

## O CUIDADO DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE CIRÚRGICO: UM RELATO DE CASO

IGOR VENÂNCIO ALBUQUERQUE<sup>1</sup>; LILIAN DE SOUZA SALES; ELLEN  
CRISTINE OLIVEIRA COUTINHO<sup>3</sup>; FLAVIANE DE LIMA PECLAT OTZ<sup>4</sup>;  
RENATA SILVA DE SOUZA<sup>5</sup>; SAMANTA OLIVEIRA DA SILVA DINIZ<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy-UNIGRANRIO. E-mail: [igor\\_albuquerque7@hotmail.com](mailto:igor_albuquerque7@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy-UNIGRANRIO.

<sup>3</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy-UNIGRANRIO.

<sup>4</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy-UNIGRANRIO.

<sup>5</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy-UNIGRANRIO.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências (PPGEnfBio) / Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Enfermeira Intensivista do HUCFF/UFRJ. Professora Assistente da Escola de Ciências da Saúde da UNIGRANRIO.

**INTRODUÇÃO:** O processo de enfermagem (PE) é um método de prestação de cuidados que tem como objetivo obter resultados satisfatórios na implementação da assistência, reduzir as complicações durante o tratamento, facilitar a adaptação e recuperação do cliente e garantir a qualidade e segurança na assistência (ALFARO-LEFEVRE, 2002). O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: A primeira etapa corresponde ao Histórico de Enfermagem, trata-se de uma ampla coleta de dados realizada com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações. A segunda etapa consiste no Diagnóstico de Enfermagem, neste momento os dados são interpretados e agrupados e culmina com a tomada de decisão sobre as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. A terceira etapa, o planejamento de enfermagem, consiste na determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas frente ao Diagnóstico de Enfermagem. A quarta etapa corresponde a

implementação que consiste na realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento. E a quinta etapa trata-se da Avaliação de Enfermagem, um processo que verifica as mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado (RESOLUÇÃO COFEN 358/2009). Neste estudo o PE foi aplicado a um cliente submetido a uma laparotomia exploradora, entendida como a abertura cirúrgica da cavidade abdominal com o objetivo de definir o diagnóstico. A abertura da cavidade abdominal para fins diagnóstico e terapêutico não é recente, todavia se tornou um procedimento rotineiro à partir dos meados do século 20, com o advento das drogas curarizantes e da entubação orotraqueal, que facilitaram as manobras de abertura e fechamento da parede abdominal (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2011). Dessa forma, compreende-se que a utilização do processo de enfermagem em clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos possibilita a oferta de cuidados mais qualificados e seguros, buscando alcançar resultados planejados e avaliando continuamente o cuidado. **OBJETIVOS:** Relatar o caso de um cliente submetido a laparotomia exploradora na Unidade de Clínica Cirúrgica utilizando o processo de enfermagem como instrumento metodológico para o cuidado. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva do tipo relato de caso. O relato vivenciado tem como direcionamento o processo de Enfermagem em um cliente submetido a laparotomia exploradora internado na clínica cirúrgica durante as atividades práticas em campo da disciplina Programa Curricular de Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão VII. O estágio ocorre em um hospital público do Rio de Janeiro no período 07 Setembro até o momento. A coleta de dados foi realizada no dia 06 de outubro de 2015 e foram utilizadas fontes primárias e secundárias, a saber: anamnese, exame físico e dados do prontuário do cliente. Concluída a coleta dos dados, foram elaborados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo NANDA. A seguir foram determinados os resultados que se espera alcançar e as ações ou intervenções de enfermagem. Na aplicação do PE adotou-se o modelo teórico de Wanda Horta que contempla a identificação das necessidades humanas básicas afetadas pelo processo saúde-doença e de Dorothea Orem que consiste no desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A apresentação do resultado dar-se-á na sequência de aplicação do processo de enfermagem. Histórico de enfermagem: Cliente 52 anos, casado, morador do estado do Rio de Janeiro, foi internado com dor, náusea, emagrecimento, vômito. História Patológica Progressiva: Hanseníase. Tabagista, faz uso de bebida alcoólica. Foram realizados os seguintes

exames: Creatinina, glicemia, urina, sódio, potássio, amilíase, TGP, leucócitos, plaquetas. No dia 04/10 foi submetido a uma laparotomia exploradora e internado na Unidade Cirúrgica. Relato cirúrgico: incisão mediana transumbilical no cólon descendente, presença de secreção em grande quantidade, colhido material para cultura com presença de células malignas, presença de pequena tumoração em cólon descendente que foi retirado. Diagnóstico médico: tumor de cólon retal. No dia 06/10 encontrava-se acordado, orientado, demonstra ansiedade quanto ao possível diagnóstico, deambulando com dificuldade, necessitando de auxílio, cooperativo dentro das limitações. Hemodinamicamente estável. Cabeça e couro cabeludo sem alterações, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mucosas conjuntivais Hipocorada, escleróticas anictéricas, narinas pérvuas, cavidade oral sem alterações. Linfonodos impalpáveis. AC: RCR 2T BNF. AP: MVUA sem RA. Abdômen plano, peristalse presente, timpânico, doloroso a palpação superficial em flanco direito. Ferida operatória em linha média abdominal com sutura íntegra, bordos unidos, sem secreção à expressão. MMSS e MMII sem alterações. A seguir serão apresentados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Planejamento de Enfermagem dividido em Resultados Esperados (RE) e Ações/Intervenções (A/I) elaboradas para o cliente: 1) **DE:** Integridade tissular prejudicada relacionada a procedimento cirúrgico caracterizado por tecido lesado. **RE:** O cliente apresentará melhora progressiva da ferida/ cicatrização da lesão e demonstrará entendimento acerca das orientações quanto ao cuidado com a ferida no pós-operatório. **A/I:** Avaliar e registrar as dimensões, a coloração, o odor, a localização, a temperatura, a textura, a consistência da ferida operatória. Observar a presença de sinais de inflamação. Utilizar técnica asséptica para limpeza/curativo da ferida operatória. Monitorar os exames laboratoriais para detectar alterações sugestivas de complicações. Orientar quanto a alimentação, estilo de vida e as possíveis complicações no pós-operatório. Ensinar técnicas limpas para troca de curativos em casa e o descarte apropriado dos curativos sujos. 2) **DE:** Dor aguda relacionada a adente lesivo físico (procedimento cirúrgico) caracterizado por autorrelato de dor. **RE:** Cliente verbalizará diminuição da dor. **A/I:** Monitorar com frequência os sinais e sintomas da piora da condição do cliente, indicando complicações (aumento de severidade de dor, sensibilidade, rigidez, distensão, ruídos intestinais ausentes, febre, mal-estar, taquicardia → Notificar imediatamente a equipe médica ou enfermeiro), auxiliar o cliente a manter posição de conforto, restringir as atividades que possam agravar a dor, tais como tosse e deambulação. Aplicar escala analógica de dor de 4/4h e registrar, administrar fármacos prescritos e reavaliar nível de dor após a administração. 3) **DE:** Ansiedade relacionado a mudança na condição de

saúde caracterizado por relato de preocupação devido a mudança em eventos da vida. **RE:** Cliente demonstrará menos ansiedade. **A/I:** Esclarecer as dúvidas do cliente em relação ao tratamento, estabelecer relação de confiança com o cliente, estimular o cliente quanto ao relato de sua ansiedade, monitorar estado emocional, oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento, prognóstico e proporcionar bem-estar, proporcionar ambiente calmo e agradável, explicar o cliente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas. 4) **DE:** Deambulação prejudicada relacionada à dor caracterizada por capacidade para percorrer as distâncias necessárias. **RE:** O cliente conseguirá movimentar-se no ambiente quando necessário/desejado, dentro dos limites de sua capacidade e verbalizará que entende a situação/fatores de risco e as medidas de segurança. **A/I:** Ajudar o cliente na deambulação em intervalos regulares, ajudar o cliente a ficar em pé e percorrer uma distância específica, auxiliar o cliente a sentar-se à beira da cama para facilitar os ajustes posturais, encaminhar para serviço de fisioterapia, encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros, informar ao cliente quanto à importância de deambulação e encorajá-lo. 5) **DE:** Risco de volume de líquido deficiente relacionado a perdas excessivas (episódio emético). **RE:** O paciente diminuirá a perda de líquido. **A/I:** Reduzir ou eliminar os fatores pessoais que precipitem ou aumentem o vômito (ansiedade, medo e falta de conhecimento), posicionar para prevenir aspiração, manter a via aérea oral permeável, oferecer apoio físico durante o vômito (para auxiliar a pessoa a inclinar-se ou apoiar a cabeça), oferecer conforto, promover higiene oral para limpar a boca e o nariz, fazer limpeza após episódio do vômito, com atenção essencial a remoção de odores, aguardar, pelo menos, 30 minutos após o episódio do vômito antes de oferecer mais líquidos ao cliente, monitorizar a ingesta e perda, avaliar exames laboratoriais (eletrólitos, ureia, creatinina), avaliar turgor da pele/ mucosas, administrar fármacos prescritos. **CONCLUSÃO:** O PE é um instrumento de trabalho para a enfermagem, que oferece subsídio para um fazer mais direcionado as necessidades do cliente e com a fundamentação e organização necessárias para uma prática com mais qualidade. A aplicação do PE como direcionamento do cuidado durante as atividades práticas curriculares permite que o estudante entenda que apesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano da prática de cuidar e gerenciar esta é a melhor metodologia de trabalho para garantir um cuidado individualizado e seguro ao cliente, possibilitando ao enfermeiro a oferta de cuidado baseado em resultados.

**DESCRITORES:** ENFERMAGEM, CUIDADO DE ENFERMAGEM, PROCESSOS DE ENFERMAGEM.

**REFERÊNCIAS**

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 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-DF, 15 de outubro de 2009.

NANDA, North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações – 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TAZIMA, Maria de Fátima G S; VICENTE, Yvone A Morais V de Andrade; MORIYA, Takachi. **Laparotomia**. Medicina (Ribeirão Preto). V.44, n.1, 2011. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp3\\_Laparotomia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp3_Laparotomia.pdf). Acesso em 15 out 2015.