

**REPORT OF CLINICAL CASE ARTICLE****UNILATERAL RIGHT BULLECTOMY SURGERY AND NURSING DIAGNOSIS: A REPORT CASE STUDY****CIRURGIA DE BULECTOMIA UNILATERAL DIREITA E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO****CIRÚGIA DE LA BULECTOMÍA UNILATERAL DERECHA Y LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: ESTUDIO DE CASO**

Rejane Marie Barbosa Davim¹, Eliane Santos Cavalcante², Richardson Augusto Rosendo da Silva³, Joana D'Árc de Souza Oliveira⁴, Ricardo Alves dos Santos⁵, Camila Fernandes da Silva Carvalho⁶

ABSTRACT

Objective: to know the functioning of an Adult Intensive Care Unit; to identify the responsibilities and duties of nursing staff in this sector, to monitor a patient's detailed study of its pathology and surgery who underwent, a Unilateral Right Bullectomy; serve as assessment of Technical Expertise in Adult Intensive Care of Natal Nursing School / UFRN. **Methodology:** this is a descriptive study with case study type. The sample consisted of one patient admitted to the Adult Intensive Care Unit of the Onofre Lopes University Hospital after being admitted to the 10th ward of this hospital, diagnosed with lung bubble as a sequel of pulmonary tuberculosis. **Results:** data were analyzed based on the observation, analysis and assessment in the care of postoperative, NANDA grading system, Theory of Basic Human Needs, literature, the patient's medical records and interviews with history. **Conclusion:** the study allowed us to visualize the role of nursing staff in the context of the Intensive Care Unit Adult in order to provide comprehensive, humane and quality care of the patient. **Descriptors:** intensive care units; nursing; diagnosis; adult health.

RESUMO

Objetivo: acompanhar uma paciente em estudo sistematizado sobre sua patologia e procedimento cirúrgico, uma Bulectomia Unilateral Direita; descrever as atribuições de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso. A amostra foi composta por uma paciente admitida na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes após ter sido internada na 10ª enfermaria do hospital em questão, com diagnóstico de Bolha Pulmonar como sequela de tuberculose. **Resultados:** os dados foram analisados com base na observação, análise e apreciação no processo do cuidar pós-operatório, sistema de classificação da NANDA, teoria das Necessidades Humanas Básicas, pesquisa bibliográfica, prontuário da paciente e entrevista com anamnese. **Conclusão:** o estudo permitiu visualizar o papel da equipe de enfermagem no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Adulto no intuito de prestar assistência integral, humanizada e de qualidade ao paciente. **Descritores:** unidades de terapia intensiva; enfermagem; diagnóstico; saúde do adulto.

RESUMEN

Objetivo: conocer el funcionamiento de una Unidad de Terapia Intensiva de Adultos; identificar las competencias y atribuciones del equipo de enfermería en este sector, acompañar una paciente en estudio detallado sobre su patología y procedimiento quirúrgico por la cual fue sometida, específicamente, una bulectomía unilateral derecha; servir de evaluación de la Especialización Técnica en Terapia Intensiva Adulto de la Escuela de Enfermería de Natal/UFRN. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo del tipo estudio de caso. La muestra fue compuesta por una paciente admitida en la Unidad de Terapia Intensiva Adulto del Hospital Universitario Onofre Lopes después de haber sido internada en la 10ª enfermería del hospital en cuestión, con diagnóstico de Burbuja Pulmonar como secuela de tisis. **Resultados:** los datos fueron analizados con base en la observación, análisis y apreciación en el proceso de lo cuidar postoperatorio, sistema de clasificación de la NANDA, teoría de las Necesidades Humanas Básicas, pesquisa bibliográfica, histórico de la paciente y entrevista con anamnesis. **Conclusión:** el estudio permitió visualizar el papel del equipo de enfermería en el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva Adulto en el intuito de prestar asistencia integral, humanizada y de cualidad al paciente. **Descriptor:** recursos humanos; unidades de terapia intensiva; enfermería; diagnóstico; salud del adulto.

¹Enfermeira Obstetra, Professora Doutora Associado I do Departamento de Enfermagem/UFRN; Membro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN; Consultora de Periódicos Científicos. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br; ²Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN; Professora Mestre da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: elianeufrn@hotmail.com; ³Enfermeiro, Professor Doutor do Departamento de Enfermagem/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira Especialista do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal/RN; Mestre em Saúde Ocupacional/UFRN. Email: joanaenfa@hotmail.com; ⁵Químico, Professor do Ensino Fundamental e Profissional do SESI/RN. Natal (RN), Brasil. E-mail: reasquimico@bol.com.br; ⁶Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN, Bolsista de Iniciação Científica/PIBIC/CNPq. Natal (RN), Brasil. E-mail: camilafscarvalho@gmail.com

INTRODUÇÃO

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local onde se concentram pacientes em estado crítico ou de alto risco, passíveis de recuperação, os quais são submetidos a intervenções e procedimentos invasivos. Tem como objetivo a recuperação pós-operatória desses pacientes num local que concentre equipamentos, materiais e pessoal treinado para o seu adequado tratamento e cuidado.¹

A equipe de enfermagem que atua em UTI precisa estar preparada no aspecto pessoal que envolve valores, responsabilidade, envolvimento vocacional e intelectual, visto ser este um setor que, além do aparato tecnológico excessivo tem suas especificidades, como alta complexidade dos pacientes que nelas estão inseridos.²

A criação da UTI ocorreu por volta dos anos 60, quando as técnicas sofisticadas de tratamento e instrumentação sofreram grande avanço na medicina, implicando na necessidade de implantar e/ou ampliar nos hospitais, um local destinado a atender e tratar pacientes com risco de vida. Para que a mesma atendesse sua finalidade, requeria pessoal integrante de responsabilidade e conhecimento técnico-científico, de modo a proporcionar maior conforto e segurança ao paciente, garantir prevenção e controle dos riscos por meio de assistência adequada, assepsia, integração de esforços e habilidades, utilizando técnicas de comunicação e de relações humanas. Na UTI, todas as atividades exigem estado permanente de alerta, haja vista que em segundos, decide-se sobre a vida do paciente.²

A partir destas considerações, este trabalho teve como objetivos conhecer o funcionamento de uma UTI; identificar as competências e atribuições da equipe de enfermagem neste setor, acompanhar um paciente, realizando estudo detalhado sobre sua patologia e procedimento cirúrgico ao qual foi submetido. Optou-se, então por uma paciente com Bolha Pulmonar, na qual foi realizada uma bullectomia unilateral do pulmão direito.

REVISÃO DA LITERATURA

● A Unidade de Terapia Intensiva

A UTI foi criada pela necessidade em oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que porventura tivessem chances de sobreviver; destina-se a internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial gravidade. É de alta

complexidade, reservada e única no ambiente hospitalar, já que se propõe a estabelecer monitorização completa do paciente e vigilância 24 horas. As doenças são inúmeras o que torna muito difícil a compreensão de todas, sendo os mecanismos de morte poucos e comuns a todas as doenças. É atuando diretamente nos ditos mecanismos de morte que o médico intensivista tira o paciente de um estado crítico de saúde com perigo iminente de morte, deixando o mesmo em condições que possibilitem continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado.¹

Os profissionais que atuam nestas unidades complexas são designados intensivistas e a equipe de atendimento é multiprofissional e interdisciplinar, constituída por diversas profissões: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. As UTI a partir da década de 1930 transformaram o prognóstico, reduzindo os óbitos em até 70%. Atualmente, todas as especialidades utilizam-se das unidades intensivas, principalmente para controle de pós-operatório de risco.²

É importante tanto para o paciente como para família, compreender a UTI como etapa fundamental para superação da doença, porém tão importante é aliviar e proporcionar conforto independente do prognóstico. A equipe está orientada no respeito à dignidade e à autodeterminação de cada pessoa internada, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos, buscando amenizar os momentos vivenciados do paciente e família. A UTI é sem dúvida muito importante para o avanço terapêutico, porém impõe nova rotina, com separação do convívio familiar e dos amigos, que pode ser amenizada com visitas diárias. Outro aspecto importante é a interação família-paciente com a equipe, apoiando e participando das decisões médicas.

A UTI tem suas origens nas salas de recuperação pós-anestésicas (RPA), onde os pacientes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham suas funções vitais (respiratória, circulatória e neurológica) monitorizadas, sendo instituídas medidas de suporte quando necessário até o término dos efeitos residuais dos agentes anestésicos. Foi idealizada como unidade de monitoração de paciente grave pela enfermeira Florence Nightingale. Em 1854, inicia-se a Guerra da Criméia na qual Reino Unido, França e Turquia declaram guerra à Rússia. Em condições precárias, a taxa de mortalidade atingiu 40% entre os soldados hospitalizados.²

Peter Safar, o primeiro médico intensivista, nasceu na Áustria, filho de médicos, e migrou para os Estados Unidos após permanecer no campo de concentração nazista. Formou-se médico anestesista e na década de 1950 estimulou e preconizou o atendimento de urgência-emergência. Ainda nesta época formulou o ABC primário, em que criou a técnica de ventilação artificial boca a boca e a massagem cardíaca externa. Para estes experimentos, contava com voluntários de sua equipe os quais eram submetidos à sedação mínima. Ainda, por meio de experimentos, concretizou para o paciente crítico as técnicas de manutenção de métodos extraordinários de vida. Na cidade de Baltimore estabeleceu a primeira UTI cirúrgica e em 1962, na Universidade de Pittsburgh, criou a primeira Disciplina de Medicina de Apoio Crítico nos Estados Unidos. Iniciou os primeiros estudos com indução da hipotermia em pacientes críticos. Como últimas contribuições elaborou os projetos das ambulâncias-UTI de transporte, fundou a Associação Mundial de Medicina de Emergência e foi co-fundador da SCCM (*Society of Critical Care Medicine*), da qual foi presidente em 1972.²

As causas mais importantes de internações em UTI em geral, são as infecções respiratórias ou urinárias que recebem tratamento com antibióticos de última geração e de amplo espectro de ação contra bactérias. Os procedimentos cirúrgicos de pequeno porte podem ser necessários. Nas situações emergenciais, são realizados pelo intensivista e, na rotina, pela equipe cirúrgica especializada de apoio do hospital. A traqueostomia não é recomendada por longos períodos, em virtude de lesões que podem ocorrer na traquéia e laringe. Não há tempo específico recomendado, cabendo ao intensivista a indicação e recomendação desse procedimento. Também de relevância na internação são as drenagens torácicas, catéter de diálise peritoneal, exames complementares de rotina, gasometria, radiologia, dentre outros.²

• Equipe multiprofissional e interdisciplinar da UTI²

Médico intensivista: o médico especializado e dedicado exclusivamente ao atendimento do paciente na UTI possui conhecimento clínico e cirúrgico, capaz de diagnosticar, medicar e realizar procedimentos complexos emergenciais. A especialidade é definida como Medicina Intensiva, reconhecida mundialmente com certificações específicas. Cabe a este profissional evoluir e medicar diariamente os pacientes internados, nos aspectos

nutricionais, cardiológicos, pulmonares, neurológicos, entre outros. Responde integralmente pela condução e responsabilidade da UTI como um todo.

Enfermeiro intensivista: enfermeiro com formação para o atendimento de pacientes de alta complexidade, com grande dependência no leito. Supervisiona a ação do grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem, como a higienização, controle das medicações e prescrições, tendo papel assistencial fundamental.

Fisioterapeuta intensivista: a fisioterapia no paciente crítico é fundamental para manutenção e prevenção de vários aspectos da fisiologia em virtude da dependência total ou parcial, que podem culminar na chamada Síndrome do Imobilismo. Na Síndrome há diminuição do trofismo muscular, emagrecimento, retração de tendões e vícios posturais que podem provocar contrações permanentes e no dorso (costas), as chamadas úlceras de pressão. A assistência ventilatória é outra necessidade fundamental realizada pelo fisioterapeuta, que efetua higienização brônquica diária, com técnicas específicas e controle do ventilador mecânico, juntamente com o médico.

Técnico em enfermagem: técnico em enfermagem com especialidade e/ou experiência no cuidado a pacientes de alta complexidade, assim como habilidade técnica e conhecimento específico da área.

• O pós-operatório de cirurgias torácicas

As cirurgias de tórax podem ter a finalidade de diagnóstico, terapêutico ou diagnóstico-terapêutico, diversas causas podem estar associadas a esse procedimento, entre elas a frequência de carcinoma broncogênico, os traumas de tórax, o transplante pulmonar, a cirurgia cardíaca, toracocentese e a drenagem torácica comuns na rotina hospitalar. É neste contexto que os traumas de tórax ocupam posição de destaque, sendo responsáveis por grande parte dos óbitos, aproximadamente 20%, onde frequentemente os pulmões são os órgãos mais afetados. Pacientes com trauma de tórax sofrem com alterações na parede da caixa torácica, nas pleuras e nos pulmões propriamente, seguidos de alterações funcionais variadas. Entende-se que no trauma de tórax, o suporte ventilatório mecânico não é desejável e que deve ser aceito como um mal necessário, visto que a pressão positiva pode agravar com fístulas broncopleurais.³

• Bolhas enfisematosas

Bolhas enfisematosas correspondem a uma alteração subpleural ou intraparenquimatosa do espaço aéreo pulmonar, de diâmetro

maior que um centímetro. São circundadas por uma parede externa fibrosa constituída por pleura visceral, restos de septos alveolares, vasos sanguíneos e pigmento antracótico. Seu interior é repleto de ar e, em alguns casos, dividido por septos de tecido conjuntivo. As bolhas podem ser de ocorrência única ou múltipla, podendo estar presentes em apenas um ou em ambos os pulmões. Quando ocupam um terço ou mais do volume de um hemitórax, recebem a denominação de bolhas enfisematosas gigantes. Geralmente as bolhas pulmonares podem ser consequentes de tuberculose, sarcoidose, linfangioleiomiomatose, inalação de cocaína, trauma das vias aéreas e, em alguns casos, podem ter natureza congênita.⁴

Diversas técnicas operatórias foram propostas nos últimos 50 anos para o tratamento das bolhas enfisematosas sendo que, atualmente, duas abordagens têm sido especialmente utilizadas: a bulectomia por toracotomia e a bulectomia por cirurgia torácica videoassistida.⁴

De maneira geral, os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico das bolhas enfisematosas apresentam bons resultados clínicos e funcionais no longo prazo, além de elevada sobrevida em cinco anos. Entretanto, operações de bolhas enfisematosas habitualmente relacionam-se a elevada morbidade, em especial, no período perioperatório. Insuficiência respiratória, complicações infecciosas, especialmente empiema pleural e pneumonia, fístula broncopleural e enfisema de tecido celular subcutâneo constituem exemplos comuns de complicações desse tipo de operação que, em algumas situações, têm consequências fatais. A ressecção das bolhas enfisematosas volumosas potencialmente melhora de modo significativo a função respiratória e os sintomas, sendo justificável mesmo na vigência de enfisema pulmonar difuso grave. Por outro lado, a maior parte dos indivíduos sintomáticos não operados, morre no espaço de alguns meses.⁵

Atualmente, admite-se que os doentes sintomáticos devem ser operados sempre que as condições clínicas o permitirem, sendo a dispnéia a principal indicação operatória. Existem quatro tipos de Bulectomia: Bulectomia por toracotomia: procedimento cirúrgico em que há abertura da pleura; a cavidade torácica deve ser drenada para favorecer a adequada reexpansão pulmonar e permitir o escoamento de sangue, de líquido e de ar. Bulectomia por cirurgia torácica videoassistida, Drenagem de bolha por cirurgia torácica videoassistida e Drenagem de bolha com anestesia local.⁵

• Conduta de enfermagem no pós-operatório de bulectomia

A equipe de enfermagem deve ficar atenta para que não ocorra perda de drenos, cateteres e sondas, hipoventilação ou extubação acidental durante a transferência desse paciente da maca cirúrgica para o leito de UTI. As condutas iniciais de admissão são: posicionar adequadamente no leito, conectar o paciente no respirador; monitorização inicial; colocar oxímetro de pulso; monitorização hemodinâmica; aferir pressão arterial média; identificar acessos vasculares como infusão de drogas; realizar hidratação venosa; colocar cateteres para monitorizações; aferir pressão venosa central (PVC); aferir pressão arterial média (PAM); aferir pressão de átrio esquerdo (PAE); abrir e manipular corretamente os drenos torácicos e de mediastino; realizar ECG de admissão; realizar anotação inicial no volume liberado dos drenos de tórax e mediastino obedecendo ao valor do selo d'água estabelecido como rotina; verificar sondas nasogástrica e vesical; averiguar posição de cânula traqueal por meio da ausculta, assim como sua fixação adequada (anotar o número da posição); após estabilização, o enfermeiro deverá realizar evolução baseado numa avaliação física inicial: coloração da pele e mucosas, enchimento capilar, grau de hidratação, ruídos adventícios, fonese de bulhas e exame físico geral. O sangramento (drenos de tórax e mediastino) é a complicação de maior importância, devendo ser avisada se o fluxo de sangramento for > que 150 ml/h. A hipertensão e a hipotensão arterial devem ser controladas rapidamente, haja vista seu reflexo nas coronárias ou nas pontes recém-confeccionadas, que é extremamente maléfico. O controle dos sinais vitais monitorados de 1/1h (nas primeiras 12 h), bem como a vigilância intensiva relacionada ao aparecimento de qualquer arritmia cardíaca.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL/UFRN) em Natal/RN, na Região Nordeste do Brasil, no período de 09 de março a 08 de abril de 2009, durante o turno vespertino, como estágio supervisionado da Especialização Técnica em UTIA.

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a pesquisa em prontuário após

escolha do caso em estudo, observação, pesquisa bibliográfica, sistema de classificação da NANDA, diagnóstico baseado na teoria das necessidades humanas básicas, prontuário da paciente e o boletim de sala.⁶

Com Florence Nightingale, a Enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade intuitiva e empírica. Diversos conceitos, teorias e modelos específicos para enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos com a finalidade de prestar assistência, ou seja, planejar ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, desenvolvendo um plano assistencial de enfermagem.⁷

Diante de tais considerações, é de fundamental importância ressaltar que na academia, os conhecimentos do enfermeiro precisam ser aprimorados por meio de disciplinas específicas que informem como cuidar dos indivíduos em seus aspectos físicos, sociais e emocionais em UTI, dando-lhes oportunidade ao cuidar específico, considerando a multidimensionalidade envolvida nesse processo.⁸

RESULTADOS

Identificação do paciente: Sexo feminino, 44 anos, Raça: branca, doméstica, casada e com 4 filhos, natural de Natal, procedente do Bairro de Felipe Camarão, com renda familiar de 2 salários mínimos, católica e com o ensino fundamental incompleto. Diagnóstico médico: Bolha pulmonar à direita por sequela de tuberculose e como queixa principal, tosse produtiva há dois meses.

História da doença atual (HDA) - Retirada do prontuário

Paciente referiu que há dois meses iniciou quadro de tosse produtiva, com expectoração amarelo-esverdeada associada à febre, dor em hipocôndrio direito e piora da dispnéia preexistente. Procurou assistência médica no pronto socorro do Hospital Santa Catarina,

onde realizou radiografia de tórax que evidenciou “caverna” com nível de líquido em hemotórax direito e pinçamento pleuro diafragmático à esquerda. Recebeu tratamento com antibiótico e submeteu-se a Tomografia Computadorizada de tórax, que revelou bolha pulmonar e, logo em seguida foi transferida para o serviço do HUOL a fim de realizar procedimento cirúrgico.

• Necessidades Humanas de Autocuidado

Afirma morar em casa de alvenaria com quatro filhos e companheiro. Boas condições de higiene, nutrição e hidratação. Sono, repouso e eliminações preservadas. Sedentária. Como recreação e lazer, gosta de assistir televisão. Católica. Atualmente está preocupada com a doença, a internação e a cirurgia, com os filhos e o companheiro que estão sob os cuidados da avó. Nega conhecimento sobre seu estado de saúde.

Diagnóstico médico inicial: tuberculose pulmonar recidivada e final, bolha pulmonar. Exames Complementares: Tomografia Computadorizada de Tórax com diagnóstico de bolha pulmonar à direita. Na Endoscopia revelou gastrite enantematosa leve. Exame de sangue apresentou anemia ferropriva moderada e processo infeccioso. ECG sem alterações. Risco cirúrgico cardiovascular Goldman II. AP: MV+, diminuído em ápice direito. Abdome distendido, flácido e indolor à palpação; MMII: pulsos presentes, sem edema.

A partir desses dados levantados, foi elaborado um plano assistencial de enfermagem direcionado aos problemas identificados na paciente em questão. Ressalta-se que estes dados foram extraídos do prontuário da paciente, norteando o plano exposto na Figura 1.

Problemas detectados	Prescrições	Aprazamento	Evolução	Justificativa
- Alterações sensoriais cenestésicas: dor e desconforto relacionados à incisão cirúrgica, risco de não retorno dos movimentos pós raqui.	- Analgésicos devem ser administrados conforme prescrição; - O paciente deve ser auxiliado a virar, tossir, respirar profundamente e deambular; - Uso de travesseiros ou faixa sobre a incisão pode reduzir a dor durante essas manobras; - Efetuar testes para verificar retorno dos movimentos.	- Primeiros dias de pós-operatório, na S.R.A..	- Relata diminuição da dor; - Imobiliza a incisão abdominal para diminuir a dor; - Evita alimentos que provoquem dor; - Usa analgesia pós-operatória, conforme prescrito.	- A localização da incisão faz com que o paciente evite movimentar-se e virar, bem como realizar a imobilização do local cirúrgico ao empreender respirações superficiais para evitar a dor.
- Troca de gases prejudicada, relacionada à incisão cirúrgica.	- Lembrar ao paciente da importância em fazer exercícios respiratórios a cada hora; - Incentivar a deambulação precoce.	- Primeiros dias do Pós-operatório.	- Demonstra função respiratória apropriada; - Pode empreender a excursão respiratória plena, com inspiração profunda e expiração; - Tosse com eficiência usando as mãos para imobilizar a incisão torácica; - Exercita-se conforme prescrito	- Os exercícios respiratórios são realizados a fim de expandir plenamente os pulmões e evitar a atelectasia; - A deambulação precoce impede as complicações pulmonares, bem como outras complicações como a tromboflebite.
- Integridade da pele alterada, relacionada à drenagem torácica depois da intervenção cirúrgica	- Conectar o dreno imediatamente a um frasco de drenagem; - Trocar os curativos de acordo com a necessidade; - Observar o paciente quanto às indicações de infecção e obstrução da drenagem pulmonar; - Observar e relatar drenagem, dor no hemitórax onde se encontra o dreno e drenagem ao redor do tubo e modificações nos sinais vitais.	- De uma a duas semanas do Pós-operatório.	- Exibe integridade cutânea normal ao redor do local da drenagem torácica; - Mostra-se sem febre, dor abdominal, alteração nos sinais vitais ou vazamento em torno do dreno; - Exibe diminuição gradual da drenagem torácica e coloração normal da urina e fezes.	- O dreno deve ser fixado inferiormente, com selo d'água, para que o paciente se movimente sem deslocá-lo ou torce-lo; - Trocar o curativo de acordo com a necessidade.
- Nutrição alterada, menor que as necessidades diárias, relacionada à dispnéia.	- Manter uma dieta nutritiva e evitar esforço prolongado.	- Sempre que necessário.	- Obtém alívio da intolerância alimentar; - Mantém a ingestão dietética adequada e evita alimentos que provoquem sintomas GI; - Relata ausência de náuseas, vômitos, diarreia, flatulência e desconforto abdominal.	- A dieta pode ser pobre em lipídios e rica em carboidratos e proteínas, logo depois da cirurgia; - A alimentação adequada ajuda no processo de cicatrização.
- Déficit de conhecimento sobre as atividades de autocuidado relacionados aos cuidados incisionais; - Modificações de dieta, medicamentos e sinais ou sintomas relatáveis (vômitos).	- Instruir quanto ao cuidado adequado com o dreno e saber relatar de imediato à enfermagem quaisquer alterações na quantidade ou características da drenagem; - Instruir sobre quais medicamentos são necessários e suas ações no organismo; -Informar ao paciente e família sobre os sintomas que devem ser relatados ao médico; - Monitorar possíveis complicações.	- Primeiros dias de pós-operatório.	- Mostrar-se livre de complicações; - Evidencia sinais e sintomas normais; - Relata ausência de sangramento proveniente do pulmão. - Relata retorno do apetite e nenhuma evidência de vômitos, distensão abdominal ou dor;	- Como o paciente pode receber alta hospitalar enquanto o sistema de drenagem ainda está instalado, o paciente e a família podem necessitar de instruções sobre seu tratamento; -No pós-operatório, os sinais vitais são monitorados de perto. A drenagem e as incisões são inspecionadas quanto ao sangramento e a avaliação é contínua quanto à

			- Lista os sintomas que devem ser relatados ao médico imediato.	sensibilidade aumentada em nível de tórax.
- Risco de alteração da temperatura corporal hipertermia.	- Administrar medicamentos prescritos pelo médico; - Procurar local ventilado e evitar cobrir-se; - Usar compressas de água fria, se necessário.	- Sempre que necessário.	- Febre diminuída.	- A cirurgia predispõe à febre, caso hajam complicações cirúrgicas.
- Hidratação - risco de déficit no volume dos líquidos.	- Incentivar hidratação e administrar soro.	- Sempre que necessário.	- Paciente hidratada.	- Drenos, vômitos e diarreia, favorecem desidratação. O soro e o incentivo à maior ingestão de líquido reidratam.
- Integridade física, segurança, conforto e autocuidado.	- Verificar curativos e drenagens; - Proteger o paciente se estiver inquieto, colocando-o em posição adequada; - Aquecê-lo; - Incentivar o autocuidado.	- Sempre que necessário, logo que a paciente possa deambular.	- Paciente segura e confortável; - Deambula e realiza o autocuidado precoce.	- A drenagem é importante para eliminar resíduos; - Proteger o paciente inquieto quando retorna da cirurgia, promove segurança. A posição adequada além de trazer conforto, evita úlcera de decúbito. Os curativos evitam contaminação e rápida cicatrização. Autocuidado auxiliar rápida recuperação e retorno ao lar.

Figura 1. Plano Assistencial de Enfermagem

RESULTADOS

O caso estudado e o marco teórico são compatíveis com a história clínica da paciente, de acordo com o que se segue:

✓ Ansiedade relacionada à experiência cirúrgica, risco de gerenciamento ineficaz do regime terapêutico relacionado ao déficit de conhecimentos sobre os procedimentos e, protocolos pré e pós-operatórios, alterações da nutrição, mobilidade física prejudicada, processos familiares alterados foram problemas atuais e futuros detectados pelos pesquisadores e estão congruentes com os diagnósticos da NANDA e Teoria das Necessidades Humanas Básicas, sendo possível elaborar uma prescrição de enfermagem, justificativa, aprazamento e evolução.

✓ Medicação prescrita está condizente com a patologia. Sintomáticos, anti-inflamatórios, antibióticos e analgésicos deverão ser usados, se necessário.

✓ Exames complementares solicitados (TC e raios X) esclarecem o quadro sugestivo de Bolha pulmonar.

✓ O tratamento realizado foi a Bulectomia pulmonar à esquerda, conduta indicada para casos de bolha pulmonar.

✓ A equipe de enfermagem atuante na UTI era composta de enfermeiro, técnicos de enfermagem e estagiários. Cada um exercendo sua função conforme apresentado no referencial teórico

✓ As medidas tomadas para manter um ambiente seguro tais como: assepsia, preparo, desinfecção e esterilização de materiais, equipamentos e superfícies, lavagem das mãos e paramentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho estudo de caso contribuiu para o processo de aprendizagem, adaptação do cuidado ao paciente em situação cirúrgica e o processo de trabalho da Enfermagem em uma UTI. A admissão da pessoa na UTI em pós-operatório imediato é um fenômeno complexo aqui abordado, apenas em alguns aspectos, que se constituíram fruto de observação.

Apesar de pouco prevalente, a bolha pulmonar apresenta morbidade elevada, podendo evoluir com comprometimento permanente em alguns casos. As queixas oculares iniciais e os achados clínicos foram inespecíficos para a realização do diagnóstico, havendo a necessidade de efetuar exames complementares que nem sempre são suficientes para defini-lo.

Do ponto de vista teórico-prático, a UTI é o local onde o paciente geralmente doente é submetido às mais diversas intervenções invasivas, bem como tem sua recuperação pós-operatória imediata, em casos de cirurgias de alta complexidade. Daí que a Enfermagem planeja, coordena as tomadas de precauções, cuidados e efetua os diversos procedimentos específicos a este setor, no intuito de prestar assistência integral,

Davim RMB, Cavalcante ES, Silva RAR da et al.

Unilateral right bullectomy surgery and nursing...

humanizada e de qualidade, garantindo êxito da cirurgia.

Nesse ambiente, a vida diária da enfermeira, como administradora e coordenadora da assistência de enfermagem, está inserida em um mundo compartilhado com o outro (ser humano), sendo, portanto, um mundo comum que pode ser vivenciado e interpretado por todos. Interagindo com os outros e sendo por esses afetada. A enfermeira como coordenadora do cuidar pode estabelecer relacionamento mútuo de comunicação terapêutica, envolvendo a equipe multiprofissional e a pessoa necessitada de cuidados complexos que por sua natureza requerem conhecimento, destreza e qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Benedet SA, &bub MBC. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação da NANDA. 2ª Ed. Florianópolis: Bernúncia Editora; 1998/2001.
2. Botter M, Saad Júnior R, Botter DA, Rivabem JH, Gonçalves R, Dorgan Neto V. Tratamento operatório das bolhas pulmonares gigantes. Rev Assoc Med Bras[periódico de Internet]. 2007[acesso 15 set 2009]; 53 (3): 217-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a17v53n3.pdf>
3. Campos AA, Silva ÉAL, Bannagia FCL, Santos LS, Gomes VM. Cuidados de enfermagem individualizados a pacientes portadores de úlceras de pressão. Rev Meio Amb Saúde[periódico na Internet]. 2007[acesso em 2009 Set 20];2(1):22-32. 1999 32. Disponível em: http://www.frmp.usp.br/revista/1999_hm
4. Greenberg JA, Singhal S, Kaiser LR. Giant bullous lung disease: evaluation, selection, techniques, and outcomes. Chest Surg Clin Noth AM. [periódico de Internet]. 2003 [acesso em 2009 Set 20]; 13(4):631-49. Disponível em: [http://www.theclinics.com/periodicals/csc/article/S1052-3359\(3\)00095-4/fulltext.pdf](http://www.theclinics.com/periodicals/csc/article/S1052-3359(3)00095-4/fulltext.pdf)
5. Gome A. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988.
6. Knobel E. Condutas no paciente grave. v. 1. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
7. Possari J. Sistematização da Assistência de Enfermagem. São Paulo: Artmed; 2002.
8. Juliana JF, Bárbara TS, Edison L, Silvana SCS. Workers' relation of nursing with old aged hospitalized and their familiars. Rev enferm UFPE on line[periodic na internet]. 2008 out./dez[acesso em 2009 Out

18];2(4):365-72. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/321>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/09/29
Last received: 2011/05/28
Accepted: 2011/05/29
Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence:

Rejane Marie Barbosa Davim
Residencial Villaggio Di Firenze
Av. Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Apt. 402,
Lagoa Nova
CEP: 59056-300 – Natal(RN), Brazil