

**Estudo de caso****SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE WILSON**

Clívia Maria Souza dos Santos\*

Orientadora: Profa. Patrícia Rezende do Prado\*\*

**RESUMO**

A enfermeira através da metodologia científica do Processo de Enfermagem planeja os cuidados a serem oferecidos aos pacientes de forma sistemática e individualizada. O paciente portador da doença de Wilson, patologia rara onde ocorre um acúmulo de cobre no organismo, pode beneficiar-se com os cuidados planejados por esta metodologia. O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem em uma paciente portadora da Doença de Wilson hospitalizada em um hospital de ensino da cidade de Rio Branco no Estado do Acre. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento baseado no modelo conceitual de Wanda Horta (1979) e Jarvis (2002). Os diagnósticos de enfermagem encontrados segundo referencial da NANDA (2008) foram: nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, eliminação urinária alterada, constipação, padrão respiratório ineficaz, perfusão tissular ineficaz, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/ higiene, déficit no autocuidado para higiene íntima, déficit no autocuidado para alimentação, déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, comunicação verbal prejudicada, percepção sensorial cinestésica perturbada, processos do pensamento perturbados, risco para tensão do papel do cuidador, risco de aspiração, desobstrução ineficaz das vias aéreas e integridade da pele prejudicada. A utilização do Processo de Enfermagem possibilita planejamento da assistência e reconhecimento profissional.

\* Discente do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre – UFAC.

\*\* Docente da Universidade Federal do Acre do curso de Enfermagem. Graduada pela Universidade de São Paulo - USP Ribeirão Preto e Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

## 1 - INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PE) foi desenvolvido a partir das teorias de enfermagem na década de 70 e consolidado no Brasil em 1979 por Wanda de Aguiar Horta. O PE é um método organizado e sistematizado de cuidar em enfermagem tornando possível a identificação das necessidades do paciente. Portanto, utiliza-se o Processo de enfermagem como método para Sistematizar a Assistência de Enfermagem (SAE). Desta forma, os cuidados de enfermagem são planejados visando uma maior eficácia, conforto físico e mental do cliente (HORTA, 1979).

Atualmente o PE é desenvolvido em cinco fases. O **Histórico de Enfermagem** é a primeira fase e é composto pela anamnese e o exame físico do paciente. A partir de um eficiente Histórico já identificamos os potenciais problemas ou necessidades de enfermagem, ou seja, os **Diagnósticos de Enfermagem**. A terceira etapa é o **Planejamento da Assistência de Enfermagem** onde realizamos a prescrição dos cuidados que serão oferecidos ao paciente e os realizamos na quarta fase denominada de **Implementação**. A última fase é a **Avaliação** de toda a assistência realizada onde observamos se o plano de cuidados atendeu às necessidades da paciente ou se precisamos modificá-lo (HERMIDA, 2004).

A SAE é um poderoso veículo que requer pensamento crítico e criativo para desenvolver uma assistência de qualidade e boa relação custo/benefício, desenvolvendo um ambiente de assistência à saúde multidisciplinar e tem seu respaldo legal através do COFEN pelo artigo 272/2002 (COFEN, 2002). Além disso, é um documento que descreve o cuidado e a evolução do cliente mediante a prescrição das intervenções de enfermagem, sendo oportuno para associar teoria à prática, refletir criticamente, observar e atuar ativamente no cuidado de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade assistencial, principalmente em pacientes críticos e que requerem maior planejamento para sua assistência como os pacientes com doença de Wilson (NAUDERER e LIMA, 2005).

A Doença de Wilson foi descrita pela primeira vez pelo neurologista Kinnear Wilson (1878-1937), em 1912. A Doença de Wilson ou degeneração hepatolenticular é uma doença genética onde existe um defeito no metabolismo do cobre. Sua principal característica é o acúmulo de cobre nos tecidos manifestando sintomas neurológicos e distúrbios hepáticos. Aproximadamente 1 em 30.000 indivíduos são homocigotos para essa doença, sendo que os

heterozigotos não desenvolvem a doença e não precisam ser tratados (RODRIGUES e DALGALARRONDO, 2003; WILSON, 1912).

Os primeiros sintomas surgem muitas vezes na adolescência (embora a acumulação de cobre comece desde o nascimento) e podem ser confundidos com os de uma hepatite infecciosa ou mononucleose. A acumulação de cobre afeta, sobretudo, o fígado originando frequentemente hepatomegalia, icterícia e hepatite podendo culminar em cirrose ou falência hepática fulminante, quando não tratada (RODRIGUES e DALGALARRONDO, 2003).

Além destes sintomas também podem estar presentes nefrolitíase (cálculos renais, conhecidos como "pedra no rim"), anemia hemolítica, problemas cardíacos (arritmias), dermatológicos e manifestação oftálmica (aparecimento do anel de Kayser-Fleischer). Nas mulheres podem surgir menstruações irregulares ou mesmo ausentes, infertilidade ou abortos espontâneos (RODRIGUES e DALGALARRONDO, 2003).

O quadro clínico é consequência da intoxicação geral dos tecidos pelo cobre. De acordo com a idade, determinados tecidos são mais acometidos. Nas crianças, o fígado é o órgão principal envolvido (SHERLOCK e DOOLEY, 2004).

O diagnóstico da doença é feito principalmente pelo nível de cobre na urina de 24 horas (maior que 100 microgramas/24hs), cobre no sangue, contagem de ceruloplasmina no sangue, verificação da existência do anel de Kaiser-Fleischer nos olhos (não é específico). Se necessário, é indicado à biopsia do fígado e freqüentemente anormalidades no cérebro podem ser diagnosticadas pelo exame de ressonância magnética. Outros exames que podem ser úteis são a Tomografia Computadorizada e o Eletro Encefalograma. É muito importante fazer o diagnóstico brevemente porque o tratamento visa remover o excesso de cobre acumulado e prevenir um novo acúmulo. O tratamento deve ser mantido para o resto da vida e iniciado logo que diagnosticada a doença (TEIXEIRA, 2004).

A D-Penicilamina é considerada como padrão ouro no tratamento. Este medicamento quebra o cobre para excreção urinária. A Trientina (dicloridrato de trietilenotetramina) não possui efeitos colaterais graves, mas é mais cara que o anterior e aumenta a excreção urinária de cobre e interfere na absorção intestinal. É o fármaco mais seguro para iniciar o tratamento em pacientes assintomáticos. Constitui uma alternativa em casos de intolerância ao D-penicilamina (AGUILLAR, 2003).

O objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo de caso com uma paciente portadora da Doença de Wilson com a finalidade de identificar os diagnósticos de enfermagem.

## **2 – CASUÍSTICA E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso realizado com uma paciente portadora da Doença de Wilson que permaneceu hospitalizada em um hospital de ensino da cidade de Rio Branco/AC.

Os dados foram coletados através de um instrumento devidamente estruturado com o modelo conceitual de Horta (1979) e o referencial de Jarvis (2002), contendo as variáveis independentes: *Dados Biográficos, Motivo pelo qual buscou atendimento, História da Doença Atual, História Patológica Progressiva, História Familiar, Revisão dos Sistemas e Atividades da Vida diária.*

A paciente foi avaliada por dois meses, no ano de 2009 e os dados identificados foram submetidos a um processo de raciocínio com o estabelecimento dos Diagnósticos de Enfermagem baseados na Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008) e a prescrição dos cuidados de enfermagem, para os referidos diagnósticos, foram elaboradas utilizando-se o referencial da NIC (2008). A NANDA e a NIC são literaturas de reconhecimento internacional que objetivam a padronização da comunicação da assistência de enfermagem.

Os princípios de confiabilidade dos dados obtidos, manutenção da autonomia da participante, sigilo à identificação pessoal e beneficência/não-maleficência dos propósitos foram respeitados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (UFAC) e teve a permissão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Paciente do sexo feminino, 28 anos, solteira, parda, brasileira, natural do Município de Bujari - AC, evangélica e estudante do ensino médio. Em novembro de 2008, apresentou perda da capacidade motora e das funções cognitivas, hipertonia, rigidez articular, disfagia e afasia, motivos pelos quais a mãe da paciente procurou assistência médica e a paciente foi hospitalizada. Durante o período de internação evoluiu com pneumonia nosocomial, infecção

do trato urinário por fungo, sendo encaminhada para UTI devido à gravidade do quadro neurológico. Em dezembro de 2008 foi transferida para a UTI do Hospital de Ensino de Rio Branco por motivo de vaga. Nesta UTI apresentou melhora do quadro geral sendo transferida para a Clínica Médica Feminina (CMF). A mãe relata que a paciente aos quatorze anos de idade apresentou quadro de choro intenso, depressão e psicose, dificuldades de deambular e de articular palavras. Foi avaliada em Rio Branco, porém, seu diagnóstico não foi concluído sendo encaminhada para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para Brasília onde ficou hospitalizada no Hospital Sarah Kubitschek. Após extensa triagem para a avaliação clínica foi diagnosticada como portadora da *Doença de Wilson*. Segundo relatório médico do hospital o diagnóstico foi realizado após avaliação da dosagem da ceruloplasmina que se encontrava baixa; o fundo de olho que mostrou presença de anel de Kayser-Fleischer e dosagem do cobre no sangue e urina em níveis elevados. Após a confirmação da patologia e início do tratamento, a paciente evoluiu de forma estável e positiva, deambulando com excelente desenvoltura, não tendo sido observada piora do quadro nos últimos anos, com melhora da capacidade de linguagem e comunicação, conseguindo se expressar de maneira adequada, realizando tratamento medicamentoso com D-Penicilamina 500mg de 12/12h e Prozac ½ comprimido de 200mg de 12/12h. Prosseguiu o acompanhamento em Brasília semestralmente para fazer exames de rotina. Em 2003, segundo informação da mãe, a paciente suspendeu a medicação por conta própria estimulada pelo namorado. A mesma levava uma vida normal, estudava e namorava e em meados de 2006 a doença começou a evoluir de forma negativa com perda progressiva das funções motora, cognitiva e alterações na expressão verbal. Segundo informação da irmã da paciente, seu irmão também é portador da doença de Wilson e interrompeu a medicação, sendo esta irmã a única dos três irmãos que não é portadora da doença e refere não existir outros portadores na família. Durante a infância apresentou sarampo, catapora, pneumonia e a mãe relata que ela possui todas as imunizações em dia; menarca aos 15 anos, nunca se hospitalizou ou realizou cirurgias até o momento. Durante esta hospitalização faz uso dos medicamentos: ciprofloxacino 400 mg EV 12 /12 h, vancomicina 1 g EV 12/12 h, ceftazidima 1 g EV 4/4 h, plasil EV 8/8 h se náuseas e/ ou vômitos, Dipirona EV 6/6 hs, Hidantal EV 8/8 h, Nbz: berotec10 gts, Lasix 20 mg IV as 08 h, Ranitidina EV 12/12h, Complexo B EV 12 /12 h, Ácido fólico 1 cp por SNG 1x dia, Cetoprofeno 100 mg EV 12 /12 h, Curativo de papaína 2% em escara do pé 2 x dia, Tramal 100 mg EV 12/12 h, Gardenal 200 mg IM 12/12 h, Terbutalina 0,25 mg SC 8/8 h, Hidrocortisona 200 mg EV 8/8 h, O<sub>2</sub> úmido sob máscara de venturi 50 % 12 l/min, Maxitrol colírio 2 gotas 2 x dia,

compressa gelada no olho 2x dia, Fleet enema 12/12h, Aminofilina EV, 12/12h. *Ao exame físico* apresentou-se acamada, inconsciente, emagrecida, hipocorada, com turgor diminuído, distribuição equânime dos pêlos, cabeça simétrica sem alterações, couro cabeludo em boa higiene, língua saburrosa, ausência de linfonodos palpáveis em região cervical, secreção purulenta no globo ocular direito, não contactua visualmente, alimentação por sonda nasogástrica (SNG). Tórax simétrico sem deformidades, taquidispneica, FR: 28 mov/min, em uso de máscara de venturi 50% 12 l/min, à ausculta pulmonar apresentou murmúrios vesiculares diminuídos, com roncos e sibilos difusos, estertores crepitantes em base e terço médio do hemitórax direito (HTD), abdômen escavado e flácido, ruídos hidroaéreos presentes, porém diminuídos, com 3 mov/min, sem visceromegalias ou massas palpáveis, evacuação ausente há quatro dias sendo que a mãe referiu que a paciente evacuava diariamente. Em uso de sonda vesical de demora sistema fechado, diurese de coloração amarelo-escuro, com sedimentos e volume de 200ml/12hs, sendo diagnosticada infecção urinária, úlcera de pressão na região sacral, de grau II, medindo cerca de 2 x 3 cm, apresentando tecido de granulação, com pouca quantidade de exsudato, edema na região genital, sem corrimento vaginal. MMSS apresentando edema, rede venosa de difícil visualização, acesso venoso no MSD, abocath nº 22, com SF 0,9%, 28 gts/min, atonia e paresia dos MMSS. Nos MMII apresentou edema ++/++++, atonia, paresia, queda plantar e ulcera de pressão no calcâneo do pé direito. Paciente dependente da família e da equipe de enfermagem que realizam higiene corporal no leito uma vez ao dia, gostava de namorar, passear, ir ao culto aos domingos, não tabagista, não etilista. Durante a entrevista, a mãe e irmã apresentaram-se calmas, colaborativas, exaustas e orientadas quanto à gravidade do quadro clínico da paciente. SSVV: PA: 110/50 mmhg, FC: 100 bpm, FR: 28 mov/min, Tax: 36,5° C.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Através do *Histórico de Enfermagem*, primeira etapa do Processo de Enfermagem, foram categorizados e estabelecidos **17 Diagnósticos de Enfermagem** baseados no referencial teórico da NANDA (2008) e que estão expostos na tabela 1 e serão discutidos neste estudo. O referencial da NIC (2008), reconhecido internacionalmente, foi utilizado para a prescrição das intervenções de enfermagem.

**Tabela 1. Diagnósticos de enfermagem identificados na paciente portadora da Doença de Wilson.**

<i>Diagnósticos de Enfermagem</i>
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
Eliminação urinária alterada
Constipação
Padrão respiratório ineficaz
Perfusão tissular ineficaz
Mobilidade Física Prejudicada
Déficit no autocuidado para banho/ higiene
Déficit no autocuidado para higiene íntima
Déficit no autocuidado para alimentação
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se
Comunicação verbal prejudicada
Percepção sensorial cinestésica perturbada
Processos do pensamento perturbados
Risco para tensão do papel do cuidador
Risco de aspiração
Desobstrução ineficaz das vias aéreas
Integridade da pele prejudicada

Fonte: Pesquisa de campo, 2009.

- **Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais** relacionada a fatores biológicos (patologia), incapacidade de ingerir os alimentos e danos cognitivos e neurológicos caracterizado por emagrecimento, pele ressecada e mucosas hipocoradas.

Intervenções de Enfermagem: solicitar a avaliação da nutricionista, administrar a dieta conforme prescrição; administrar a dieta lentamente para que não cause diarreia; estimular/oferecer refeições em pequenas quantidades e em intervalos menores por SNG; pesar a paciente semanalmente se possível; estimular/oferecer ingesta hídrica; anotar rigorosamente a ingesta e as eliminações da paciente; realizar a higiene oral após as refeições; lavar a sonda com água filtrada após o término da dieta e administrar complexo vitamínico conforme a prescrição.

- **Eliminação urinária alterada** relacionada à infecção no trato urinário e uso de sonda vesical de demora caracterizada por sedimentos em bolsa coletora, diagnóstico médico de infecção urinária e volume urinário 200 ml/12h.

Intervenções de Enfermagem: realizar controle rigoroso de diurese 24h; observar odor, volume, cor e presença de sedimentos; realizar a troca da SVD obedecendo às técnicas assépticas a cada 15 dias; utilizar sistema fechado; hidratar a paciente pela SNG conforme prescrição médica e administrar antibióticos prescritos.

- **Constipação** relacionada à imobilidade física, mudança de ambiente (hospital), uso de sondagem nasogástrica caracterizada por ausência de evacuações e ruídos hidroaéreos diminuídos (3mv/min).

Intervenções de Enfermagem: oferecer alimentos ricos em fibras e líquidos; explicar ao cuidador sobre a importância da ingestão adequada de líquidos e fibras; avaliação do fisioterapeuta quanto à atividade física; solicitar a avaliação da nutricionista; administrar fleet enema conforme prescrição médica.

- **Padrão respiratório ineficaz** relacionado à dano perceptivo, cognitivo, musculoesquelético e disfunção neuromuscular caracterizado por taquipnéia, uso de máscara de venturi 50% e utilização de musculatura acessória.

Intervenções de Enfermagem: elevar a cabeceira do leito a 45° - 60°; supervisionar e administrar as nebulizações no horário conforme prescrição médica; realizar aspiração conforme a quantidade de secreção; monitorar o estado respiratório; substituir máscara de venturi, tubos e conexões frequentemente, conforme a rotina do hospital; avaliar com frequência as condições do paciente e sinais de hipóxia; observar se a máscara ou catéter estão bem adaptados e em bom funcionamento; oferecer ingestão hídrica por SNG; administrar broncodilatadores, O<sub>2</sub> e antibióticos conforme prescrição; comunicar equipe médica para solicitação da fisioterapia respiratória.

- **Perfusão tissular ineficaz** relacionada à hipovolemia, descompasso entre ventilação e fluxo sanguíneo caracterizado por dificuldade de deglutição, mudanças na resposta motora, dispnéia, frequência respiratória alterada, uso de musculatura acessória, tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, intestino hipoativo, pele pálida e edema nos MMII.

Intervenções de Enfermagem: realizar balanço hídrico; controle dos sinais vitais; reposição de volume ou hemoderivados conforme prescrição médica; administração de medicamentos e coleta de exames laboratoriais para identificar alterações conforme solicitação médica; avaliar a alimentação por SNG pela nutricionista e manter MMII elevados para redução do edema.

- **Mobilidade Física Prejudicada** relacionada aos prejuízos neuromusculares, sensório-perceptivos e musculoesqueléticos, desuso, diminuição de massa muscular (emagrecimento e atrofia) caracterizado por capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras finas e grossas, dificuldade para virar-se, dependência e dispnéia.

Intervenções de Enfermagem: realizar exercícios passivos de amplitude de movimentos; solicitar as intervenções do fisioterapeuta e orientar a familiar sobre a necessidade dos exercícios passivos.

- **Déficit no autocuidado, para banho/ higiene** relacionado a inconsciência e a prejuízo neuromuscular, cognitivo e perceptivo caracterizado por incapacidade de acessar o banheiro, lavar o corpo, obter fonte de água, pegar artigos para ao banho; língua saburrosa, dependência do cuidador para vestir-se e banhar-se.

Intervenções de Enfermagem: oferecer assistência até que a paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado; providenciar artigos pessoais (desodorante escova de dente e sabonete); realizar higiene oral 3 vezes ao dia, escovando dentes, gengivas e língua; orientar a família quanto à frequência e técnica correta de escovação; providenciar instrumento de escovação (se necessário); realizar banho no leito com lavagem de cabelos e couro cabeludo; realizar massagem de conforto com hidratante e limpar e cortar as unhas.

- **Déficit no autocuidado para higiene íntima** relacionado ao prejuízo cognitivo, neuromuscular, perceptivo e musculoesquelético caracterizado por incapacidade de chegar e de sentar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, incapacidade de realizar a higiene íntima apropriada.

Intervenções de enfermagem: realizar higiene íntima na paciente no momento do banho e após eliminações; proporcionar privacidade e conforto neste momento.

- **Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se** relacionado ao prejuízo cognitivo, neuromuscular, perceptivo e musculoesquelético caracterizado por capacidade prejudicada de colocar qualquer vestuário e de alcançar peças de vestuário.

Intervenções de enfermagem: vestir a paciente diariamente com roupas adequadas; observar se não há dobras na roupa; manter a paciente seca e confortável; providenciar lavagem das roupas e providenciar cabeleireiro quando necessário.

- **Déficit no autocuidado para alimentação** relacionada ao prejuízo cognitivo, neuromuscular, perceptivo e musculoesquelético caracterizado por incapacidade de engolir alimentos e ingeri-los de forma segura, de levar os alimentos até a boca ou de preparar e utilizar artefatos auxiliares (garfo, faca).

Intervenções de enfermagem: auxiliar na alimentação por sonda nasogástrica para evitar aspiração; oferecer a dieta nos horários prescritos; avaliar resíduo gástrico antes da inserção das dietas; hidratar a paciente principalmente nos intervalos das dietas; colocá-la em posição elevada para administrar a alimentação; avaliar estado nutricional da paciente; providenciar escovação após a alimentação,

- **Comunicação verbal prejudicada** relacionada às alterações neurológicas (doença) e falta de contato visual caracterizada por afasia e dispnéia.

Intervenções de Enfermagem: solicitar a avaliação da fonoaudióloga; realizar exercícios respiratórios; falar compassadamente com a cliente usando tons normais; conversar com a cliente durante as atividades de cuidado; estabelecer contato visual durante o diálogo; orientar a família quanto os cuidados da comunicação com a paciente.

- **Percepção sensorial cinestésica perturbada** relacionada a recepção e transmissão sensorial alteradas caracterizada por comunicação prejudicada, desorientação, mudança na resposta usual aos estímulos e mudança no padrão de comportamento.

Intervenções de enfermagem: identificar necessidades de segurança da paciente, com base no funcionamento físico, cognitivo e na história comportamental anterior; remover perigos no ambiente hospitalar (quarto/cama do paciente); proteger as grades da cama; oferecer cama e ambiente limpos e confortáveis; oferecer colchão em bom estado; evitar exposição do paciente a temperaturas extremas, individualizar a rotina diária; permitir que familiares e pessoas significativas permaneçam com o paciente.

- **Processos do pensamento perturbados** relacionado à doença (Wilson) caracterizada por dissonância cognitiva.

Intervenções de enfermagem: incluir os familiares no planejamento, na prestação e na avaliação dos cuidados, durante a internação; identificar os padrões usuais de comportamento em atividades como sono, uso de medicamentos, eliminação, ingestão de dietas e autocuidado; determinar a história física, psicológica e social da paciente, os hábitos que eram

comuns e rotinas; determinar as expectativas comportamentais adequadas ao estado cognitivo da paciente; fornecer iluminação adequada e não excessiva; identificar perigos potenciais no ambiente da paciente e removê-los; colocar pulseira de identificação na paciente; preparar a paciente para interações por meio de contato visual e toque, quando apropriado; apresentar-se ao iniciar o contato; manifestar interesse incondicional e positivo; controlar a alimentação e o peso e orientar a paciente no tempo e espaço.

- **Risco para tensão do papel do cuidador** relacionada a quantidade de tarefas do cuidador, cuidador é do sexo feminino, instabilidade da saúde da paciente (gravidade da doença) e à falta de atividade recreativa para o cuidador.

Intervenções de Enfermagem: determinar o nível de conhecimento e aceitação do papel de cuidador; orientar acompanhantes para solicitarem ajuda; orientar familiares para fazerem rodízio de acompanhamento à paciente; oferecer apoio emocional aos familiares; orientar familiares para o correto cuidado com a paciente; monitorar indicadores de estresse; educar o cuidador sobre o processo de pesar; estimular o cuidador a manter a interação social e identificar fontes de atendimento.

- **Risco de aspiração** relacionada à alimentação por sonda, motilidade gastrointestinal diminuída, nível de consciência reduzido, reflexos de vômito e tosse diminuídos.

Intervenções de Enfermagem: manter a paciente em posição elevada, mínimo 45°, principalmente durante e após a ingesta alimentar e hídrica; verificar resíduo da sonda antes de instalar a dieta; lavar a sonda com água filtrada após o término da dieta; observar e notificar anormalidades como: obstrução da sonda e hipóxia; aspirar as vias aéreas sempre que necessário.

- **Desobstrução ineficaz de vias áreas** relacionada ao muco excessivo, secreção retida, infecção (pneumonia) caracterizada por dispnéia e ruídos adventícios à ausculta pulmonar.

Intervenções de Enfermagem: colocar a cliente em posição de cabeceira elevada a 45°; supervisionar e administrar as nebulizações no horário conforme prescrição médica; realizar aspiração conforme a quantidade de secreção de forma estéril; estimular a paciente a tossir e eliminar secreções das vias aéreas superiores e inferiores; monitorar o estado respiratório; avaliar com frequência as condições da paciente, sinais de hipóxia; substituir máscara de venturi, tubos e conexões frequentemente, de acordo com a rotina do hospital; ingesta hídrica

por SNG; administrar broncodilatadores, O<sub>2</sub> e antibióticos conforme prescrição; comunicar equipe médica para solicitação da fisioterapia respiratória.

- **Integridade da pele prejudicada** relacionada à imobilidade física, aos prejuízos neuromusculares, nutrição desequilibrada (emagrecimento), atritos com partículas na roupa de cama, déficit de autocuidado e mudança de turgor da pele caracterizado por destruição de camadas da pele (úlceras de decúbito em calcâneo e região sacral).

Intervenções de Enfermagem: realizar mudança de decúbito no mínimo de 2/2 hs; manter a pele da paciente sempre limpa e seca; trocar as fraldas descartáveis com frequência; não deixar partículas estranhas na roupa de cama; trocar roupa de cama pelo menos 1 vez ao dia; realizar curativo oclusivo no calcâneo e sacro; colocar coxim nas proeminências ósseas; providenciar colchão caixa de ovo; nutrição com alimentos protéicos e vitaminas para favorecer a cicatrização e adequada ingesta hídrica.

Neste estudo de caso foram estabelecidos **17** diagnósticos de enfermagem, sendo **15 reais (88%) e 02 de risco (12%)**, pertencendo **01 ao domínio nutrição** (nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais); **02 ao eliminação/troca** (eliminação urinária alterada, constipação); **07 ao domínio atividade/repouso** (mobilidade física prejudicada; padrão respiratório ineficaz; perfusão tissular ineficaz; déficit no autocuidado para banho/higiene; déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se; déficit no autocuidado para higiene íntima e déficit no autocuidado para alimentação), **03 ao domínio percepção/cognição** (comunicação verbal prejudicada; percepção sensorial perturbada e processo de pensamento alterado), **01 ao domínio relacionamentos de papel** (risco de tensão do papel do cuidador) e **03 ao domínio segurança/proteção** (integridade da pele prejudicada; desobstrução ineficaz das vias aéreas e risco de aspiração). Diante dos diagnósticos identificados podemos observar que a maior ocorrência de necessidades encontra-se no **domínio atividade e repouso**, demonstrando a dependência de cuidados de enfermagem da paciente.

O processo de enfermagem é um método de trabalho que possibilita que a enfermagem exerça sua função de forma planejada, fundamentada e científica no atendimento às necessidades do paciente. Neste estudo pudemos observar que a paciente foi avaliada durante a anamnese e após um processo de raciocínio foram estabelecidos os diagnósticos de

enfermagem, ou seja, as necessidades de cuidados de enfermagem (diferente do diagnóstico médico) que a paciente precisava e posteriormente foram prescritas as intervenções de enfermagem para os respectivos diagnósticos.

Percebemos que o uso desta metodologia beneficia a paciente, porque tem avaliação de enfermagem e sua assistência planejada; beneficia a enfermeira porque é capaz de conhecer a paciente e identificar as necessidades de cuidados a serem atendidas fazendo um plano de cuidados para orientação da equipe de enfermagem e beneficia a instituição por ter as ações direcionadas evitando desperdícios.

#### **4 – CONCLUSÃO**

Através deste estudo de caso podemos perceber que é possível realizar uma assistência diferenciada e comprometida para o paciente, independente de sua patologia.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem permitiu o conhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem e o direcionamento da assistência, possibilitando o estabelecimento do plano de cuidados individual e também reconhecimento da equipe de enfermagem. Cabe ressaltar que o desenvolvimento de instrumentos de fácil preenchimento viabiliza a aplicação desta metodologia.

É necessário ressaltar que para o sucesso desta metodologia de cuidado é necessário não somente o envolvimento dos profissionais, mas principalmente, das instituições de saúde no sentido de promover as condições necessárias para que a metodologia de trabalho obtenha sucesso.

#### **5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

HORTA, WA. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

HERMIDA, PMV. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 6, 733-737, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 272 de 27 de agosto de 2002.

NAUDERER, TM; Lima, MASL. Imagem da enfermeira: revisão de literatura. **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 1, p. 74-77, 2005.

RODRIGUES, ACT; DALGALARRONDO, P. Alterações Neuropsiquiátricas na Doença de Wilson e uso de Eletroconvulsoterapia. **Jornal Oficial da Academia brasileira de Neurologia**. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500034&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500034&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 20 de Fev.de 2009.

WILSON, SAK. Progressive lenticular degeneration: a familial nervous disease associated with cirrhosis of the liver. **Brain**, p. 34-295, 1912.

SHERLOCK, S; DOOLEY, J. **Doenças do Fígado e do Sistema Biliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TEIXEIRA, JA. Doença de Wilson: Diagnóstico e Tratamento. **Revista Ana Costa**, Santos, v. 9, n. 3, jul/set. 2004. Disponível em:  
<[http://www.Revistamedicaanacosta.com.br/9\(3\)/artigo\\_2htm](http://www.Revistamedicaanacosta.com.br/9(3)/artigo_2htm)> acesso em: 25/09/2009.

AGUILLAR, FP. Enfermedad de Wilson: consideraciones fisiopatológicas, clínicas y terapêuticas, **Gastroenterol Hepatol**, v. 26, n. 1, p. 42-51, 2003.

JARVIS, C. **Exame Físico e Avaliação de Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NANDA – **North American Nursing Diagnosis Association**. Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOCHTERMAN, Joane McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.