 anos ($DP \pm 18,7$). Em média, os gliomas, no sexo masculino, foram identificados aos 49,9 anos, enquanto, no sexo feminino, o diagnóstico foi em torno de 55,2 anos. Há aumento de incidência com a idade, até atingir o pico entre 50 e 59 anos [...] (VALADARES; SOUZA-KANESHIMA; KANESHIMA, et al., 2021). J. A. L. encontra-se na quarta década de vida, e mediante análise dos dados é possível verificar que o diagnóstico de glioblastoma frontal nos homens se dá nessa mesma faixa etária.

A motivação para este estudo surgiu pela possibilidade de aprendizagem das estudantes em elaborar o cuidado de enfermagem com fundamentos na Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) e por conviver com a situação concreta de uma pessoa hospitalizada testemunha de Jeová precisando submeter-se a cirurgia de ressecção de tumor e o dilema de transfusão ou não de sangue durante este tratamento cirúrgico. As estudantes inquietaram-se com o contexto, pois presenciaram as discussões da equipe multiprofissional sobre as questões que envolvem a hemotransfusão.

Por esse motivo, os estudantes elaboraram a seguinte questão de pesquisa: como cuidar da pessoa testemunha de Jeová em pré-operatório de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes?

Nesse caminho, foi levantado o objetivo: descrever o cuidado à pessoa testemunha de Jeová em pré-operatório de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes.

Esperamos com este estudo contribuir para que os estudantes e profissionais de saúde reflitam sobre o cuidado à pessoa testemunha de Jeová em pré-operatório de ressecção de tumor e com contextos experienciados devido a necessidade do uso de hemocomponentes. Além disso, elaborar a SAE sobre a cirurgia craniana proporcionará o adentrar no cuidado à pessoa em suas dimensões biopsicoespiritual com atenção às necessidades afetadas de acordo com a presença durante a prática hospitalar na unidade de neurologia.

METODOLOGIA

O estudo seguiu a abordagem qualitativa com características de descrição da experiência de estudantes de enfermagem quanto a aplicabilidade do cuidado de enfermagem com norte na SAE de uma pessoa com glioblastoma multiforme (GBM). Nessa perspectiva, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa por se preocupar com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, a pesquisa qualitativa se preocupa com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014). E em se tratando deste estudo verificamos o contexto do dilema de J. A. L. ser testemunha de Jeová e a situação da hemotransfusão.

O local do estudo foi um hospital geral e de grande porte na cidade de Feira de Santana na unidade de neurologia. O estudo foi desenvolvido por três estudantes de enfermagem no período da prática hospitalar de 05 a 27 de abril 2023 do componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, constituído por 60h de aula teórica e 120h de aulas práticas em laboratório e hospital, por onde atuam nas unidades de clínica cirúrgica, centro cirúrgico e clínica neurológica. Especialmente, na clínica neurológica as estudantes cuidaram de J. A. L. por quatro dias.

Para a coleta de informações foram utilizadas as seguintes estratégias: formulários do histórico de enfermagem (BARROS, 2010), entrevista individual, exame físico e informações no prontuário onde se colheu dados sobre os exames realizados, os registros da admissão, observações e evolução da equipe multiprofissional.

O cuidado de enfermagem foi norteado pela SAE com fundamentos na Teoria das Necessidades Humanas Básicas Afetadas de Wanda Horta (2011), que estabelece cinco etapas para o processo de enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem constituídos com o levantamento de problemas, necessidade humanas básicas afetadas e diagnóstico de enfermagem conforme a

taxonomia da *North American Nursing Diagnosis* (NANDA), plano assistencial, plano de cuidado, evolução e prognóstico.

No intuito de descrever o cuidado executado pelas estudantes de modo que a experiência mostrasse o desvelar da situação de J. A. L., foi respondido questionário com questões abertas. Não se esperava trazer o conhecimento na sua íntegra, mas a lacuna do vivido sob o olhar de quem cuidou de J. A. L.

Assim, foram enviadas por *e-mail* as seguintes questões:

1. O que você entende sobre a religião testemunha de Jeová e a transfusão de sangue?
2. Para você, como foi cuidar da pessoa precisando realizar a cirurgia e ao mesmo tempo vivenciando as limitações da transfusão devido a religião?
3. Me diga, o que foi mais marcante ao desenvolver o cuidado com o paciente.
4. Quais as dificuldades e facilidades deste cuidado

Após o envio dos questionários respondidos, os dados foram processados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2016).

As questões éticas foram seguidas quanto a segurança, privacidade e confiabilidade a J. A. L. considerando que possui uma religião própria que precisava manter a sua crença respeitada, especificamente, a sua religião testemunha de Jeová. Por isso, o modo de abordagem e cuidado a essa pessoa foi considerando a sua escolha religiosa.

RESULTADOS

Com o intuito de responder a questão de pesquisa levantada de como cuidar da pessoa testemunha de Jeová em pré-operatório de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes? utilizamos as etapas do processo de enfermagem da Teoria das Necessidades Humanas Básicas que serão descritas a seguir.

Para o planejamento do cuidado de enfermagem foi utilizado a teoria de Wanda Aguiar Horta (2011), que traz a divisão do processo de enfermagem com as seguintes etapas: 1) Histórico; 2) Diagnóstico; 3) Plano assistencial; 4) Plano de cuidados ou prescrição; 5) Evolução. As estratégias utilizadas para o desenvolvimento do processo de enfermagem foram entrevista com o paciente e pesquisa no prontuário.

1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

J. A. L. 41 anos, sexo masculino, casado e sem filhos. Residente de Feira de Santana - BA, possui ensino médio completo e religião testemunha de Jeová. Encontra-se internado na clínica neurológica de hospital geral público em Feira de Santana. Tem história pregressa de cirurgia neurológica no ano de 2022. Atualmente com diagnóstico médico de glioblastoma multiforme, em tratamento com quimioterapia três vezes na semana e radioterapia duas vezes na semana, porém suspenso devido à internação. Deu entrada na emergência em oito de março de 2023 com queixa de crise convulsiva durante 3 horas consecutivas e relata crises recorrentes semanais. Na admissão, apresentava hemiparesia em MSE. Em exames de imagem, foi revelado evolução de tumor. Possui como doença pré-existente o tumor cerebral, nega comorbidades, alergias e antecedentes familiares. Ao exame físico, paciente normotenso (120 x 90 mmHg), pulso filiforme e rítmico, pulsando 74 bpm, eupneico (17 ipm), normocardico (76 bpm). Tipo Morfológico: Normolíneo. Nível de consciência: Paciente com memória recente e remota conservadas, alerta, LOTE, consciente. Atividade Motora: Paciente restrito ao leito apresentando hemiplegia em hemicorpo, com score = 04 em MSE e MIE na avaliação da escala de força motora. Segundo a escala: Movimento ativo contra gravidade e vence uma pequena resistência. Aparelho cardiovascular: ausculta cardíaca com bulhas cardíacas normofonéticas em 2T. Aparelho Respiratório: Tórax plano e simétrico, ausculta pulmonar com MVBD bilateralmente. Aparelho Digestório: RHA hipoativos em QID.

O histórico de enfermagem foi executado conforme formulário construído baseado no modelo de Barros (2010). Os diagnósticos foram levantados ao refletir sobre os problemas de enfermagem, Necessidades Humanas Básicas Afetadas (HORTA, 1979) e a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis* (NANDA) (2021-2023).

2. EVOLUÇÃO

Em 11 de abril de 2023, às 08 horas, paciente encontrado no leito em pré-operatório de ressecção de tumor cerebral, lúcido, orientado no tempo e espaço, calmo, BEG, hemodinamicamente estável, normotenso, afebril, normoglicêmico, normocárdico e eupneico. Ao exame: mucosas oculares normocrômicas, pupilas isocóricas, tórax plano e simétrico, ausculta pulmonar com MVBD bilateralmente, ausculta cardíaca com bulhas cardíacas normofonéticas em 2T, abdome distendido indolor a palpação, em uso de AVP em MSE sem sinais flogísticos, e apresentando hemiparesia, MMII sem alterações. Normotenso, normoglicêmico, afebril, normocardico e eupneico. Diurese presente e

dejeções ausentes a 2 dias (SIC). Padrão de sono alterado, aceitando dieta oral, sem queixas. Administrado medicamentos de horário conforme prescrição médica.

Quadro 01: Medicações em uso pelo paciente em ambiente hospitalar em unidade neurológica de hospital público.

PRESCRIÇÃO	CLASSE	POSOLOGIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÃO	REAÇÕES ADVERSAS
Clonazepam 2 mg; comprimido	Benzodiazepínico- inibidor do neurotransmissor GABA	2mg à noite	Oral	Está indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas.	Diminuição da concentração, sonolência, lentidão de reações, hipotonia muscular, tonturas e ataxia.
Fosfato dissódico de dexametasona 2 ml 4mg/ml; solução injetável.	Corticosteróide sistêmico.	1 ml 2x ao dia. Diluir em SF ou SG 5%.	IV.	Tratamento de edema cerebral de várias causas, dentre elas, os tumores cerebrais primários ou metastáticos. Também pode ser utilizado no pré-operatório de pacientes com hipertensão intracraniana secundária a tumores cerebrais ou como medida paliativa em pacientes com	Hipotonia, exacerbamento das convulsões, supressão da glândula adrenal, etc.

				neoplasias inoperáveis ou recidivantes.	
Fenitoína 100mg; comprimido.	Anticonvulsiv ante.	100 mg 3x ao dia.	Oral.	Tratamento de crises convulsivas generalizadas clônico-tônicas (grande mal) e de crises convulsivas parciais complexas. Previne as crises convulsivas após traumatismo cranioencefálico/ neurocirurgia.	Alterações do humor, ataxia, como, confusão mental, depleção de ácido fólico, anemia megaloblástica, diplopia, fala desarticulada, febre, hiperglicemia, letargia, náuseas, nistagmo, rash cutâneo, sonolência e tontura.
Valproato de sódio 500 mg; comprimido	Anticonvulsiv ante	1000 mg 2x ao dia	Oral	É indicado como monoterápico ou como terapia adjuvante ao tratamento de pacientes com crises parciais complexas, que ocorrem tanto de forma isolada ou em associação com outros tipos de crises.	Amnésia, ataxia, tontura, cefaléia, nistagmo, parestesia, alteração da fala.

Fonte: SILVA, A. A. J. D; SOUZA, R. T. O; SANTOS, N. A., 2023

3. Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial e Aprazamento

Quadro 02: Descrição dos Problemas de Enfermagem, juntamente com as necessidades humanas básicas afetadas, diagnóstico de enfermagem e o plano assistencial.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PLANOS ASSISTENCIAIS
Dificuldade para deambulação	Psicobiológica: regulação neurológica;	Mobilidade física prejudicada relacionada à tumor cerebral e evidenciada por diminuição da força muscular.	Prevenir desuso e rigidez articular.
Insegurança	Psicoespiritual: religiosa ou teológica; ética; Psicossocial: segurança;	Risco de religiosidade prejudicada relacionado à insegurança frente aos dilemas do tratamento cirúrgico.	Trazar segurança ao cliente frente aos dilemas vivenciados no contexto hospitalar.
Ansiedade	Psicossocial: espaço;	Ansiedade relacionada a desejo de alta hospitalar não atendido evidenciado por relato verbal.	Minimizar a ansiedade do cliente quanto a alta hospitalar.
Hemiparesia em MSE	Psicobiológica: regulação neurológica;	Tolerância de atividade diminuída relacionada à neoplasia e evidenciada por diminuição da força muscular.	Promover a integridade da força e da resistência muscular.
Risco de constipação	Psicobiológica: eliminação.	Risco de constipação relacionado a baixa deambulação.	Prevenir constipação.

Fonte: SILVA, A. A. J. D; SOUZA, R. T. O; SANTOS, N. A., 2023.

Quadro 03: Descrição do Plano de Cuidados e do Aprazamento.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PLANO DE CUIDADOS	APRAZAMENTO
Mobilidade física prejudicada relacionada à diminuição da força muscular evidenciada por tumor cerebral.	Fazer exercícios de amplitude com o cliente; Orientar aos familiares e ao	Sempre que oportuno;

	cliente os exercícios de amplitude; Orientar quanto a importância de sua realização;	
Risco de religiosidade prejudicada relacionado à insegurança frente aos dilemas do tratamento cirúrgico.	Demonstrar apoio e respeito à opção religiosa do cliente e as decisões que a mesma implica; Esclarecer as dúvidas que o paciente venha a ter.	Sempre que oportuno;
Ansiedade relacionada a desejo de alta hospitalar não atendido evidenciado por relato verbal.	Demonstrar disponibilidade para ouvir as demandas do cliente; Conversar quanto à necessidade de se respeitar o processo de internação; Observar se haverá evolução para quadro de adoecimento psíquico;	Sempre que oportuno
Tolerância de atividade diminuída associada a neoplasia e evidenciada por diminuição da força muscular.	Estimular a continuidade da fisioterapia; Estimular o paciente a executar as atividades diárias com o MSE; Aplicar escala de força motora;	Diariamente; Reforçar sempre que oportuno;
Risco de constipação relacionado a baixa deambulação.	Orientar o paciente quanto a importância da deambulação; Ofertar dieta rica em fibras; Estimular a ingestão de no mínimo 2L de água diariamente;	Diariamente; Reforçar sempre que oportuno;

Fonte: SILVA, A. A. J. D; SOUZA, R. T. O; SANTOS, N. A., 2023.

Como resultado do presente estudo de caso, as estudantes produziram o seguinte relato de experiência com base nas suas impressões relativas ao cuidado a uma pessoa Testemunha de Jeová em pré-operatório de cirurgia craniana de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes.

Quadro 4: Relato de experiência de estudantes de enfermagem sobre o cuidado à pessoa testemunha de jeová em pré-operatório de ressecção de glioblastoma

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ESTUDANTES
1. Compreensão sobre a religião testemunha de Jeová	Entendendo que a religião testemunha de Jeová significa uma crença e a não doação de sangue.	Rosa, Lírio e Orquídea
	Revelando que a religião testemunha de Jeová segue uma missão e a bíblia.	Rosa, Lírio
2. Desafio de cuidar da pessoa testemunha de Jeová e com indicação de cirurgia	Expressando os sentimentos de temor e insegurança da pessoa complicar e precisar de transfusão sanguínea.	Rosa,
	Desvelando a preocupação de ser desrespeitosa ao falar ou perguntar algo que pudesse ofender perante a sua fé religiosa e por ser contra a não transfusão.	Lírio e Orquídea
3. Vivências no cuidado com a pessoa testemunha de Jeová: aspectos positivos e negativos	Descrevendo durante o cuidado dificuldades: não comemorar o aniversário, a fragilidade durante o banho de aspersão e a incompreensão da religião.	Rosa, Lírio e Orquídea

	Compreendendo que a comunicação, a colaboração, a crença e a determinação da pessoa Testemunha de Jeová ajudou no cuidado prestado.	Rosa, Lírio e Orquídea
--	---	------------------------

Fonte: SILVA, A. A. J. D; SOUZA, R. T. O; SANTOS, N. A., 2023.

Quadro 05: Entendendo que a religião Testemunha de Jeová significa uma crença e a não doação de sangue.

Rosa	[...] possuem a crença de que o sangue não deve ser doado ou recebido.
Lírio	Também não aceitam transfusão sanguínea por acreditar que isso não condiz com os ensinamentos bíblicos.
Orquídea	A religião Testemunha de Jeová é um seguimento religioso no qual seus integrantes precisam seguir determinadas normas para alcançar a salvação. Uma dessas normas é a abstenção do sangue tanto ingerido em alimentação como a hemotransfusão. Esses religiosos se baseiam em livros como Gênesis, Levítico, Deuteronômios e Atos, os quais solicitam que as pessoas se abstenham do sangue, pois ele contém vida.

Fonte: SILVA, A. A. J. D; SOUZA, R. T. O; SANTOS, N. A., 2023.

DISCUSSÃO

A maior dificuldade com a internação de J. A. L. foi relacionada a sua opção religiosa, testemunha de Jeová, religião na qual os seguidores da religião Testemunhas de Jeová se recusam a se submeter ao procedimento de transfusão sanguínea, mesmo nos casos extremamente necessários, demonstrando claramente com esta atitude, a prioridade da sua intimidade e privacidade por convicções religiosas, em detrimento do seu direito à vida. Os adeptos deste movimento religioso se justificam afirmando que se sentirão rejeitados e até mesmo excluídos pelos familiares, amigos e membros da sua comunidade religiosa, caso sejam submetidos ao procedimento de transfusão de sangue, provocando, assim, um abalo irreversível na sua dignidade humana (LARA; PENDLOSKI, 2013).

Por conseguinte, essa peculiaridade atrasou a evolução do seu tratamento cirúrgico e, consequentemente, quanto mais prolongada foi a sua internação hospitalar, mais suscetível a infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), bem como ao agravamento do seu quadro de glioblastoma, uma vez que estava com a quimioterapia e a radioterapia interrompidas, fazendo uso de medicamentos com ação anticonvulsivante apenas para controlar as crises e desprotegido quanto ao crescimento da massa tumoral.

J. A. L. contraiu pneumonia e na semana anterior a que transcorreu o procedimento cirúrgico, teve três episódios de crises convulsivas. Esta situação intensificava os problemas de enfermagem no tocante à insegurança devido as decisões a serem tomadas por J. A. L. a realização da cirurgia craniana de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes, com diagnóstico de “Risco de religiosidade prejudicada relacionado à insegurança frente aos dilemas do tratamento cirúrgico”, paralelamente, afeta as necessidades humanas básicas psíquicas: religiosa ou teológica, e psicossocial: segurança .

Ademais, é possível notar uma agudização do problema de enfermagem ansiedade, com base na necessidade humana básica afetada psicossocial: espaço. Sabe-se que situações do cotidiano exigem respostas (pensamentos e ações) que gerem o ajuste psicológico do indivíduo ao ambiente (CHAVES, 2002). A hospitalização, por si só, é uma experiência pouco agradável para a maioria dos pacientes, a necessidade de intervenção cirúrgica agrava esse desconforto e a casual suspensão da cirurgia pode gerar maior angústia (ANTONIO; MUNARI; COSTA; 2002).

Outro diagnóstico de enfermagem predominante foi o da “Mobilidade física prejudicada relacionada a tumor cerebral evidenciada por diminuição da força muscular” por meio do qual, era verificado que sua autonomia estava comprometida, o que o fazia necessitar do auxílio da acompanhante para realização das atividades de vida diária. A presença do diagnóstico Mobilidade física prejudicada implica problemas como a mudança na marcha, que pode gerar um risco aumentado para quedas, além da maior dependência quanto às atividades de vida diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, assim como no entorno de casa e para outros locais (FALCÃO; CARVALHO; BARRETO, LESSA; et al, 2004). No tocante as necessidades humanas básicas afetadas, a presença desse diagnóstico evidencia um prejuízo psicobiológico: regulação neurológica.

Outrossim, implica no diagnóstico de “Risco de constipação relacionado a baixa deambulação”, de acordo com a *North American Nursing Diagnosis* (NANDA), implicando respectivamente nas

necessidades humanas básicas psicobiológica: regulação neurológica, e psicobiológica: eliminação, em consonância a teoria de Horta (1979).

Tanto o diagnóstico de enfermagem de “ Risco de constipação” como o diagnóstico médico de Glioblastoma Multifatorial estão relacionados ao aumento da pressão intracraniana (PIC), visto que a pressão exercida para evacuar pode elevar a PIC, a qual é representada pela pressão exercida pelo líquido cefalorraquidiano (LCR) no espaço subaracnóide e nos ventrículos cerebrais. Apresenta oscilações geradas pelos componentes cardíaco e respiratório, e seu valor normal varia de 5 a 15 mmHg (HICKEY, 1999) (CABRERA, 1996).

O crânio consiste em uma esfera de constante volume, ocupado por parênquima cerebral (80% do total), LCR (10%) e sangue (10%). Segundo a Teoria de Monro-Kellie e Burrows, esse conteúdo deve permanecer constante, e qualquer alteração do volume de um desses componentes será compensada com alteração do volume de um ou de ambos os outros. Quando os mecanismos compensatórios se esgotam, surge um quadro de hipertensão intracraniana (HIC), caracterizado por aumento da PIC acima de 20 mmHg ou ondas intermitentes de aumento da pressão (HICKEY, 1999) (IENCEAN, 2002).

Entre as afecções cerebrais que resultam em aumento da PIC, destacam-se os tumores intracranianos. Eles podem causar HIC ocupando espaço e produzindo efeito de massa, quando localizados no parênquima cerebral, ou ocasionando hidrocefalia, quando localizados na região intraventricular ou nas imediações dos ventrículos cerebrais (HICKEY, 1999) (IENCEAN, 2002).

A hospitalização e algumas condições neurológicas constituem fatores de risco para constipação intestinal: jejum oral para procedimentos diagnósticos, restrição hídrica, imobilização no leito devido às condições clínicas (plegia/paresia), estresse, ansiedade, uso de drogas que interferem com o peristaltismo e/ou trânsito intestinal (constipantes), rotina intestinal interrompida, desidratação, entre outros (HICKEY, 1999). Por isso, a importância dos cuidados levantados para prevenir esse quadro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da elaboração do presente relato de experiência, fica evidente como deve ser prestado o cuidado a um paciente Testemunha de Jeová: uma assistência única. Além disso, deve-se atentar-se aos cuidados às necessidades humanas básicas afetadas mediante uma afecção, principalmente concernente ao âmbito psicoespiritual, visto ser identificada a existência de conflitos éticos e espirituais entre a equipe e no paciente estudado.

No pós-operatório mediato, durante seu período de internação na UTI, foi percebido desvio de comissura labial à esquerda, evidenciando lesão neurológica decorrente do procedimento anestésico-cirúrgico. Além disso, ao se aplicar a escala de força motora, notou-se o aumento da hemiparesia à esquerda, score = 01 em MSE e 03 em MIE.

Em discussão do quadro clínico, as discentes chegaram à conclusão de que o paciente encontrará dificuldades na recuperação relacionadas à dependência para higienizar-se e locomover-se. Contudo, espera-se que o paciente, ao aderir ao tratamento fisioterapêutico, vivencie uma redução da hemiparesia. Ademais, é esperado que o paciente J.A.L. experiencie uma redução da ansiedade ao receber alta, visto que este problema de enfermagem foi causado pelo anseio em receber alta. Entretanto, chegou-se à conclusão que essa alta poderá aumentar o risco de constipação do paciente, já que o mesmo enfrenta problemas na deambulação. Não obstante, foi notado que o paciente expressou alívio em realizar o procedimento cirúrgico, o que representou um ponto positivo na recuperação da psicoespiritualidade.

Ademais, com esse estudo é possível atestar que foram colocados em prática os conhecimentos da semiologia e semiotécnica com a execução do exame físico pelas estudantes de enfermagem. Bem como a aplicação das etapas da SAE baseadas na teoria das Necessidades Humanas Básicas Afetadas (1979) e na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis* (NANDA).

Vale ressaltar que houveram dificuldades enfrentadas, tais quais:

1. O desconhecimento da religião “Testemunha de Jeová” e seus preceitos, o que acarretou no sentimento de receio e medo na prestação da assistência ao paciente;
2. O retorno das discentes ao ambiente hospitalar após um ano e meio de estágio apenas na Atenção Básica.

Entretanto, a compreensão de que a prática lapida as nossas habilidades, aliada ao esforço da busca pelo conhecimento científico, foi relatada como um facilitador do campo de ensino clínico, além da revisão de conteúdos pelas docentes em aulas de laboratório.

Espera-se, com esse estudo, contribuir com a prática dos profissionais atuantes, bem como dos futuros profissionais sobre como deve ser prestado o cuidado a uma pessoa Testemunha de Jeová em pré-operatório de cirurgia craniana de ressecção de tumor frente ao uso de hemocomponentes.

REFERÊNCIAS

1. ANTONIO, P. S.; MUNARI, D.B.; COSTA, H. K. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. Revista Eletrônica de Enfermagem, vol.4, nº1, p.33-39,2002. Disponível em: www.fen.ufg.br/. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
2. BRUNNER; SUDDARTH, Manual de enfermagem médico- cirúrgica. 13º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
3. CABRERA, H.T.N. Fisiopatologia básica da hipertensão intracraniana. In: Stávale MA, editor. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo (SP): Santos; 1996. p. 39-47.
4. CHAVES, E. C.; CADE, N.V. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e coma depressão em mulheres com hipertensão. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, vol. 4, nº1, p. 1-11, 2002.
5. Clonazepam. Comprimido revestido 2 mg. Bula para o profissional de saúde. Disponível em: [clonazepam-bula-profissional-eurofarma.pdf](#)
6. COSTA, A. G. S.; OLIVEIRA, A. R. S.; ALVES, F. E. C. A.; CHAVES, D. B. R.; Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Revista Escola de Enfermagem da USP. vol. 44, nº 3, p. 753-758, 2010.
7. Depakene (valproato de sódio 50mg/ mL), Bula para o profissional da saúde. Abbott. Disponível em: Microsoft Word - BU14_Depakene_Bula_Profissional_Cáp_TC RA FG - Final (abbott.com)
8. Esomeprazol sódico (Comprimidos revestidos de 20 a 40mg. EMS. Disponível em: [. \(ems.com.br\)](#).
9. FALCÃO, I.V.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L; LESSA, F.J.D.; LEITE, V.M.M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(1):95-102.
10. FERREIRA, R. C. S. F. Bulário explicativo para médicos, farmacêuticos e enfermeiros, - 2. ed. - São Paulo: Rideel, 2015, 1056 p.
11. Fosfato dissódico de dexametasona 2ml 4mg/ml. Farmace Indústria Químico- Farmacêutica Cearense. Disponível em: <Fosfato dissodico de dexametasona - Bula Profissional.pdf (farmace.com.br)>.
12. HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023.
13. HICKEY, J.V., editor. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
14. HORTA, V. de A. Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. - São Paulo: 1979. Disponível em: <http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/Livro_-_Processo_de_Enfermagem_-_Wanda_Horta_1_.pdf>.

15. IENCEAN, S.M. A new classification and a synergetical pattern in intracranial hypertension. *Med Hypotheses* 2002; 58(2):159-63. Review.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso 2020 maio 1]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
17. LARA, G. F.; PENDLOSKI, J. Os enfermeiros diante do dilema ético: transfusão de sangue em testemunhas de Jeová. *Revista UNINGÁ Review*. vol.16,n.1,p.70-77, out - dez 2013. Disponível em http://www.smartredirect.de/redir/clickGate.php?u=lgKHHLBt&m=1&p=bvjHgP4nHn&t=xZJdYif2&st=&s=&plash=0&abp=1&url=https%3A%2F%2Frevista.uninga.br%2Funingareviews%2Farticle%2Fdownload%2F1466%2F1078&r=https%3A%2F%2Fscholar.google.com.br%2Fscholar%3Fhl%3Dpt-BR%26as_sdt%3D0%252C5%26q%3Dcuidado%2Bde%2Benfermagem%2Ba%2Bpessoa%2Btestemunha%2Bde%2Bjeov%25C3%25A1%26btnG%3D.
18. LI, H.X.; MENG, H.Y.; PENG, X.X.; et al. A meta-analysis of association between pesticides exposure and glioma risk in adults. *J Craniofac Surg*. 2015;26(7):e672-3. doi: <http://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001707>.
19. LOUIS, D.N; PERRY, A; REIFENBERGER, G; et al. The 2016 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Acta Neuropathol*. 2016;131(6):803-20. doi: <http://doi.org/10.1007/s00401-016-1545-1>
20. MINAYO, M. C. de S. (Org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014. 408 p.
21. NETTO, R.; MESTRE, M.; SANTOS, D. C. L. R; ZOTTO, L. L. S. Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol. XI, nº 2, p. 267-284, 2009.
22. NUNES, E. C. D. A. et al. O cuidado da alma no contexto hospitalar de enfermagem: uma análise fundamentada no Cuidado Transpessoal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2020; 54: e03592. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZhHFxyBTtDv85j4zVZrBKM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mai 2023.
23. OMURO, A. DEANGELIS, L.M. Glioblastoma and other malignant gliomas: a clinical review. *JAMA*. 2013;310(17):1842-50. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2013.280319>.
24. VALADARES, A. D; SOUZA- KANESHIMA; KANESHIMA, E. N.; et al. Perfil Anatomopatológico e Imuno- histoquímico de Gliomas de Pacientes da Região de Maringá- PR. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2021; 67(3): e-101287. Disponível em: <Miolo_RBC_67-3.indd (bvsalud.org)>.
25. TORRES, A. C; DICCINI, S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. *Revista Latino- am Enfermagem*, vol. 14, n. 3, p. 397- 404, mai- jun 2006. Disponível em <v14n3a14 (scielo.br)>.

26. YIIN, J.H.; RUDER, A.M; STEWART, P.A.; et al. The upper Midwest health study: a case-control study of pesticide applicators and risk of glioma. Environ Health. 2012;11:39. doi: <http://doi.org/10.1186/1476-069X-11-39>.

Capítulo 6



10.37423/230808088

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PÓS OPERATÓRIO DE DESTRIDAMENTO DE FASCEITE NECROSANTE SECUNDÁRIA A ERISPELA BOLHOSA

Ana Vitória da Fonseca Borges

Universidade Estadual de Feira de Santana

Luane Vitória Leite de Jesus

Universidade Estadual de Feira de Santana

Fernanda Silva Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana

Natália Alves dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

Rute Thayanne Oliveira Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana



1. INTRODUÇÃO

Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem. O método é organizado em cinco etapas (Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação, Avaliação) que ajudam a fortalecer o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro (a) consegue agir de acordo com a priorização, a delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente cultural do cuidado prestado. (RODRIGUES, G., 2019)

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Período Perioperatório (SAEP) é um processo disciplinado, organizado e planejado de assistência ao paciente cirúrgico que integra fases com finalidade de levantar e analisar as necessidades individuais do paciente. A SAEP está diretamente ligada à implementação da enfermagem integral e contínua, diminuindo os riscos para o paciente, promovendo a segurança, determinando um serviço de qualidade além de prevenir e reduzir a incidência de acontecimentos impróprios pertinentes nos serviços de saúde. (FREIRE, M.S et al, 2017).

A erisipela bolhosa é um tipo mais grave que tem como causa a infecção pela bactéria *Streptococcus Beta-hemolítico do grupo A*, ela afeta camadas profundas da pele, levando em alguns casos a complicações podendo acometer a camada gordurosa ou músculos, acúmulo de pus, necrose e atingir a circulação sanguínea levando a infecção generalizada. (ARAÚJO, L., 2023). Esta é caracterizada por formação de placas eritematosas, edemaciadas, infiltrada e dolorosa, com bordas bem definidas que se espalham rapidamente para a pele circundante no entanto o médico deve ter atenção ao realizar o diagnóstico dessa patologia, pois a erisipela pode ser facilmente confundida com a celulite, que é uma infecção cutânea mais grave, afetando uma área maior dos tecidos moles e penetrando profundamente na derme e no tecido subcutâneo. É importante que o médico faça um diagnóstico cuidadoso para diferenciar essas duas condições (SALLES, L, et al, 2018).

Sua incidência atinge tanto homens como mulheres independente da faixa etária, sendo mais comum em pacientes diabéticos, obesos ou com insuficiência venosa. (PAULO, S., s.d). Os fatores predisponentes se iniciam com o rompimento da barreira cutânea ocasionado por traumas como, mordida de insetos, abrasão, cortes; inflamação como, eczema e radioterapia; infecção de pele preexistente, varicela ou insuficiência venosa. Dentre as complicações causadas, ocorre a fsséite necrotizante, como foi apresentada pela paciente. Caracterizada por necrose extensa e rápida do

tecido afetado. O diagnóstico é feito por meio de achados clínicos, exames laboratoriais, diagnóstico por imagem e biópsia da fáscia, sendo este considerado padrão ouro. Estabelecido o diagnóstico, o tratamento deve ser instituído imediatamente e consiste em reposição volêmica; desbridamento cirúrgico amplo, com retirada de todo material necrótico, incluindo a fáscia; e a utilização de antibióticos de amplo espectro.(SOARES, T.H, et al, s.d)

A fisiopatologia da erisipela bolhosa se dá por meio de traumas e soluções de continuidade da pele causada por infecções e processos inflamatórios ou infecciosos, sendo a região mais favorável pernas inchadas. Quando ocorre esses processos havendo a ruptura da barreira de proteção, uma bactéria considerada não patogênica se torna um patógeno oportunista levando a infecção cutânea, isto vai fazer com que haja alterações no sistema imunológico do indivíduo. (SANAR, 2023). A erisipela é classificada em eritematosa apresentando edema e hiperemia, bolhosa com presença de bolhas volumosas e tensas com líquido purulento, hemorrágica provocando hemorragia na pele afetada e gangrenosa com ulceração superficial. (ARAÚJO, R. et al 2021)

Os sinais e sintomas apresentados inicialmente são febre alta, tremores, mal estar, náuseas e vômitos; a lesão na pele apresenta-se brilhante e acompanhada de dor, rubor, edema e em alguns casos bolhas, feridas ou sinal de necrose dos tecidos. O diagnóstico médico é baseado em achados clínicos característicos e confirmação do resultado das culturas. O tratamento é feito pela combinação de uso de antibióticos específicos para a bactéria causadora. A erisipela pode ser prevenida através de cuidados higiênicos locais, evitar e tratar feridas nas pernas, prevenir o sobrepeso e realizar repouso com pernas elevadas sempre que possível com intuito de diminuir o edema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

No caso em questão, a paciente realizou o procedimento cirúrgico de debridamento de fasceite necrosante que é uma infecção potencialmente fatal, caracterizada por necrose progressiva da fáscia e tecidos subcutâneos de origem polimicrobiana, incluindo microorganismos aeróbios e anaeróbios. (RIOS L. et al, 2019)

A Fasceíte Necrotizante é uma infecção subcutânea dos tecidos moles que oferece risco de vida e requer um alto índice de suspeita para diagnóstico(STEINER, K.L et al, 2020). A mesma inicia-se como área eritematosa, dolorosa e localizada, que aumenta em horas ou dias, associada a edema tecidual importante. Em seguida, ocorre cianose local e formação de bolhas de conteúdo amarelado ou avermelhado escuro. A área envolvida torna-se rapidamente demarcada, circundada por borda eritematosa e recoberta por tecido necrótico. Nesse momento, desenvolve-se a anestesia da pele que

recobre a lesão devido à destruição do tecido subcutâneo subjacente e trombose dos vasos nutrientes, causando necrose das fibras nervosas. (CARVALHO, I.M, et al, 2004)

Indícios para o diagnóstico da Fasceite Necrotizante incluem edema inelástico, cianose, palidez e hipoestesia cutâneas, crepitação, fraqueza muscular, odor fétido de exsudatos, ausência de linfangite, rápida progressão da infecção e falta de resposta à antibioticoterapia convencional. Testes bacteriológicos (diretos e culturais), a partir do exsudato da ferida, fluido da bolha, tecido excisado, material aspirado do subcutâneo e sangue, são essenciais para o diagnóstico apropriado. O diagnóstico definitivo é feito à exploração cirúrgica, pela presença de necrose da fáscia. (CARVALHO, I.M, et al, 2004)

A antibioticoterapia isolada não é efetiva, devido ao comprometimento da concentração da droga no local da infecção, prejudicada pela necrose e trombose de vasos sangüíneos. Dentre os medicamentos de escolha podemos citar: Penicilina, como antibiótico, Clindamicina, reduzindo antígenos. Essas, podendo ser usadas isoladas ou em conjunto, produzindo maior eficácia. O tratamento envolve o diagnóstico precoce, debridamento cirúrgico imediato (poucas horas após o início da antibioticoterapia) é imprescindível se o eritema não regredir, com incisões longitudinais estendendo-se até a fáscia profunda e além da área necrótica. (CARVALHO, I.M, et al, 2004) radical de todo o tecido necrótico, antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas gerais de suporte agressivas.

A erisipela na pessoa com outras comorbidades, como anemia falciforme e lúpus, podem potencializar as complicações. Visto que, o lúpus eritematoso sistêmico caracteriza por doença multissistêmica autoimune enquanto a doença falciforme (DF) patologia hereditária, afetando principalmente pacientes da cor negra, diferenciada por uma mutação na cadeia beta da hemoglobina com formação de hemoglobina anormal (HbS), responsável por obstrução da microcirculação, isquemia, necrose tecidual e disfunção orgânica sistêmica, podendo acelerar a dificuldade da cicatrização da lesão por erisipela, acelerando a necrose.

A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, onde o gene alterado pode ser adquirido pelos pais e tem como característica um grupo de distúrbios que fazem com que os glóbulos vermelhos do sangue fiquem deformados, desta forma as hemácias perdem sua forma arredondada e elástica para a forma de foice dificultando a passagem do sangue por vasos de pequeno calibre levando a baixa oxigenação dos tecidos. (FLEURY, 2023)

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença de natureza autoimune, crônica, inflamatória de etiologia desconhecida que afeta múltiplos órgãos apresentando sintomas localizados e sistêmicos.

Há uma redução do ataque dos anticorpos contra os órgãos alvos e há um desaparecimento das manifestações clínicas (dores, febre, infecções, inflamação das articulações).(MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d)

Ademais, o estudo das patologias, comorbidades e suas complicações ora pesquisados linkado com a SAEP, a luz de uma teoria, constitui um planejamento do cuidado de enfermagem centrado na ética e base científica, produzindo conhecimentos que podem ser compartilhado em benefício da sociedade, buscando entender seus aspectos, trazendo inovações e informações relevantes para a melhoria assistência dos pacientes assistidos. Sendo assim, torna-se de suma importância: identificação de problemas, diagnóstico, plano assistencial e de cuidados de enfermagem voltados para o pós operatório, a fim de resultar em maior celeridade ao tratamento clínico e cirúrgico, a fim de reduzir o tempo de internação da pessoa adoecida. A motivação para construir esse estudo, adveio por explanação dos docentes em sala de aula no componente curricular que ora cursava, sobre as patologias de Lúpus e anemia falciforme. Coincidentemente, no campo de prática hospitalar na unidade de cirúrgica, teve-se a oportunidade de cuidar de uma pessoa com faceite necrosante secundária a erisipela e com comorbidades de anemia e lúpus, oportunizando unir o conhecimento teórico a prática, na busca de habilidades, novas técnicas tudo isso, despertou uma curiosidade científica de como sistematizar a assistência de enfermagem em pós operatório de desbridamento de fasceite necrosante secundária a erisipela.

Tendo como objetivo geral: Sistematizar a assistência de enfermagem à pessoa em pós operatório de desbridamento por complicação de fasceite necrosante secundária a erisipela, cujos objetivos específicos constituem em levantar problemas e diagnósticos de enfermagem, programar cuidados pós operatório imediato para desbridamento cirúrgico, fundamentadas na SAEP com base na Teoria de Wanda Horta.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo do tipo caso clínico que se refere a uma investigação de vivências e experiências que explora um fenômeno no contexto de vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN,2010). Construído no campo de prática do componente curricular Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso II do

Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). em um hospital público no interior da Bahia, na unidade de Clínica cirúrgica ,realizado pelas acadêmicas do sexto semestre como atividade prática, no mês de abril de 2023.

O estudo pautou-se na Resolução 466/2012 garante aos participantes de pesquisas científicas proteção especial e que a dignidade da pessoa humana seja respeitada, proporcionando benefícios ao indivíduo e comunidade inserida no processo da pesquisa, promovendo saúde e bem-estar, qualidade de vida para as populações presentes, futuras e ao meio ambiente.

A escolha do sujeito para compor o estudo de caso ocorreu após a representação do mapa de pacientes da unidade da clínica cirúrgica, na passagem de plantão verificou-se que TMJ submeteu-se ao debridamento cirúrgico de fasceite necrotizante secundária a erisipela bolhosa, com diagnóstico de Anemia Falciforme e Lúpus Eritematoso Sistêmico. Paciente adulta jovem, com 18 anos, ensino médio incompleto, residente na rua Abreu de Lima, CEP 44072-202 bairro Santo Antônio dos Prazeres, na cidade de Feira de Santana-BA.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória foi o norteador para a obtenção dos dados da nossa assistência e cuidados prestados ao participante da pesquisa através da investigação de enfermagem (dividido em anamnese e exame físico), levantamento de problemas, diagnóstico, o planejamento das ações de enfermagem, e dados obtidos nas informações presentes no prontuário do participante.

No histórico de enfermagem buscou-se observar e analisar as seguintes informações: identificação (nome, idade, sexo, cor); procedência; antecedentes pessoais; hábitos anteriores a internação (sono e repouso, uso de drogas e alimentação); história clínica pregressa (internamento anteriores e cirurgias, hipertensão, diabetes, cardiopatia e uso de medicamentos,); história clínica atual (início da patologia, queixa principal, manifestações clínicas, evolução da patologia e tratamento).

O exame físico realizado teve como objetivo analisar o estado geral e específicos da paciente e suas alterações, então avaliou-se: a orientação e nível de consciência; sono e repouso; mucosas; pele e membros; eliminações (data da última evacuação e característica da diurese); curativos e cuidados; queixas. Os dados obtidos do prontuário foram: os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, o diagnóstico médico, a evolução da assistência prestada, complicações e intercorrências no período da internação e terapêutica prescrita.

Utilizou-se a base de dados: SCIELO, LILACS e MEDLINE para levantamento bibliográfico, com os descritores: Erisipela; fasceite necrosante; cuidados de enfermagem. A análise e o levantamento dos problemas de enfermagem foram realizados para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem (pautado na taxonomia II da North American Diagnosis Association- NANDA), planejamento e implementação da assistência de acordo com Wanda Horta que fundamenta as escolhas terapêuticas relacionado com a realização de um plano de cuidado através do histórico e diagnóstico (médico) e fazer uma avaliação da evolução do quadro clínico do paciente e seu prognóstico considerando as necessidades básicas que esse indivíduo precisa.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

TMJ, Adulta jovem, hospitalizada na unidade de clínica cirúrgica de um hospital público no primeiro dia de internação em POI de debridamento de fasceite necrosante secundária a erisipela bolhosa. No prontuário consta que a mesma compareceu até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Hospital que foi internada no dia 02/04/2023 com relato de lesão bolhosa há 5 dias em face medial da coxa esquerda, evoluindo com calor e hiperemia difusa e pico febril. Relata que após uma picada de inseto apareceu um caroço, ocasionando lesão. A paciente apresenta como comorbidades anemia falciforme e lúpus eritematoso sistêmico. TMJ é do sexo feminino, 18 anos, negra, solteira, não tem filhos, estudante, não possui religião, nega tabagismo e etilismo. Após avaliação do quadro foi encaminhada para realização de procedimento cirúrgico de debridamento de fasceite necrotizante secundária a erisipela no dia 03/04/2023 no hospital público da região, o procedimento ocorreu sem intercorrências, a mesma, apresentava-se sem acompanhantes na unidade, lúcida, orientada no tempo e espaço, corada e afebril.

O debridamento segundo a SOBEST (2016), é um procedimento realizado para remover o tecido necrótico presente, crostas, tecido infectado, desvitalizado com o intuito de promover a cicatrização. Este procedimento foi necessário devido a uma erisipela que se entende como processo infeccioso da pele que pode acometer o tecido gorduroso que se estende para os vasos linfáticos devido a contaminação por bactérias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O debridamento cirúrgico deve ser feito por um cirurgião com experiência e o tipo de anestesia de acordo com a lesão (localização e profundidade). (SOBEST, 2016). A participante devido a característica

do seu quadro cirúrgico foi administrada a raquianestesia que promove o bloqueio dos nervos específicos e é indicada para cirurgias dos membros inferiores e abdome.

A erisipela possui como complicações a trombose de vasos, abscessos e feridas superficiais ou profundas e os sinais e sintomas estão caracterizados em: febre alta, mal-estar, dor de cabeça, vômitos, náuseas e calafrios, inchaço, vermelhidão, dor e formação de bolhas e feridas com necrose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). No caso da paciente em questão, evidenciado através da literatura a mesma apresenta algumas manifestações clínicas dos problemas de saúde a qual foi diagnosticada. Inicialmente, houve contaminação, concomitante a inchaço, vermelhidão, formação de bolhas, ferida com necrose, dor e febre.

MEDICAMENTOS EM USO

No dia 04/04/2023, a Prescrição Médica de T.M.J. consistia nas seguintes medicações: Bromoprida, Dipirona, Metronidazol, Oxacilina.

A Bromoprida (5 mg/mL, Administrar 10 mg- intravenosa, de 6/6 hrs, se necessário) é indicada para náuseas, vômitos de qualquer origem, situações onde há a necessidade de normalizar o tônus e a motilidade gastrointestinal e em casos de cirurgias já ela bloqueia o efeito da dopamina, neurotransmissor que age no sistema gastrointestinal e no cérebro, que leva a pessoa a ter esses sintomas (MEMED, 2022). Sendo diluída com solução fisiológica de cloreto de sódio 0,9% ou glicose 5% (ALVES, P., 2022). Seu mecanismo é bastante eficaz, pois bloqueia os receptores da dopamina-2 (D2) no sistema nervoso central e no trato gastrointestinal. A estimulação do trato gastrointestinal pela bromoprida parece mediada, pelo menos em parte, por sua atividade colinérgica indireta, parcialmente dependente de suas propriedades anticolinesterásicas. Essas ações levam ao aumento do tônus e amplitude das contrações gástricas e ao relaxamento do esfíncter pilórico, resultando no esvaziamento gástrico e aumento do trânsito intestinal (ALVES, P., 2022). Este medicamento tem como efeitos adversos: náuseas, distúrbios intestinais, erupção cutânea, insônia, cefaléia, tontura (ALVES, P., 2022). Os cuidados de enfermagem incluem aplicar o medicamento de forma lenta, atentar e monitorar pacientes idosos, gestantes e crianças, diabetes, hipertensão e insuficiência renal, informar e explicar ao paciente quanto a ação do medicamento, efeitos colaterais mais comuns e a importância da colaboração durante o tratamento (ANVISA, 2016). Já a Dipirona (2 mL 500 mg/mL - Administrar 2 AMP, intravenosa, de 6/6 hrs) tem indicação para agir em casos de febre, dor de cabeça, dor muscular e cólicas (SANTOS, M., 2021). Seu mecanismo não está cientificamente comprovado,

sendo um analgésico bastante eficaz. Sua diluição é feita a cada ampola com 20mL de SF ou SG. (GUIA FARMACÊUTICO, 2021). Dentre os cuidados de enfermagem podemos citar, atentar para a via de administração, a dosagem e a forma de apresentação do medicamento, avaliar o paciente entre 30 minutos e 1 hora após a administração do medicamento, para verificar a diminuição da temperatura e/ou da dor. (SOU ENFERMAGEM, 2023). Dentre os efeitos adversos temos: Náusea ou vômito, febre, sensação de cansaço, perda de apetite, urina de cor escura, fezes de cor clara, aparecimento de cor amarelada na pele ou na parte branca dos olhos. (Bula, 2023). O Metronidazol (100 mL 5 mg/mL- Administrar 500 mg, intravenosa, de 8/8 hrs, fixo) é indicado para o tratamento da giardíase, amebíase, tricomoníase, vaginite causada por *Gardnerella vaginalis* e outras infecções causadas por bactérias e protozoários sensíveis a esta substância. Não é necessário diluir. Esse fármaco antibacteriano irá funcionar como um inibidor de DNA, dentro das bactérias e dos protozoários ele é ativado através da redução do grupo nitro (o qual o produto dessa redução possui propriedades citotóxicas). Quando os intermediários são ativados irão se ligar ao DNA da célula e inibir a síntese, ocorrendo, dessa forma, a morte desses anaeróbios obrigatórios e dos protozoários. (SANAR, 2020). Náuseas, vômitos, cefaléia, convulsões, síncope, outras reações do sistema nervoso central e neuropatia periférica podem ocorrer; foram relatados exantema, febre e neutropenia reversível. Pode causar gosto metálico na boca e urina escura, são efeitos adversos deste fármaco (WERTH, B., 2022). A Oxacilina (500 mg - Administrar 2.000 mg, intravenosa, de 4/4 hrs, fixo) por sua vez é indicada somente no tratamento de infecções causadas por estafilococos produtores de penicilinase, que são sensíveis ao medicamento (MINHA VIDA, 2015). Para a diluição é utilizado 2,7mL de água estéril para injeção ao frasco de 500mg e após reconstituição, o frasco deverá conter 250mg de droga ativa por 1,5mL de solução (CONSULTA REMÉDIOS, 2021). Seu mecanismo de ação inicia-se ao se ligar a proteínas de ligação à penicilina específicas localizadas no interior da parede celular bacteriana, a Oxacilina inibe a terceira e última fase da síntese da parede celular bacteriana. A lise celular é, então, mediada por enzimas autolíticas da parede celular bacteriana, tais como autolisinas, sendo possível que a Oxacilina interfira como inibidor da autolisina (ÍNDICE, 2021). Tem como efeito adverso náuseas, vômitos, diarreia, estomatite, língua vilosa nigra e outros sintomas de irritação gastrointestinal. raramente relatou-se a associação antibiótica de colite pseudomembranosa com penicilina penicilinase-resistente (CONSULTA REMÉDIOS, 2021). Sendo os cuidados de enfermagem avaliar sinais vitais, observar rigorosamente a dose prescrita, aparecimento de reações cutâneas, história de alergia ao medicamento e administrar antibiótico por via EV diluído adequadamente para evitar flebite (ENFERMAGEM ILUSTRADA, 2023).

EXAMES LABORATORIAIS

A partir da análise dos resultados dos exames realizados e trazidos pela paciente da unidade UPA Feira de Santana no dia 02/04/2023, observou-se alteração no resultado dos seguintes exames: leucócitos totais, sendo resultado 28.070 com valor de referência de 4.000-10.000 células/mm³, e os bastonetes com resultado de 842.10 com valor de referência de 90-400/mm³. Neste caso apresentado, a paciente por possuir fseíte necrotizante deverá possuir dentre as alterações laboratoriais, observa-se: Leucocitose com desvio para a esquerda, um sinal de produção aumentada de neutrófilos, o que geralmente indica um processo infeccioso agudo em curso; Anemia, condição na qual a hemoglobina no sangue está abaixo do normal; Velocidade de Hemossedimentação (VHS), marcador de resposta inflamatória; Proteína C Reativa (PCR) elevadas, testagem de proteína aumentando de valor quando há alguma inflamação no corpo; Hiperglicemia, glicose alta no sangue; Hipocalcemia, é um estado de desequilíbrio eletrolítico em que o nível de cálcio sérico circulante é baixo; e Creatinofosfoquinase (CPK) aumentada, o que sugere extensão da infecção para os músculos. Porém percebe-se que a maioria desses quadros não foi apresentada pela paciente em questão, bem como seus dados no prontuário estavam incompletos, desta forma não foi possível um estudo aprofundado de sua patologia e alterações laboratoriais.

EXAME FÍSICO

Em 04/04/2023 foi encontrado hemodinamicamente estável, acamado, com pele hidratada, turgor e elasticidade preservados, mucosas coradas, tórax simétrico e com boa expansibilidade, murmúrios vesiculares bem distribuídos, abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, MMSS e MMII apresentando edema (++)/++++), extremidades aquecidas, força e mobilidade preservados, MMII com lesão em coxa E. Cateter Venoso Periférico em Braço E obstruído, realizado Acesso Venoso Periférico em mão D com boa perfusão. Curativo na região da coxa, utilizando hidrofibra de prata e dreno de penrose. Relata sono e dieta aceita de modo satisfatório. SSVV: T= 36°C, FC= 74 bpm, PA: 120X80 mmhg, respiração: 17 inc/min.

A hidrofibra de prata é utilizada para reter o exsudato, tem efeito antimicrobiano e preenche as cavidades das feridas infectadas. Ela pode ser cortada e adequada para o tamanho da profundidade da lesão. O dreno de penrose tem o objetivo de remover o líquido no local da ferida pós-operatória infectada ou não.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente, 18 anos, encontrada no leito em POI de fásceite necrosante em MIE, curativo secreto no local do ferimento, nega alergias, refere lúpus eritematoso sistêmico + anemia falciforme, evolui lúcida, orientada, verbalizando com clareza, corada, hidratada, eupnéica, afebril, mantendo boa aceitação da dieta ofertada. AVP fluente e sem sinais de flogose em MSD, referindo dejeções e diurese presentes, cavidade oral, nasal e auditivos sem anormalidades, tórax simétrico e expansivo, extremidades aquecidas e oxigenadas, abdome globoso, flácido, com quadro clínico estável, segue sob os cuidados da equipe de enfermagem. Realizado os seguintes cuidados pela equipe: banho de aspersão, curativo, administração de medicação, AVP e educação em saúde. A mesma evoluiu bem ao tratamento, segue sem queixas.

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O cuidar em enfermagem deve ser holístico, integral visando o paciente com as suas subjetividades, sendo assim utilizamos a Sistematização da Assistência da Enfermagem Perioperatória para nortear o planejamento adequado e de qualidade na busca da redução de danos e agravos. A SAEP é um método científico utilizado pelo enfermeiro para organizar as ações e cuidados de enfermagem. Por meio dos dados colhidos no histórico, exame físico de TMJ foram realizados diagnósticos, plano assistencial e prescrição de enfermagem a fim de proporcionar bem-estar e qualidade da assistência.

Utilizou-se a Taxonomia II da NANDA, identificando os seguintes diagnósticos: Integridade tissular prejudicada, Perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de infecção, Autogestão ineficaz da saúde e enfrentamento familiar comprometido.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO ASSISTENCIAL	PLANO DE CUIDADOS
Edema (++) em MMII	Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado a mobilidade prejudicada evidenciado por edema em MMII (++)	Estimular deambulação.	Orientar deambulação; Quando: 10- 12- 14- 16- 18- 20- 22. Fazer exercícios passivos amplitude de movimentos, em especial os exercícios para extremidades inferiores, durante repouso no leito; Quando: Durante repouso no leito. Orientar elevação do membro afetado 20 graus conforme apropriado; Quando: Diariamente. Proteger a extremidade contra lesão (Ex: sapatos confortáveis); Quando: Diariamente.

Ferida Cirúrgica em coxa Esquerda por desbridamento	Integridade tissular prejudicada relacionado a processos infecciosos e inflamatórios evidenciado por ferida em coxa esquerda.	Manter integridade da pele.	Orientar a mudança de decúbito observando sinais precoces de lesão (Ex: hiperemia); Quando: 8- 10- 12- 14- 16- 18- 20- 22. Fazer curativo em ferida operatória utilizando como cobertura Hidrofibra de prata, gaze, atadura, micropore, esparadrapo e solução de SF 0,9%; Quando: 9:00. Avaliar em FO quantidade de exsudato, características das feridas, bordas, centro e extensão; Quando: 9:00 Oferecer analgésico prescrito se dor; Quando: Se necessário. Administrar Antibiótico de acordo com prescrição médica; Quando: 10- 14- 18- 22
Conhecimento reduzido sobre situação de saúde (Anemia Falciforme e Lúpus Eritematoso)	Autogestão ineficaz da saúde relacionado a conhecimento inadequado da condição de saúde.	Orientar e sanar dúvidas quanto a sua situação de saúde.	Orientar e sanar dúvidas quanto a sua situação de saúde; Quando: oportuno.

Ausência de acompanhante	Enfrentamento familiar comprometido relacionado a dificuldade de comunicação caracterizado por ausência de acompanhante em internação hospitalar.	Promover comunicação entre o paciente e a família.	Encaminhar solicitação de contato com a família ao Serviço Social.
--------------------------	---	--	--

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do presente trabalho sobre a Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa em pós operatório de desbridamento de fasceíte necrosante secundária a erisipela foi possível ampliar os conhecimentos acerca desta condição de saúde obtendo experiência no campo de ensino clínico e resgatando os conteúdos abordados em sala de aula. Todos os objetivos propostos foram alcançados através da investigação de dados, atuação integral de cuidados prestados conforme a necessidade identificadas no processo de saúde-doença. O objetivo proposto de realizar a sistematização da assistência de enfermagem pós operatória foi alcançado fazendo com que a paciente em questão após os cuidados prestados apresentasse diminuição do edema, conhecimento parcial sobre sua condição de saúde-doença e ausência de sinais flogísticos na FO, entretanto continua apresentando FO secretiva em processo de cicatrização e enfrentamento familiar comprometido. Assim, considerando os resultados obtidos percebemos a importância do campo para o meio acadêmico, tornando desta forma o conhecimento técnico e científico dos discentes de enfermagem primordial para promoção de estratégias e realização de educação em saúde acerca da patologia de cada indivíduo em suas particularidades e as complicações advindas do período pós operatório contribuindo desta forma para a autonomia do cliente após alta hospitalar.

6. REFERÊNCIAS

Anemia Falciforme. Fleury medicina e saúde, 2023. Disponível em: Anemia falciforme › Causas, Diagnósticos e Tratamentos | Fleury Medicina e Saúde. Acesso em 12 abr 2023.

Anemia. Biblioteca virtual em saúde, Ministério da saúde. Disponível em:

<<https://bvsmis.saude.gov.br/anemia/#:~:text=Anemia%20%C3%A9%20definida%20pela%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,zinco%2C%20vitamina%20B12%20e%20prote%C3%ADna%20s%2C>>.

ARAÚJO, Rita, et al. ERIPELA E CELULITE: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E

CUIDADOS GERAIS. Revista Enfermagem Atual in derme, v. 95, n. 36, p. 1-25, 2021. Disponível em: [katia simões 20181240-textodoartigo-pt.pdf \(bvsaude.org\)](#).

ARAÚJO, Leonardo. Erisipela Bolhosa: o que é, sintomas, causas e tratamento. Tua Saúde, 2023. Disponível em: Erisipela Bolhosa: o que é, sintomas, causas e tratamento - Tua Saúde ([tuasaude.com](#)). Acesso em 12 abr 2023.

BRUNA, Maria. Erisipela. Drauzio, s.d. Disponível em: Erisipela | Drauzio Varella - Drauzio Varella ([uol.com.br](#)). Acesso em 12 abr 2023.

Bromoprida para que serve e como usar. Memed +, 2022. Disponível em:

<<https://blog.memed.com.br/bromoprida-para-que-serve-e-como-usar/>>.

COSTA, Izelda, et al. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. An. Bras. Dermatol, Rio de Janeiro, p. 211 - 224, mar/abr, 2004. Disponível em: SciELO - Brasil - Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos.

COSTA, F. Metronidazol: para que serve, como usar e efeitos colaterais. Tua saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/metronidazol-comprimidos/>>.

Dipirona sódica. Forma farmacêutica e apresentação. EMS. Disponível em:

<https://www.ems.com.br/arquivos/produtos/bulas/bula_dipirona_sodica_10145_1224.pdf>.

Erisipela. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: Erisipela | Biblioteca Virtual em Saúde MS ([saude.gov.br](#)). Acesso em 12 abr 2023.

FREIRE, Marianamet al. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS FASES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.

Even3, julh., 2017. Disponível em: A Atuação Do Enfermeiro Nas Fases Da Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória | Even3 Publicações.

IRWIN, K. et al. Diagnóstico e tratamento da fásceite necrotizante. Sociedade brasileira de anestesiologia. Disponível em

<<https://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2013/12/Diagnostico-e-tratamento-da-fasceite-necrosante-Tutorial.pdf>>.

Lúpus. Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: Lúpus — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em 12 abr 2023.

MOREIRA, et al. Comparação de dois métodos na realização do exame de velocidade de hemossedimentação (VHS) em um hospital oncológico. Revista brasileira de análises clínicas, 2022. Disponível em: <[https://www.rbac.org.br/artigos/comparacao-de-dois-metodos-na-realizacao-do-exame-de-velocidade-de-hemossedimentacao-vhs-em-um-](https://www.rbac.org.br/artigos/comparacao-de-dois-metodos-na-realizacao-do-exame-de-velocidade-de-hemossedimentacao-vhs-em-um-hospital-oncologico/#:~:text=A%20velocidade%20de%20hemossedimenta%C3%A7%C3%A3o%20)

hospital- oncologico/#:~:text=A%20velocidade%20de%20hemossedimenta%C3%A7%C3%A3o%20>.

Oxacilina. Índice, toda a saúde. Disponível em:

<<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/oxacilina/informacao-geral>>.

Oxacilina sódica (pó para solução injetável). Minha vida, 2015. Disponível em:

<<https://www.minhavidacom.br/amp/saude/bulas/471-oxacilina-sodica-po-para-solucao-injetavel>>.

PAULO, Sergio. Erisipela: infecção bacteriana frequente em idosos. Pronto Pele, s.d. Disponível em: Erisipela: infecção bacteriana frequente em idosos – ProntoPele. Acesso em 12 abr 2023.

PINHEIRO, P. O que significa leucocitose e neutrofilia. MD saúde, 2023. Disponível em:

<[https://www.mdsaude.com/hematologia/leucocitose-](https://www.mdsaude.com/hematologia/leucocitose-neutrofilia/#:~:text=Como%20os%20bast%C3%B5es%20costumam%20estar,processo%20infeccioso%20agudo%20em%20curso)

neutrofilia/#:~:text=Como%20os%20bast%C3%B5es%20costumam%20estar,processo%20infeccioso%20agudo%20em%20curso>.

Proteína C Reativa: O que é a PCR e para que serve o exame. JP diagnóstica. Disponível em:

<<https://jpdiagnostica.com.br/2019/10/10/pcr-o-que-e-e-para-que-serve/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20a%20prote%C3%ADna,aumenta%20em%20resposta%20%C3%A0%20inflama%C3%A7%C3%A3o>>.

Resumo sobre erisipela (completo) – Sanarflix. Sanar, 2023. Disponível em: Resumo sobre erisipela (completo) – Sanar Flix - Sanar Medicina

RIOS, Larissa et al. Fásceite necrosante cervical e complicações sistêmicas. Relatos de Casos Cirúrgicos. Revista do colégio Brasileiro de Cirurgias, p. 1- 7, set, 2019. Disponível em: Fásceite necrosante cervical e complicações sistêmicas - Relatos de Casos do CBC - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias (relatosdochbc.org.br).

Resumo de metronidazol. Sanar, 2020. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/resumo-de-metronidazol-ligas-2>>.

ROBAZZI, T, et al. Coexistência de lúpus eritematoso sistêmico e doença falciforme: relato de caso e revisão da literatura. Revista brasileira de reumatologia, 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbr/a/LGJV4Xwhj9NNThvgVFGycS/?lang=pt>>.

RODRIGUES, Glória. O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?. Pixeon, 2019. Disponível em: <https://www.pixeon.com/blog/entenda-em-5-etapas-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/>. Acesso em 12 abr 2023.

SARTI, Gabriela. Estratégia MED, 2023. Disponível em: Resumo sobre Erisipela: sintomas, diagnóstico e mais! - Estratégia MED (estrategia.com). Acesso em 12 abr 2023.

SOUZA, P. Bromoprida. SUS. Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/530567/bromoprida.pdf/0daec72a-0018-0960-148d-9665b54abed5?t=1648992100843>>.

THULER, S, et al. Preparo do leito da lesão, debridamento. Guia de boas práticas, 2015- 2017. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Preparo-do-leito-da-ferida_SOBEST-e-URGO-2016.pdf>.

VALIATI, L, et al. Erisipela e celulite. BVS, 2018. Disponível em:

< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881600/erisipela-e-celulite.pdf>>.

Capítulo 7



10.37423/230808118

PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM NEUROESQUISSOSSOMOSE

Camila Cristina dos Santos Coutinho

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Haniel Felix da Silva

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Ludnessa Figueredo Leite

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Vittoria Souza Freitas

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Adriana Braitt Lima

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Márcia Sandra Fernandes dos Santos Lima

*Universidade Estadual de Feira de Santana-
UEFS*

Livia Santana Barbosa

Universidade Federal de Uberlândia

Gabriel da Cruz Santos

Hospital de clínicas da Universidade

Felipe Teclo Moreira

*Enfermeiro especialista em planejamento e
gestao em saúde*

Tássia Palmeira Coelho

*Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-
EBSERH*

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho baseada em evidência científica que organiza a atuação dos profissionais da Enfermagem. Consiste numa regulamentação regida pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), que preconiza que os Serviços de Saúde são obrigados a implementar o processo de enfermagem na atenção à saúde a partir do ano de 2007.

A SAE vem sendo empregada pelos profissionais de Enfermagem em todo o mundo, para subsidiar a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional no atendimento à população, especialmente em adoecimento nos diferentes níveis de complexidade, destacando as atividades privativas da enfermeira (COFEN, 2009).

A avaliação das condições físicas, emocionais e mentais de pessoas adoecidas tem sido um procedimento desenvolvido pelo enfermeiro que vem se mostrando cada vez mais necessário. Identificar os problemas emergentes ou decorrentes da internação hospitalar de modo cuidadoso e respeitoso permite que a assistência de enfermagem seja mais precisa (ALBA, 2016).

Esta pesquisa consiste em estudo de caso desenvolvido por discentes do curso de graduação em enfermagem do sexto semestre do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II, de universidade pública na cidade de Feira de Santana, durante a prática hospitalar numa unidade de neurologia de um hospital geral e público do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao cuidarmos de pessoas com adoecimento neurológico e aplicando o Processo de Enfermagem subsidiado pela SAE, nos motivamos em explorar o caso clínico de A. R. N. acometido por neuroesquistossomose, não apenas para conhecer a fisiopatologia da referida doença que justificava a internação, mas sobretudo pela possibilidade de desenvolver o Processo de Enfermagem com atenção a pessoa num contexto integral, atentos às alterações das necessidades biopsicossociais e espirituais de A.R.N. Além disso, elaborar o estudo de caso na prática hospitalar constituía uma atividade avaliativa do referido componente curricular.

A neuroesquistossomose (NE) é uma forma ectópica da parasitose causada pelo *Schistosoma Mansoni*, parasita da esquistossomose, que leva a alterações no sistema gastrointestinal. Geralmente, ao afetar o Sistema Nervoso Central (SNC) indica a presença de vermes adultos ou ovos no parênquima cerebral, no espaço subaracnóide ou na medula. Esses parasitas conseguem atingir essas áreas através do

desvio do sistema venoso abdominal, que ocorre devido a hipertensão portal causada pelo verme, que leva a formação de granulomas com compressão de estruturas adjacentes. Algumas das principais queixas das pessoas acometidas com a NE é a paraparesia, em alguns casos com evolução progressiva e, às vezes, paraplegia, alterações esfinterianas vesical e retal, podendo apresentar também incontinência ou retenção, além de impotência sexual (SANARMED, 2019).

Dentre as alterações do SNC da pessoa acometida por NE, quatro se destacam: mielite, radicular, pseudotumoral e meningiomielorradiculite. A primeira trata-se de uma lesão medular não expansiva, que se apresenta com reação inflamatória local, necrose, trazendo queixas de distúrbios miccionais, intestinais e impotência sexual. No tipo radicular há formação de granulomas na superfície das raízes nervosas, e os sintomas clínicos que podem se manifestar são alterações sensoriais e motoras e dor radicular.

Na pseudotumoral formam-se granulomas circunscritos, por conta da formação inflamatória ao redor do ovo resultando em uma lesão expansiva, clinicamente pode apresentar dor na região lombar, redução da força muscular dos membros inferiores, alteração dos reflexos e da sensibilidade. A meningiomielorradiculite ocorre por reação inflamatória local englobando a medula espinhal, meninges e raízes nervosas, podendo encontrar nas alterações clínicas a impotência sexual, alterações miccionais e intestinais, motoras, sensitivas, dos reflexos e dor radicular (ANDRADE FILHO *et al.*, 2015).

A identificação da NE ocorre por meio do diagnóstico da esquistossomose, através do exame protoparasitológico, associado com distúrbio neurológico mielo-meningorradicular característico. O tratamento de primeira escolha é o antiparasitário praziquantel, 40 a 60 mg/Kg, sendo de dose única, geralmente associado à corticoides. Em alguns casos a cirurgia é indicada, além da fisioterapia para redução dos danos. Como ainda não há vacinas, a prevenção depende do saneamento básico adequado e do tratamento de lagos e rios, já que a infecção ocorre transcutaneamente ao nadar ou ter contato com águas contaminadas. A profilaxia também pode ser individual, evitando nadar em locais com derramamento de esgoto e ingerir água sem tratamento (MATAS, 2019).

A incidência da neuroesquistossomose está em torno de 0,4% a 0,3% das pessoas afetadas pela esquistossomose, no Brasil há cerca de 16 milhões de esquistossomóticos. A apresentação clínica desta patologia muda de acordo com o estágio de evolução da esquistossomose (MATAS, 2019).

Na Bahia, segundo dados da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) (2020), a esquistossomose está presente em grande parte dos municípios baianos. Estima-se que dos 417 municípios, 167 (40%) são endêmicos, 122 (29,3%) são focais e 128 (30,7%) são indenes para transmissão da doença. Até abril

de 2022 quando foi publicado o último boletim epidemiológico, na microrregião de Feira de Santana foram notificados 14 casos de Esquistossomose.

A pessoa deste estudo de caso, foi afetado pelo parasita da esquistossomose, pelo Sistema Nervoso Periférico (SNP), na medula espinha é morador de São Félix, zona endêmica da esquistossomose, tem 43 anos de idade e uma de suas atividades é a pesca. Provavelmente, a contaminação de A. R. N. foi por este meio, segundo ele o rio da cidade, onde deságua o esgoto, passa no quintal da sua casa o que, possivelmente, desencadeou na contaminação.

Levando esses dados em consideração, podemos perceber a importância de ampliar o conhecimento sobre essa doença. A escolha do caso foi influenciada pela alta prevalência da esquistossomose na região Nordeste, tornando o estudo rico em aprendizado para a nossa formação acadêmica. Este estudo vai nos ajudar a termos um melhor conhecimento sobre essa doença, sua etiologia e manifestações, além de desenvolver um olhar crítico sobre como devemos desenvolver um cuidado integral de qualidade a uma pessoa acometida por neuroesquistossomose.

Nessa perspectiva, elaboramos a seguinte questão de pesquisa: como realizar o cuidado profissional utilizando o Processo de Enfermagem à pessoa com Neuroesquistossomose em unidade de neurologia de hospital público na cidade de Feira de Santana? Assim, apresentamos como objetivo: descrever o PE à pessoa com Neuroesquistossomose em unidade de neurologia de hospital público na cidade de Feira de Santana.

Esperamos que esse estudo contribua para que novas pesquisas sejam desenvolvidas frente aos resultados, assim como, almejamos trazer a experiência do cuidado com a pessoa que apresenta NE tal qual como ela aconteceu na unidade de neurologia. Para tanto, seguimos os aspectos éticos das resoluções vigentes para pesquisa com seres humanos, considerando que a autorização para o estudo por A. R. N.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo sobre a descrição do Processo de Enfermagem de uma pessoa com NE, realizado por quatro estudantes de enfermagem. O local do estudo foi na clínica neurológica do hospital de grande porte, geral e público na cidade de Feira de Santana. A realização deste estudo integra o processo avaliativo da prática hospitalar do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II que é constituída por 180 horas, sendo 60 horas de aula teórica e 120 horas de prática em laboratório e hospital, no período de 24 de março a 27 de abril de 2023. Os estudantes

neste período percorrem três campos de prática: clínica cirúrgica, centro cirúrgico e clínica neurológica. As atividades na clínica neurológica aconteceram durante cinco dias, quando nos foi dada a oportunidade de prestarmos cuidados a A. R. N. pautados nas cinco fases do Processo de Enfermagem, subsidiado pela SAE através da escala dos estudantes durante a prática.

As estratégias para a coleta de dados para desenvolver o PE foram por meio da anamnese, exame físico entrevista e coleta de informações no prontuário, no qual encontramos os exames laboratoriais e de imagem e a evolução de enfermagem e de outros profissionais.

Nessa perspectiva, o PE foi elaborado com base na Resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009) e com fundamentos na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Aguiar Horta (2011). Para esta autora, a Enfermagem consiste em prestar o cuidado integral, proporcionando atividades cuidativas se adaptando de acordo com as necessidades e limitações de cada indivíduo, mas como também tornando-o independente no seu autocuidado.

Horta (2011) descreve seis etapas para o PE que consistem no Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano assistencial, Plano de cuidados, Evolução e Prognóstico. Assim, após a coleta dos dados foram elencados os diagnósticos de enfermagem, sendo utilizada a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que se norteia por meio de padrões de resposta do corpo humano para a orientação da classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem e condições que necessitam de cuidados dessa área (RESPOSTAS, 2021). A NANDA-I define diagnóstico de enfermagem como um “julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em uma pessoa, família, grupo ou comunidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

RESULTADOS

Histórico de Enfermagem: A. R. N, homem de 43 anos, solteiro, pai de três filhos, exerce a profissão de pedreiro, possui como hobby a pesca (desde da infância), pouca escolaridade, é natural e morador do município de São Félix. **História Clínica:** Relata que inicialmente começou a sentir dores cerca de uma semana que se intensificou ao ponto de ser necessário ele se dirigir até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de uma cidade do interior da Bahia, para que lhe fosse administrado analgésico, após alguns episódios, as dores passaram a ocorrer também no MID e evoluiu para paresia. Foi admitido com urgência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital da cidade de São Félix e após isso, regulado para o hospital geral de Feira de Santana.

Com queixa atual de paresia dos MMII, não informa doenças pré-existentes, relata não ter casos de NE na família, menciona que conhece várias pessoas do círculo de convivência que já foram acometidas por esquistossomose. Se diz insatisfeito com o saneamento básico da sua cidade, informa que o rio da cidade passa no quintal da sua casa e que nesse rio desagua o esgoto. SSVV: PA- 120x80 mmHg, T- 36,5°C, FR- 21 rpm e FC-100 bpm.

Começamos a prestar os cuidados a A. R. N. no dia 29/03 e ao avaliarmos o prontuário encontramos informações retrospectivas importantes para descrevermos.

A. R. N. Foi regulado no dia 19/03/023 às 8:31 para o hospital com quadro de dor intensa evoluindo com perda progressiva da força muscular, apresentando dificuldade de controle de esfíncter miccional e não deambulando. Apresentando paresia em MMII grau 2 bilateral (escala de força). O paciente apresentava em seu prontuário Tomografia Computadorizada (TC) de coluna dorsal do dia 24/02 e TC lombo-sacra do dia 23/02, apresentando resultado de retrolistese grau 1 de L5 sobre S1 (Dados do prontuário).

No dia 19/03, foram solicitados exames laboratoriais para o paciente que apresentaram os seguintes resultados:

HEMOGRAMA

Hemácias	4,8 milhões/ μ L	4,2 - 5,9 milhões/ μ L
Hemoglobina	15,49 g/dL	14 - 18 g/dL
Hematócrito	45,2%	40 - 50%
V.G.M	94 fl	80 - 100 fl
H.G.M	32 pg	27 - 32 pg
C.H.G.M	34 g/dL	31 - 36 g/dL
RDW	12%	10 - 16%

LEUCOGRAMA/PLAQUETAS

Leucócitos	10.510 μ L	4000 - 11000/ μ L
Segmentados	75,7%	40 - 65%
Eosinófilos	6,4 μ L	0 - 500/ μ L
Basófilos	1,1 μ L	0 - 200/ μ L
Linfócitos	12,5 %	20 - 40 %
Monócitos	4,4 %	2 a 10%
Contagem de plaquetas	169 μ L	150 - 400 μ L

OUTROS RESULTADOS

Uréia	18,8 mg/dl	13 e 43 mg/ dL
Creatinina	0,56 mg/dl	0,7 e 1,3mg/dl
Potássio	4,3 ml/ μ L	3,5 - 5,0 ml/ μ L
Sódio	139 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Cálcio	8,5 mg/dL	8,5 - 10,2 mg/dL
Magnésio	1,9 mg/dL	1,7 - 2,6 mg/dL
TGO/AST	15 U/L	5 - 40 U/L
TGP/ALT	32 U/L	7 - 56 U/L
Fosfatase alcalina	123 U/L	40 - 150 U/L
Gama GT	90 U/L	7 - 60 U/L
Cloro	99 mmol/L	100 - 105 mmol/L

(Dados do prontuário)

A partir de então, no dia 29/03 iniciamos nossos cuidados após realizar a entrevista e o exame físico para o histórico de enfermagem, além da análise do prontuário. A prescrição médica, neste dia, era a seguinte:

Quadro 1: Prescrição Médica - 29/03-29/03

Dieta	Branda	Observações
Acompanhamentos	Fisioterapia, controle dos SSVV + hgt 6/6 horas	
Clonidina 0,100mg comprimido (mav) 100mcg	Administrar 100 mcg, oral, a critério médico, SN	OBS.: Se PS > 160 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg
Dipirona 500 mg/ml injetável 2ml 500 mg/ml	Administrar 2 ml intravenosa de 6/6h, SN	Se febre ou dor
Glicose 25% injetável 10 ml (mav) 250 mg/ml	Administrar 6 amp intravenosa, SN	Se hgt $\leq$ 70 mg/dl
Heparina sódica subcutânea 0,25ml (mav) 5000 UI	Administrar 5000 UI, subcutânea, 12/12h	Alternar local de administração
Insulina regular humana (mav) 100 UI/ml	Administrar SC, conforme HGT	200 = não fazer, 201-250 = 1UI, 251-300 = 4UI, 301-350 = 6UI, 351-400 = 8UI, >400 = 10 UI (sinalizar MP)
Metoclopramida injetável 5 mg/ml	Administrar 10 mg, intravenoso, 6/6h, SN	Se náuseas ou vômitos
Ondansetrona 4mg injetável	Administrar 2 ampolas IV, SN	Se náuseas ou vômitos persistentes
Praziquantel 500mg	Administrar 03	Paciente com mielite >

	comprimidos= 1500mg	suspeita de neuroesquistossomose 60mg/kg/dia (70kg) -> 4200mg em 3 tomadas -> 1500 mg de 8/8h por 3 dias (D1- 26/03)
Prednisona 20mg	Administrar 40 mg de 12/12h	Prednisolona 40mg de 12/12h p/3 dias (D1 26/03) seguido de 40mg de 24/24h p/5 dias e posteriormente 20mg, VO, de 24/24h p/11 dias
Tramadol injetável 2 ml 50 mg/ml	Administrar 100 mg intravenosa, SN	Se dor intensa. Diluir em 100 ml de SF a 0,9%

(Dados do prontuário)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29/03/23- 8hs. R. N. Encontrado no leito em decúbito dorsal, 12º dia de internação na clínica neurológica. Com fácies de dor suportável, referiu dor na noite anterior, no momento sem queixas. Orientado em tempo e espaço, corado, comunica-se verbalmente, com restrição ao leito, ansioso devido a saudades da família e medo da doença. Relata bom padrão de sono e com aceitação da dieta. Hipotérmico, eupneico, normocárdico e normotenso. Ao exame: Mucosas normocrômicas, tórax simétrico, MSE rígido no momento da medicação e com pouca mobilidade devido AVP, abdômen plano com presença de hematomas, devido à administração de medicamentos via SC. MMII apresentando grau leve de paresia nota 4 na escala de força, com evolução positiva no quadro da mobilidade e de recuperação da força, mas, com dificuldade de se mover no leito, pele dos pés ressecada e escamosa, com rachaduras nos membros inferiores orientado ao paciente e ao acompanhante sobre a importância da hidratação, ausculta cardíaca com bulhas rítmicas em dois tempos e ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares bem distribuídos com sons claros pulmonar. No período, foi Administrado metoclopramida e tramadol, ambas IV, realizado banho no leito, durante o qual, mostrou-se colaborativo com queixa de frio intenso e apresentou dejeções pastosas e amarronzadas em grande

quantidade. Realizada troca de sonda vesical de Foley nº18, sem intercorrências, desprezado 150 ml de diurese concentrada, com sedimentos. Deixado no leito calmo e aguardando fisioterapia. SSVV: PA-120x80 mmHg, T- 36,5°C, FR- 21 rpm e FC-100 bpm

Durante os dois dias em que estivemos prestando cuidado a esse paciente, com base nas etapas do Processo de Enfermagem, subsidiado pela SAE buscando uma adequação às necessidades físicas e psicológicas, promovendo ações humanizadas. Durante o cuidado, obtivemos respostas positivas do cliente, dando destaque à melhora na força motora após o início da fisioterapia.

No período de prestação de cuidados ao referido neste estudo, identificamos alguns problemas de enfermagem: ansiedade, dor, diurese concentrada e com sedimentos restrição ao leito devido à paresia em MMII, pele ressecada e escamosa, risco de úlcera por pressão e risco de trombose.

Diante disso, com base na avaliação geral e nos problemas encontrados, traçamos um plano de cuidado (Quadro 2) visando atender às necessidades humanas básicas e restabelecer ao máximo a integridade físico-emocional desse paciente.

A partir da identificação dos problemas de enfermagem, percebemos que a teoria de Enfermagem que mais se adequa às escolhas terapêuticas é a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, visto que se baseia nas necessidades biopsíquicosocioespirituais dos seres humanos, percebendo o indivíduo como um ser integral e buscando a harmonia e o equilíbrio. Podendo assim fornecer um cuidado humanizado e integral (SANAR, 2021).

Horta elaborou sua teoria fundamentada nas necessidades humanas descritas da seguinte forma: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. A partir desse conhecimento, foi possível para nós identificarmos, no caso de A.R.N quais necessidades humanas estavam sendo afetadas e elencá-las com os problemas identificados permitindo assim, desenvolver o PE com base na teoria de Wanda Horta.

Quadro 2 - Plano de Cuidado à pessoa com neuroesquistossomose

Problema identificado	NHB afetada	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Resultado esperado	Prescrição de enfermagem	Aprazamento
Fáceis de dor suportável	Psicobiológicas : Dolorosa	Dor aguda Relacionada à:	Minimizar dor do	-Administrar analgésico	- SN

		Agente biológico lesivo Evidenciada por: Relato verbal do paciente e Expressão fácil de dor	paciente	prescrito - Estimular terapia não medicamentosa (mudança de decúbito 2/2h) - Acompanhar a evolução e/ou diminuição da dor - Aplicar escala de dor	-SN 08 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 02 - 04 -06
Diurese concentrada e com sedimentos	Psicobiológica: eliminação	Eliminação urinária prejudicada Relacionada à: Múltiplas causas (agente infeccioso) Evidenciada por urina concentrada e com sedimentos	Minimizar problema evitando uma infecção generalizada	- Incentivar ingesta hídrica a cada 2 horas - Administrar medicação prescrita - Realizar troca de sonda periodicamente	- 8 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 No período - SN
Restrição ao leito relacionada a paresia em MMII	Psicobiológicas : Locomoção	Deambulação prejudicada Relacionada à: Força muscular insuficiente Evidenciada por paresia	Evitar danos à integridade física do paciente	- Avaliar a evolução usando a escala de força motora - Incentivar movimentação dos membros - Orientar mudança de decúbito para evitar lesões	-Diariamente

- Dificuldade de se mover no leito? - Redução na mobilidade	Psicobiológicas : Integridade cutânea	Risco de lesão por pressão Relacionada à: Forças de cisalhamento e Redução na mobilidade	Promover prevenção de LPP	- Realizar mudança de decúbito 2/2h - Hidratar a pele - Manter colchão casca de ovo	-8 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 -Após o banho
Risco de trombose	Psicobiológicas : Mecânica corporal	Risco de tromboembolismo venoso Relacionada Mobilidade prejudicada	Diminuir risco	- Administrar medicação prescrita	- Conforme prescrição - Diariamente
Pele ressecada e descamando nos MMII e com hematomas	Psicobiológicas : Integridade cutâneo-mucosa	Integridade da pele prejudicada Relacionada à: Hidratação Evidenciada por: Ressecamento da pele e hematoma	Restaurar a integridade da pele	- Hidratar a pele - Incentivar a ingesta hídrica - Aplicar compressa fria ou reparil gel os hematomas	- Após o banho - 8 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 -24

EVOLUÇÃO

No dia 30/03, o Sr. A. R. N. foi encontrado no leito alerta, orientado em tempo e espaço, corado, comunicando-se verbalmente, com restrição ao leito, ainda ansioso devido saudades da família e medo da doença. Relata bom padrão de sono e com aceitação da dieta. Hipotérmico, eupneico, normocárdico e normotenso. Ao exame, abdome flácido e indolor, com hematomas devido a

medicação, RHA+, pulmões com boa expansibilidade e som claro pulmonar, força e mobilidade preservada em MMSS, paresia moderada em MMII, observada melhora na mobilidade e na força. Em uso de sonda de foley nº18, desprezada 300 ml de diurese concentrada. Retirado AVP em MSE e instalado jelco de calibre 20 em MSD e administrado antibiótico para infecção urinária. Realizado banho no leito, ao que mostrou-se colaborativo, sem queixas e intercorrências; apresentou dejeções pastosas e amarronzadas em pouca quantidade; identificado secreção purulenta em pouca quantidade na uretra; observada hiperemia na região do cóccix, sendo realizada mudança de decúbito e hidratação do local e informado ao acompanhante sobre a importância da mesma. Deixado no leito hemodinamicamente estável, lúcido, calmo, ativo e sem queixa, com o acompanhante.

PROGNÓSTICO

Levando em consideração o cuidado continuado, ou seja, manter os tratamentos fisioterápico e medicamentoso, além dos cuidados profiláticos individuais, espera-se uma melhora progressiva no quadro de A. R. N, até mesmo a cura e a possibilidade de retorno com suas atividades cotidianas. Estudo realizado por FILHO (1996), Através da instituição da terapêutica com praziquantel - 60 mg/Kg/dia por 3 dias, associado à prednisona – 100mg/dia, evidenciou-se regressão gradual da sintomatologia inicial, observada pelos exames clínicos realizados no período de acompanhamento (FILHO, 1996). Nesse mesmo estudo, foi relatado melhora completa das funções neurológicas em 31% dos participantes seguindo o esquema terapêutico. Logo, nota-se a probabilidade de recuperação total para A. R. N.

DISCUSSÃO

A neuroesquistossomose é uma forma ectópica da parasitose causada pelo *Schistosoma Mansoni*, parasita da esquistossomose, que leva a alterações no sistema gastrointestinal. Entretanto, a NE causa alterações, também, no SNC. Analisando o caso de A.R.N, a sintomatologia se apresentou de forma bastante semelhante a encontrada na literatura, apresentando paresia em membros inferiores, dificuldade de controle de esfíncter miccional e dor devido ao parasita presente na medula espinhal.

Com base no quadro clínico, ao chegarmos na clínica neurológica, observamos o cuidado prestado de forma adequada pela equipe de enfermagem e na aceitação do paciente para com as condutas prescritas desde a medicação até o atendimento fisioterápico. Porém, identificamos um grande problema que foi a dificuldade em encontrar o medicamento que é a base da terapêutica desse

paciente, o Praziquantel, o que favoreceu um período de internação maior desse paciente, levando o mesmo a ficar inquieto e querendo retornar para sua residência.

Os problemas de saúde apresentados pelo Sr. A.R.N. indicam os sintomas compatíveis com a doença, assim como a história clínica e conforme o referencial da Teoria de Wanda Horta, as necessidades mais afetadas foi a psicobiológica. Dentre os problemas de enfermagem identificados a paresia nos membros inferiores (MMII) aparece como o principal sintoma decorrente da patologia.

“As regiões da coluna vertebral mais acometidas são a torácica baixa ou a lombar.” [SWEI, 1997]. Tal acometimento é justificável para a paresia dos MMII ser presente na maioria dos casos encontrados e já publicados. Diante disso, foi possível elencar as seguintes similaridades entre os casos presente na literatura e o caso do nosso cliente: a sintomatologia e as manifestações clínicas da doença em geral.

Um dos problemas de enfermagem identificados no estudo foi a dor, tendo em vista que tal sintoma é uma experiência totalmente individualizada e apresenta uma grande variabilidade, não podendo ser entendida apenas como uma resposta neurológica, visto que pode sofrer influência de fatores sociais, biológicos, espirituais e psicológicos (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011). Considerando ainda o fato de que foi observado, alterações emocionais como medo e estresse, cada pessoa relata a dor de forma diferente, e por isso os relatos devem ser respeitados e compreendidos, e para tal, a equipe de enfermagem pode mensurar a manifestação dolorosa a dor por meio da “escala da dor” que vai de 1 a 10, além da observação dos sinais, como por exemplo, fácies de dor, apresentada pelo Sr. A.R.N.

Alteração da necessidade de eliminação é um dos problemas de enfermagem encontrado em pacientes que podem apresentar sinais de processo de inflamação no trato urinário ou até mesmo infecção urinária; no cliente que fez parte desse estudo foi possível detectar diurese concentrada, com sedimentos.

Outro problema identificado foi a restrição ao leito devido à paresia em MMII, sintomatologia caracterizada pela perda moderada da força muscular em um determinado membro. A a paresia nos membros inferiores se destaca como o principal sintoma decorrente da patologia (TAVARES; SOUZA; JESUS, 2018).

Sobretudo a paresia nos MMII, causa uma limitação e impede a deambulação, levando a pessoa a se tornar restrita ao leito, podendo desenvolver diversos riscos de complicações, como é apontado pela *North American Nursing Diagnosis Association International* no (NANDA-I). Esses riscos também são apontados como problemas de enfermagem. Risco de úlcera por pressão, é um risco que pode colocar

em segurança a vida da pessoa vulnerável além de aumentar drasticamente o tempo de estadia e recuperação assim como o aumento de gastos.

Considerando que se trata de um evento adverso por ser uma lesão evitável, infelizmente existe uma incidência e prevalência muito grande destas lesões, sendo considerado um indicador de qualidade da assistência e reflete diretamente a condição qualidade dos cuidados da equipe de enfermagem e multiprofissional (ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

Outro problema decorrente da restrição ao leito é o risco de trombose. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2023) A trombose ocorre quando há formação de um coágulo sanguíneo em uma ou mais veias grandes das pernas e das coxas. A equipe de enfermagem é fundamental para evitar e identificar o risco de tromboembolismo venoso, assim como é essencial para e na implementação das intervenções profiláticas (BARP.M *et al.*, 2018). A hospitalização, a depender do tempo que o cliente fica internado pode causar diversas fragilidades às estruturas físicas, sendo umas das mais afetadas, a fragilização da pele. Neste estudo foi possível identificar que a pele da pessoa estudada estava bastante ressecada, apresentava descamação e descamação nos membros inferiores.

CONCLUSÃO

Neste trabalho foi apresentado um caso clínico de neuroesquistossomose e ao relacionar com a literatura notamos uma grande escassez de conteúdos a respeito da temática. Entretanto, o que foi encontrado na literatura científica, coincide com os achados no caso clínico em questão. Para mais, notamos a dificuldade no tratamento, visto que, havia empecilhos na disponibilização do medicamento de escolha (praziquantel).

É importante ainda destacar a importância do conhecimento acerca dessa patologia e suas variações, à medida que o Brasil, principalmente a região Nordeste, não possui uma boa estrutura de saneamento básico o que leva ao escoamento dos esgotos em rios que são utilizados diariamente pela população da região para fins lucrativos, necessidades básicas e a recreação, sendo um ponto de contaminação.

Este estudo nos permitiu, com base na SAE e no PE, identificar a melhor forma de cuidado à pessoa com NE, assim como expor as questões abordadas neste estudo vai servir de grande utilidade para o meio científico, sobretudo para os profissionais de enfermagem e para a sociedade.

Com este estudo sobre a implementação da SAE e do PE à pessoa com NE espera-se que os profissionais de saúde reflitam sobre os cuidados realizados na unidade de neurologia com a finalidade

de identificar tanto necessidades biológicas como psicológicas, sociais e espirituais, Direcionando para a solução de problemas de enfermagem para proporcionar uma melhor evolução no quadro clínico da pessoa que recebe o cuidado profissional.

Assim, por meio desse estudo foi possível agregar mais conhecimento sobre a temática, nos tornando mais preparados para prestar uma melhor assistência aos pacientes acometidos por essa patologia. Que as questões abordadas possam servir de grande utilidade para o meio científico, sobretudo para os profissionais e estudantes de enfermagem e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE FILHO, Antônio de Souza et al. NEUROESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA, aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. 1996. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/anp/a/SLJYnHnJRGHQyVqPYjWH4FS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 mai. 2023.

ANDRADE FILHO, Antônio de Souza et al. NEUROESQUISTOSSOMOSE. 2015. Disponível em: Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria (revneuropsiq.com.br). Acesso em: 21 abr. 2023.

BRITO, José Correia de Farias et al. Neuroesquistossomose medular avaliação clínico-laboratorial de 5 anos. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 50, p. 207-211, 1992.

COFEN. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em 28 de agosto de 2023.

HERDMAN, TH; KAMITSURU S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez 11. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

HORTA WA. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

LO, Denise Swei et al. Neuroesquistossomose medular: Relato de um caso com sequelas graves. Pediatria (São Paulo), p. 139-42, 1997.

MARIE, Chelsea; PETRI, William A.. Esquistossomose. 2021. Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/tremat%C3%B3deos-vermes/esquistossomose>. Acesso em: 21 abr. 2023.

MATAS, Sandro Luiz de Andrade. Neuroesquistossomose. 2019. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/339615132_Neuroesquistossomose#:~:text=neuroesquistossomose%20%C3%A9%20uma%20complica%C3%A7%C3%A3o%20ect%C3%B3pica%20da%20esquistossomose%2C%20sendo,futuros%20sobre%20essa%20quest%C3%A3o.Unitermos%3A%20Esquistossomose%2C%20Schistosoma%20mansoni%2C%20neuroesquistossomose.. Acesso em: 21 abr. 2023.

PINHEIRO, Goretti Tenorio e Chloé. Esquistossomose: o que é, sintomas, prevenção e tratamento. 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/esquistossomose-o-que-e-sintomas-prevencao-e-tratamento/>. Acesso em: 21 abr. 2023.

RESPOSTAS, Todas As (org.). O que é nanda? 2021. Disponível em: <https://todasasrespostas.pt/o-que-enanda#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20o%20Nanda%20na%20enfermagem%3F%20Oficialmente,que%20de%20fato%20precisam%20de%20cuidados%20dessa%20%C3%A1rea..> Acesso em: 02 maio 2023.

SANARMED. Caso Clínico: Neurologia – Neuroesquistossomose. 2019. Disponível em:

<https://www.sanarmed.com/caso-clinico-de-neurologia-neuroesquistossomose>. Acesso em: 21 abr. 2023.

TAVARES, Alex Douglas Conceição; SOUZA, Wesley Pereira de; JESUS, Elaine Andrade de. INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: estudo de caso. Saúde e Pesquisa, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 179, 2 maio 2018. Centro Universitario de Maringa. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p179-189>.

Fernanda Araújo Valle Matheus
Sheyla Santana de Almeida
Marcia Silva Gomes
Tania Maria de Oliveira Moreira

 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

VOLUME II



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE