

## **A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE CIRÚRGICO: UM RELATO DE CASO**

**JOÃO DO NASCIMENTO DE LIMA FILHO<sup>1</sup>, ALINE PEREIRA VIANA DE LIMA<sup>2</sup>,  
MARIANNE MUNHOZ SENA TERRA<sup>3</sup>, ERICA ROBERTA PASCOAL LABETA<sup>4</sup>,  
JULIANNA REIS DE OLIVEIRA<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: jbrasil84@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

<sup>4</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

<sup>5</sup> Acadêmica 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 do Curso de Enfermagem da Universidade Unigranrio.

**INTRODUÇÃO:** A Resolução COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem e o define como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. O processo é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, a saber: 1ª) Coleta de Dados, 2ª) Diagnóstico de Enfermagem, 3ª) Planejamento dos Resultados, 4ª) Implementação e 5ª) Avaliação. A Coleta de dados consiste na coleta de informações a respeito do estado de saúde do cliente, nessa etapa são levantados os problemas, as reações e as necessidades através de dados objetivos e subjetivos. O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo, onde os dados coletados são explorados, analisados e interpretados criteriosamente. A terceira etapa do processo é o planejamento, nessa etapa as enfermeiras estabelecem prioridades para os problemas/necessidades levantados, fixam resultados e determinam metas com a equipe e/ou com o cliente (ALFARO-LEFREVE, 2005). A implementação da assistência de enfermagem constitui a quarta etapa do processo. Nesse momento a enfermeira e/ou a equipe coloca em

prática, executa o que foi planejado. A última etapa do processo é a avaliação da assistência de enfermagem, que consiste em acompanhar as respostas do cliente frente aos cuidados implementados. Neste estudo, o processo de enfermagem foi implementado em um paciente submetido a uma laparotomia exploradora e apendicectomia. Entende-se laparotomia exploradora como a abertura cirúrgica da cavidade abdominal com o objetivo de definir o diagnóstico (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2011). Apendicectomia consiste na retirada do apêndice. Com os avanços tecnológicos da medicina, a apendicectomia, tornou-se mais simplificada, contudo, não se pode menosprezar essa enfermidade, que se não tratada como emergência, pode levar a complicações importantes, com agravamento do quadro (GAVLAK, 2014). **OBJETIVOS:** Relatar o caso de um cliente cirúrgico utilizando o processo de enfermagem como instrumento metodológico para o cuidado de enfermagem. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva do tipo relato de caso. O relato tem como direcionamento a aplicação de etapas do processo de Enfermagem em um cliente 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 seguiu as seguintes etapas: 1) Coleta de informações utilizando fontes primárias e secundárias, a saber: anamnese, exame físico e dados do prontuário do cliente; 2) Agrupamento dos dados e elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo NANDA; 3) Prescrição de ações/intervenções de enfermagem com vistas a alcançar resultados esperados. 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. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A apresentação do resultado dar-se-á na sequência de aplicação do processo de enfermagem. Coleta de dados: Cliente de 19 anos, ensino fundamental incompleto. Não há histórico de doença pregressa, nega vícios e uso de substâncias ilícitas. No dia 03 de Outubro de 2015, começou a sentir dores e náuseas e procurou assistência médica em uma Unidade de Saúde próximo de sua residência, onde foi medicado para dor e liberado em seguida, ao retornar para residência permaneceu com dores moderadas por dois dias. No dia 05/10 evoluiu com dor intensa em quadrante inferior direito, vômitos e febre, procurou novamente a unidade de saúde, onde foi atendido e referenciado para o hospital em que ocorreu esta coleta de dados. Deu entrada com febre (TAX 38°C), hipotensão (110x60mmHg), dor abdominal e vômitos. Realizado hemograma completo, EAS e tomografia do abdome, e administrado antieméticos, analgésicos e antiinflamatórios.

Ao exame físico: sinal de Blumberg positivo. Resultado da tomografia evidenciou adelgamento de alças do intestino delgado e apêndice edemaciado (resultado do laudo: abdome agudo + apendicite aguda), leucocitose (21.970). Diagnóstico médico: apendicite aguda. Cliente foi encaminhado para realização de laparotomia exploradora e apendicectomia. Relato cirúrgico: “laparotomia exploratória, com incisão mediana infraumbilical, cavidade abdominal com secreção purulenta à abertura de peritônio, realizado exaustiva lavagem da cavidade com soro fisiológico, colocado dreno de penrose em flanco direito e encaminhado a clínica cirúrgica para recuperação”. No dia da coleta de dados: Cliente lúcido e orientado, deambulando com auxílio, necessitando de auxílio para o banho, respirando em ar ambiente, normotenso (110x70mmHg), eupneico(17 IRPM), normocárdico (65 BPM), afebril (35,9°C). Ao exame físico: Crânio em formato normal, couro cabeludo sem sujidade e lesões, fície atípica, escleróticas anictéricas, mucosa ocular normocorada, cavidade oral íntegra, com presença de elementos dentários, mucosas normocoradas, sem sujidade, pavilhão auricular íntegro, linfonodos impalpáveis. MMSS, simétricos com mobilidade e força preservadas, acesso venoso periférico em MSD salinizado, pulso presente bilateralmente e extremidades perfundidas. Tórax simétrico com expansibilidade preservada. AC: 2T/RCR/ bulhas normofonéticas, AP: MVUA sem ruídos adventícios. Abdome plano, tenso, peristalse presente, timpânico, doloroso a palpação, ausência de massas ou visceromegalias. Ferida operatória em região hipogástrica mediana (periumbilical), dreno de penrose em flanco direito com secreção serrosanguinolenta em media quantidade. Região dorsal e sacral íntegra. Diurese por cateter vesical de demora, coloração amarelada, sem grumos no circuito. MMII sem lesões e edema, com força e mobilidade preservada, panturrilhas sem sinais de empastamento, extremidades perfundidas. A seguir serão apresentados os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Planejamento de Enfermagem (PE) dividido em Resultados Esperados (RE) e Ações/Intervenções sugeridas (A/I): 1) DE: Déficit no autocuidado para banho relacionado a dor caracterizado pela capacidade prejudicada de lavar o corpo. RE: O cliente realizará as atividades de autocuidado dentro dos limites da própria capacidade. A/I: Determinar as condições existentes que afetam a capacidade do indivíduo de atender as suas próprias necessidades e o grau de limitação; Estabelecer uma parceria com o cliente/família; Providenciar os dispositivos auxiliares necessários (cadeira higiênica / barras de apoio); Tratar a dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas; Minimizar riscos de queda; Auxiliar na higiene, encorajando a autonomia do cliente dentro das limitações e ajudando no que não for possível. 2) DE: Dor aguda relacionada a adente lesivo físico (procedimento cirúrgico)

caracterizado por autorrelato de dor. RE: Cliente verbalizará diminuição da dor. A/I: Auxiliar o cliente a assumir 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: Risco de recuperação cirúrgica retardada relacionado a procedimento cirúrgico extenso e infecção e infecção perioperatória. RE: Paciente apresentará recuperação cirúrgica dentro do tempo esperado. 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), Avaliar ferida operatória, observando presença de exsudato e a característica, quantidade e odor da secreção drenada; realizar expressão manual na ferida operatória (FO) a cada troca de curativos; observar sinais de inflamação em FO. 4) DE: Risco de infecção relacionado a pele rompida por cateter venoso em membro superior direito e dreno em região abdominal. RE: O cliente apresentará riscos diminuídos de infecção no período de internação. A/I: Identificar todos os fatores de risco para infecção; Detectar sinais de infecção no local de punção venosa e na FO; Avaliar e registrar as condições da pele ao redor a área de inserção da punção e da FO; Detectar sinais e sintomas de infecção: febre, calafrios, sudorese, alteração do nível de consciência, etc; Enfatizar as técnicas apropriadas de higienização das mãos; Realizar curativos com técnica asséptica. **CONCLUSÃO:** O processo de enfermagem é uma ferramenta que permite, sistematizar a assistência prestada com conhecimento técnico científico direcionado, além de promover um cuidado qualificado e individualizado ao cliente, minimizando danos e promovendo reabilitação em saúde.

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

## **REFERÊNCIAS**

- 1 ALFARO-LEFREVE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ªed., Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 2 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.

**3 Diagnósticos de NANDA: definições e classificação 2012-2014**/[NANDA Internacional] ; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al .]. – Porto alegre : Artmed, 2013. 606p.; 23 cm.

4 GAVLAK, Cristiane Avila; CHAGAS, Cristiany Duque; SILVA, Gisele Marçal; NASCIMENTO, Paloma Weidner; NASCIMENTO, Maria Elisa Brum. **Subsídio do modelo teórico de Roy no cuidado ao adulto jovem submetido à apendicectomia.** VI Conclave dos Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Positivo (CONAENF) 2014.