



CLINICAL CASE STUDY ARTICLE

THE IMPORTANCE FROM RELATIONSHIP WITH THE PATIENT SURGICAL FOR IMPLEMENTATION OF NURSING PSYCHOSOCIAL DIAGNOSES: REPORT STUDY

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO COM O CLIENTE CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PSICOSSOCIAIS: ESTUDO DE CASO

LA IMPORTANCIA DE LA ADHESIÓN CON EL CLIENTE QUIRÚRGICO PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMERÍA PSICOSOCIAL: ESTUDIO DE CASO

Shimmenes Kamacael Pereira¹, Magali Rezende de Carvalho², Rosimere Ferreira Santana³

ABSTRACT

Objectives: to apply the nursing process using the language of classification and to show the effectiveness of care systematization. **Methodology:** report of clinical case conducted with a female patient of 26 years old, admitted in a General Hospital at the city of Niteroi, Rio de Janeiro, during the period from March to April 2008. We used the technique of semi-structured interview based on Carpenito and the documentary survey of medical records analysis. The analysis proceeded second clinical reasoning of Risner. **Results:** nursing diagnosis were identified according to North American Nursing Diagnosis Association-NANDA, the main are: denial ineffective; hypothermia, acute pain, impaired skin integrity, risk for infection, risk for fluid volume deficit, risk for situational low self-esteem. Then was built a plan of care with the interventions proposed by Nursing Intervention Classification-NIC and the results were evaluated by Nursing Outcomes Classification-NOC. And to allow evaluation of nursing actions the results of the NOC were described in two phases, before and after intervention. **Conclusion:** we concluded that the nursing care based on NANDA, NIC and NOC is effective and transparent to the team of professionals. **Descriptors:** nursing process; nursing assessment; perioperative care.

resumo

Objetivos: aplicar o processo de enfermagem utilizando das linguagens de classificação e evidenciar a efetividade da sistematização do cuidado. **Metodologia:** estudo de caso realizado com paciente de 26 anos, sexo feminino, internada num Hospital Geral do Município de Niterói-Rio de Janeiro, no período de Março a Abril de 2008. Para tanto utilizamos da técnica de entrevista semi-estruturada baseada em Carpenito e do levantamento documental do prontuário. A análise procedeu segundo raciocínio clínico de Risner. **Resultados:** foram identificados os diagnósticos de enfermagem segundo North American Nursing Diagnosis Association-NANDA, sendo os principais: Negação ineficaz; Hipotermia; Dor aguda; Integridade da pele prejudicada; Risco para infecção; Risco para volume de líquidos deficiente; Risco para baixa auto-estima situacional. Em seguida construímos o plano de cuidados contendo as intervenções propostas pela Nursing Intervention Classification-NIC e a avaliação dos resultados utilizando a Nursing Outcomes Classification-NOC. E para permitir a avaliação das ações de enfermagem os resultados da NOC foram descritos em dois momentos, pré e pós-intervenção. **Conclusão:** concluímos que a assistência de enfermagem baseada em Nanda, Nic e Noc demonstram-se eficaz e transparente para a equipe de profissionais. **Descritores:** processos de enfermagem; avaliação em enfermagem; cuidados perioperatórios.

RESUMEN

Objetivos: aplicar el proceso de enfermería de la utilización de la lengua de la clasificación y sistematización de manifiesto la eficacia de la atención. **Metodología:** estudio de caso realizado con pacientes de 26 años, mujer, hospitalizada en un Hospital General de la ciudad de Niteroi, Rio de Janeiro, en el período comprendido entre marzo y abril de 2008. Por tanto el uso de la técnica de entrevista semi-estructurada sobre la base de la encuesta y Carpenito documental en el análisis de registros médicos. Después de los datos recogidos y analizados de acuerdo con el razonamiento clínico de Risner. **Resultados:** se identificaron los diagnósticos de enfermería de la segunda North American Nursing Diagnosis Association-NANDA, los principales: negación ineficaz; hipotermia, el dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, el riesgo de infección, riesgo de déficit de volumen de líquido, la situación de riesgo de baja autoestima. Luego construyó el plan de cuidados con las intervenciones propuestas por el Nursing Intervention Classification-NIC y la evaluación de los resultados utilizando Nursing Outcomes Classification-NOC. Y permitir la evaluación de las acciones de enfermería de los resultados de la NOC se describe en dos fases, antes y después de la intervención. **Conclusión:** llegamos a la conclusión de que los cuidados de enfermería sobre la base de Nanda, Nic y Noc mostrar a ser eficiente y transparente para el equipo de profesionales. **Descriptores:** procesos de enfermería; evaluación en enfermería; atención perioperativa.

¹Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: shimmenes@oi.com.br; ²Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem. Integrante do Projeto Cicatrizar – Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: magalirecar@gmail.com; ³Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Néri. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Gerontológica. Líder do Grupo de Estudos em Sistematização da Assistência de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosifesa@yahoo.com

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surgiu a partir da vivência enquanto acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal Fluminense, durante ensino teórico-prático, na Clínica Cirúrgica Feminina, do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), onde estivemos com uma paciente de 26 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.

A cirurgia de gastrectomia total é uma intervenção radical que só é realizada quando interfere de maneira significativa na vida do paciente, pois, de fato causa mutilação no indivíduo e alteração drástica no padrão alimentar.¹

Uma das indicações para se realizar esse tipo de cirurgia é o adenocarcinoma disseminado pelo estômago, como no caso da cliente em estudo, que se originou do epitélio gástrico na região da cárdia, seguindo para região do antro e corpo. Para que se tenha sucesso no tratamento deste tipo de neoplasia é necessário que haja a ressecção do tumor gástrico.¹ Uma opção seria a cirurgia conhecida como, gastrectomia subtotal radical, onde há a anastomose do coto do estômago ao jejuno, mas essa não seria a indicada para a cliente em estudo, tendo como possibilidade a gastrectomia total. Este procedimento consiste na retirada total do estômago onde o trato gastrointestinal é restaurado se fazendo a anastomose entre as extremidades do esôfago e jejuno.² Como medida de controle do câncer, o paciente pode realizar o tratamento pós-cirúrgico com radio ou quimioterapia.²⁻³

Foi pela baixa incidência de adenocarcinoma gástrico em adultos jovens, que evolui para gastrectomia total, ou seja, em pacientes com menos de 40 anos, varia de 2 a 9% do total de portadores.³ Somado a possibilidade de auxílio à cliente quanto à valorização da auto-estima e reintegração na sociedade, que nos instigou a realizar tal estudo.

O cuidado oferecido a esta cliente foi proposto por meio da aplicação do processo de enfermagem, para tal utilizamos a linguagem diagnóstica segundo a classificação North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, aplicamos as intervenções preconizadas pela Nursing Intervention Classification – NIC e avaliamos nossa conduta de acordo com a Nursing Outcomes Classification – NOC.

As primeiras classificações encontradas no NANDA foram criadas, em 1982 com o propósito de desenvolver e elaborar a

taxonomia de terminologia diagnóstica para uso das enfermeiras. As classificações que descrevem as intervenções de enfermagem (NIC) enfocam as intervenções realizadas pelas enfermeiras em todos os ambientes de atendimento à saúde, onde cada intervenção possui um título, uma definição conceitual e uma lista de atividades/ações, as quais poderão ser utilizadas na realização do cuidado de enfermagem.⁴ A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é reconhecida pela sua importância na medida em que nomeia as ações realizadas pela equipe de enfermagem.⁴⁻⁵ Tanto o NIC quanto o NOC foram desenvolvidos pelos membros do *Iowa Intervention Project*, da Universidade Norte-Americana de Iowa, sendo uma das pesquisas mais avançadas nesta área. As classificações do NOC encontram-se subdivididas em título do resultado com a definição para o mesmo, uma lista de indicadores e uma escala do tipo Likert, para uso da enfermeira durante a avaliação do paciente.⁶ O estudo das intervenções de enfermagem tem como foco de interesse analisar o comportamento do enfermeiro, assim como medir suas ações para o alcance resultado esperado.⁵⁻⁶ Outro aspecto evidenciado pelo uso de tais classificações é a identificação das atividades não realizadas, oferecendo maior clareza nas ações, gerando a possibilidade de discussão de aspectos legais, estruturais e condições de trabalho.⁵

Com base nessa discussão traçamos como objetivo geral Propor orientações a cerca de mudanças e adaptações de hábitos de alimentação e qualidade de vida tanto física quanto psicossociais à cliente durante as fases perioperatórias; como, objetivos específicos Listar os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao caso segundo NANDA; Estabelecer as intervenções de enfermagem segundo NIC a partir dos diagnósticos acima determinados; e Avaliar os resultados esperados após intervenções estabelecidas de acordo com NOC.

METODOLOGIA

O método escolhido para realização desta pesquisa foi o estudo de caso, por se tratar de uma investigação sobre um único evento ou situação, um caso, buscando a profundidade dos dados, não tendo preocupação em relação à frequência de sua ocorrência, portanto, trata-se de um trabalho qualitativo e exploratório.⁷

A coleta de dados foi realizada por meio das consultas de enfermagem efetivadas durante o perioperatório, entre março e abril de 2008. Como roteiro de entrevista semi-

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados de Enfermagem (NOC)
Hipotermia relacionados a diminuição da taxa metabólica, caracterizada por temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais	<u>Termorregulação</u> Temperatura do corpo DPNE (4)	<u>Controle do ambiente: conforto</u> Providenciar cobertores para promover conforto de temperatura, conforme indicação;	(5)

Figura 2. Plano de cuidados de enfermagem para a fase Trans-operatória. EEAAC/HUAP/UFF. Niterói-RJ, 2008.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados de Enfermagem (NOC)
Dor aguda relacionado à agente lesivo (físico/cirúrgico), caracterizada por expressão facial, relato verbal e comportamento expressivo	<u>Nível da dor</u> - Dor relatada (2) - Expressões orais de dor (2) - expressões faciais de dor (2) <u>Controle da dor</u> - Relata o controle da dor (3)	<u>Controle da dor</u> - Assegurar ao paciente precisos cuidados para analgesia; - Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas de controle da dor; - Oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrente de procedimentos; - Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave; <u>Controle do ambiente: conforto</u> - Determinar as fontes de desconforto, tais como curativos úmidos, posição da sonda, curativos apertados, roupa de cama com rugas e elementos ambientais irritantes.	(5) (5) (5) (5)
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, caracterizada por invasão de estrutura do corpo	<u>Controle de riscos</u> - Segue estratégias selecionadas de controle de riscos (3) <u>Deteccção de riscos</u> - Identifica potenciais riscos a saúde (3) <u>Supervisão da pele</u> - Sutura <u>Cicatrização da ferida: 1ª intenção</u> - Aproximação da pele (3) - Resolução de drenagem serosanguinolenta a partir do dreno (1)	<u>Supervisão</u> - Monitorar sinais de infecção; <u>Proteção contra infecção</u> - Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida; <u>Cuidados com local de incisão</u> - Manter todas as sondas de drenagem bem posicionadas; <u>Controle de infecção</u> - Ensinar ao paciente e aos familiares a forma de evitar infecções.	(4) (4) (5) (5)

Risco para infecção relacionado à destruição de tecidos e procedimentos invasivos	<u>Conhecimento:</u> <u>Controle de infecção</u> - Descrição de sinais e sintomas (2) <u>Controle de riscos</u> - Segue estratégias selecionadas de controle de riscos (4) <u>Cicatrização da ferida: 1ª intenção</u> - Aproximação da pele (3) - Resolução de drenagem serosanguinolenta a partir do dreno (1)	<u>Controle da infecção</u> - Usar luvas esterilizadas, quando adequado; - Lavar as mãos antes de cada atividade de cuidado do paciente e após a mesma; <u>Cuidados com local de incisão</u> - Limpar a área em torno da incisão com solução de limpeza adequada; - Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão; - Aplicar curativo apropriado para proteger a incisão; <u>Cuidados com sondas e drenos</u> - Examinar a área em torno do local de inserção da sonda observando presença de vermelhidão e ruptura da pele, quando adequado; - Administrar cuidados à pele no local de inserção da sonda, quando adequado.	(4) (4) (5) (5)
Risco para volume de líquidos deficiente relacionado a desvios que afetam a ingestão e absorção de líquidos	_____	<u>Terapia endovenosa</u> - Manutenção do acesso venoso; <u>Controle de líquidos</u> - Monitorar o estado nutricional; - Manter registro preciso da ingestão e da eliminação.	_____
Risco para baixa auto-estima situacional relacionado à auto-expectativas não-realistas, doença física e prejuízo funcional	_____	<u>Melhora da imagem corporal</u> - Usar orientação antecipada para preparar o paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam previsíveis; - Ajudar o paciente a discutir os estereótipos que afetam a imagem corporal, secundário a condição da doença ou cirurgia; <u>Melhora do enfrentamento</u> - Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis relacionamentos; - Usar uma abordagem calma e segura; - Propiciar uma atmosfera de aceitação; - Ajudar o paciente a identificar as informações que ele tem maior interesse em obter; <u>Aumento da auto-estima</u> - Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos; - Recompensar ou elogiar o progresso do paciente na direção das metas; - Monitorar declarações do paciente em relação a auto-estima.	_____

Figura 3. Plano de cuidados de enfermagem para a fase pós-operatória. EEAAC/HUAP/UFF. Niterói-RJ, 2008.

DISCUSSÃO

Durante a abordagem da cliente para coleta de dados, deparamo-nos com resistência por parte da mesma. A princípio ela demonstrava não saber exatamente o que iria acontecer em sala de cirurgia, quando perguntamos sobre o tipo de procedimento que passaria, relatou-nos que iria fazer uma ressecção de uma pequena parte do estômago. Não relatava ser portadora de câncer e sim possuir uma úlcera gástrica que crescera muito no último ano. Após conversa com o médico responsável, nos foi evidenciado que a cliente tinha completa ciência de seu quadro clínico, porém não falava sobre o assunto.

Depois de evidenciados os diagnósticos da NANDA, dois destes foram priorizados, o risco de infecção no período pós-operatório e a negação ineficaz. Optamos por realizar uma abordagem sutil iniciando uma relação de confiança utilizando as intervenções listadas a partir do NIC, para o controle do ambiente, pois a cliente havia acumulado materiais de uso pessoal de forma exposta pela enfermagem, principalmente aqueles referentes à beleza e estética. Orientamos sobre a guarda e manuseio do material no ambiente hospitalar e definimos metas para o controle de fatores de risco para infecção. A partir daí a cliente nos relatou que “sabia da possibilidade de perder os cabelos, por isso, tantos materiais de cuidado com o corpo, pois podia ser a última vez que cuidasse da sua aparência”.

Pereira SK, Carvalho MR de, Santana RF.

The importance from relationship with the patient...

Após estabelecer-mos esta relação pudemos então indagar novamente sobre o seu saber relacionado ao quadro patológico e constatamos que o quadro clínico estava esclarecido, havendo algumas dúvidas comuns em qualquer processo cirúrgico. Dúvidas em relação a sua recuperação, a alimentação depois da cirurgia e ao tempo para retornar a sua alimentação habitual.

A nutrição equilibrada em pacientes gastrectomizados em pós-cirúrgico é de responsabilidade da enfermagem, sendo que nos primeiros dias a nutrição é restritamente parenteral. É necessário que a enfermagem estimule a ingestão de pequenas porções de alimentos não irritantes e prescritos, como por exemplo, uma dieta pastosa, por várias vezes ao dia.² A partir daí pode-se acrescentar à dieta alimentos sólidos, conforme a aceitação do cliente com a finalidade de reintegração aos seus costumes alimentares e

orientações quanto a algumas restrições a alimentos muito gordurosos, dieta rica em carboidratos ou em grande quantidade de uma única vez.²

Esclarecer a paciente sobre como seria a sua alimentação após a cirurgia foi uma de nossas preocupações assim como o cuidado com sua ferida cirúrgica. Por meio de orientação para lavar o local durante o banho e depois passar álcool sobre a incisão, não necessitando de cobertura após o terceiro dia, conseguimos assegurar a cicatrização da ferida por primeira intenção após oito dias. Outra questão trabalhada foi a auto-estima por intermédio da orientação antecipada para preparar o paciente para as mudanças na imagem corporal.¹²

A figura 4 evidencia que a sistematização da assistência utilizando os instrumentos NANDA, NIC e NOC possibilita-nos realizar intervenções mais direcionadas.

	NOC - 04/04/08	NOC - 09/04/08
<u>Nível da dor</u> • Dor relatada	2	5
<u>Controle da dor</u> • Relata o controle da dor	3	5
<u>Controle de riscos</u> • Segue estratégias selecionadas de controle de riscos	3	4
<u>Deteccção de riscos</u> • Identifica potenciais riscos a saúde	3	4
<u>Aceitação do estado de saúde</u> • Busca de informação • Reconhecimento da realidade da situação da saúde • Aprofundamento da intimidade	2 3 2	4 4 5
<u>Controle da ansiedade</u> • Busca de informações para reduzir a ansiedade • Mantém relações sociais	3 3	5 5
<u>Termorregulação</u> • Temperatura do corpo DPNE	4	5
<u>Conhecimento: Controle de infecção</u> • Descrição de sinais e sintomas	2	4
<u>Controle de riscos</u> • Segue estratégias selecionadas de controle de riscos	4	4
<u>Cicatrização da ferida: 1ª intenção</u> • Aproximação da pele • Resolução de drenagem serosanguinolenta a partir do dreno	3 1	5 5
<u>Eliminação intestinal</u> • Padrão de eliminação dentro das perspectivas esperadas • Quantidade de fezes para a dieta	2 2	4 3

Eliminação intestinal		
• Lida com o aparato intestinal de forma independente	1	3
Controle dos sintomas		
• Reconhece o surgimento dos sintomas	4	5
• Reconhece a persistência dos sintomas	4	5
• Reconhece a gravidade dos sintomas	3	4

Figura 4. Comparação entre os resultados de enfermagem (NOC) encontrados no perioperatório.¹¹

O uso das taxonomias ou sistemas para classificação na prática de enfermagem possibilitou a construção de planos de cuidados de enfermagem, facilitando o registro das ações desenvolvidas, além de reforçar a importância das ações efetivamente realizadas no cotidiano do enfermeiro e sua equipe.⁴⁻⁵

No pós-operatório a cliente sentiu-se acolhida para expressar seus anseios e indefinições sobre seu atual estado de vida onde foi possível trabalhar os fatores psicossociais, possibilitando uma melhor qualidade de cuidado, que transcendesse o biológico, que fosse holístico e humanizado, que culminou numa melhor assistência da equipe para com a cliente.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa pudemos constatar que é possível realizar a sistematização da enfermagem embasada pela política de acolhimento, humanização e de visão holística do paciente. Esta nova forma de organizar o trabalho não nos torna mecanicistas, pois permite assistir o cliente individualmente e como um todo, ou seja, como um ser biopsicossocial.

A escolha da linguagem/instrumento NANDA, NIC e NOC nos possibilitou um norteamento das ações durante todo o perioperatório, além de seguir uma padronização mundial no que diz respeito ao cuidado ao paciente cirúrgico possibilitando uma maior clareza na comunicação com a equipe profissional, que culmina num cuidado de grande efetividade para o cliente.

REFERÊNCIAS

1. Crawford JM. The gastrointestinal tract. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Pathologic basis of disease. 6ª ed. Pennsylvania: Saunders Company; 1999.775-844.

2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Vol1. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

3. Cola CB, Linhares E, Kesley R, Pinto CE. Tratamento cirúrgico do câncer gástrico em pacientes jovens: experiência de 5 anos no INCA. Rev bras cancerol. 2005;51(2):135-41.

4. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta paul enferm. 2005;18(1):82-8.

5. Napoleão AA, Carvalho EC. Aplicabilidade de intervenções prioritárias da Nic para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. Cogitare Enferm. 2007;12(1):9-19.

6. Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S. Nursing diagnosis, outcomes and interventions - Nanda, Noc and Nic linkages. St Louis: Mosby; 2001.

7. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ªed. Florianópolis: UFSC/pós-graduação em enfermagem; 2002.

8. Carpenito LJ. Plano de cuidados e documentação. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.

9. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christesen PJ, Kenney JW. Nursing process: application of conceptual models. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1995.132-57.

10. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: Definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.

11. Johnson M, Meridean L, Maas ML, Faan, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem - Noc/Nursing outcomes classification (Noc). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

12. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem - Nic/Nursing Interventions Classification (Nic). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2008/10/14
Last received: 2009/01/09
Accepted: 2009/01/10
Publishing: 2009/04/01

Corresponding Address

Shimmenes Kamacael Pereira
Rua Floriano Guilherme B. Dutra 47/404 –
Bonsucesso
CEP: 21041508 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil