

ARTIGO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA CLIENTE SUBMETIDA À OOFORECTOMIA: RELATO DE CASO

*Clarany Alvino Leite¹
Maria Clerya Alvino Leite²
Cristina Costa Melquíades Barreto³*

RESUMO

A sistematização da assistência de enfermagem constitui-se em uma atividade intelectual deliberada que auxilia na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. O seu uso possibilita a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada. O objetivo deste trabalho foi aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a uma cliente submetida a ooforectomia. Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido com uma paciente ooforectomizada, no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro em Patos-PB em novembro de 2006, buscando identificar os diagnósticos de enfermagem baseado na Taxonomia da NANDA, bem como as outras fases do processo de enfermagem: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. Diante dos resultados obtidos identificou-se cinco diagnósticos: eliminação urinária alterada, déficit de conhecimento, dor aguda, risco de infecção e ansiedade. Os achados reforçam a necessidade de lembrar a sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem como um instrumento metodológico fundamental na prestação dos cuidados de forma holística e individualizada ao paciente.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Diagnósticos de enfermagem. Ooforectomia.

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método organizado e científico que contribui para nortear a prática profissional, servindo de instrumento para o enfermeiro identificar os problemas de saúde e promover o cuidado de enfermagem, de maneira ordenada e sistematizada, voltada à satisfação das necessidades do cliente, família e comunidade^{1,2}.

A SAE é atividade privativa do enfermeiro e utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: clarinhaalvino@hotmail.com. Correspondência: Rua Manoel Claudino da Silva, Nº 427, Centro, CEP: 58790-000. Pedra Branca-PB. Tel: 083 8882-6470.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestranda em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba. Aluna do Curso de Licenciatura em Enfermagem pela UFPB. E-mail: clerya@bol.com.br.

³ Enfermeira. Mestranda no Curso de Ciências da Educação na Universidade Lusófona de Lisboa. Coordenadora de Programa de Tutoria Acadêmica e Atividades Complementares do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: cristinamellquiades@ig.com.br.

assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

O enfermeiro, ao planejar a assistência de enfermagem para sua clientela utiliza o Processo de Enfermagem (PE) para, de forma ordenada e científica, organizar suas ações e atingir seus objetivos.

O PE, considerado a base de sustentação da SAE, pode ser entendido como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional. O PE é constituído por etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, a demarcação do diagnóstico de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação³.

O sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais difundido no Brasil, e empregado neste estudo, é a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), resultante do trabalho de um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, que nos anos 70 iniciaram estudos com a preocupação de construir uma terminologia que referisse os problemas de saúde do cliente pelos quais tem responsabilidade profissional.

Os objetivos da ação de enfermagem na assistência aos pacientes pré e pós-operatórios consistem em tornar a experiência cirúrgica tão segura e confortável quanto possível para o paciente; em prevenir no que esteja ao alcance da enfermagem, no aparecimento de complicações pós-operatórias; em ajudar o paciente a recuperar-se do estresse provocado pela cirurgia.

Na luta contra diversas enfermidades, a enfermagem deve estar preparada para assumir desafios em diferentes ambientes, entre estes o esclarecimento à população na prevenção de alterações ovarianas, visto que, na maioria dos casos as pacientes só têm acesso a estas, quando suas lesões já estão muito desenvolvidas. É importante destacar que, a ooforectomia, cirurgia para retirada do ovário, diminui

acentuadamente o risco de desenvolver o câncer, mas em alguns casos, não o elimina totalmente; e que várias são as técnicas utilizadas para o diagnóstico precoce de cistos e tumores ovarianos, que possibilita uma abordagem não invasiva e econômica.

Conforme Carvalho⁴ a incidência do câncer de ovário aumenta com a idade, com picos na sétima década. A média de diagnóstico é de 60 anos, sendo pouco freqüente antes dos 40 anos. É importante saber que, o risco para câncer de ovário diminui com o aumento do número de gestações, e a amamentação também representa um fator protetor contra o desenvolvimento do tumor.

Em sua pesquisa, Alberti *et al.*⁵ acrescentam que, um declínio súbito de andrógenos em decorrência da ooforectomia pode levar à diminuição da libido e provocar osteoporose, além de alterações nos níveis de lipoproteínas e aumento do risco de doenças cardiovasculares.

O presente trabalho teve como objetivo sistematizar a assistência de enfermagem a uma cliente submetida a ooforectomia.

Este estudo justifica-se pela importância de fornecer aos profissionais de enfermagem um subsídio ao conhecimento da ooforectomia e proporcionar-lhes uma base sólida no cuidado à paciente que irá submeter-se a esta cirurgia, auxiliando-os a aplicar o processo de enfermagem e orientando-os no atendimento a paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

As glândulas sexuais femininas (ovários) ou gônadas são glândulas endócrinas. Essa estrutura produz hormônios, intimamente associados com o mecanismo reprodutor. Suas atividades são reguladas pela adenoipófise⁶.

Considerações anátomo-fisiológicas dos ovários

Os ovários são glândulas reprodutivas com forma de amêndoa, localizadas junto à parede pélvica lateral de ambos os lados do útero⁷. Estão ligados à face posterior dos ligamentos largos, abaixo da extremidade fimbriada das tubas de Falópio. Cada ovário está unido à parede lateral

do útero pelo ligamento ovariano e à parede pélvica pela porção do ligamento largo que se continua com a tuba de Falópio, porção denominada infundíbulo pélvico ou ligamento suspensor⁸.

A estrutura interna do ovário é constituída por: *estroma ovariano* – tecido conjuntivo que constitui a maior parte do ovário. É dentro deste estroma que os óvulos e as células secretoras dos hormônios femininos se formam; pelos *folículos ovarianos* – existem milhões em cada ovário, cada um contendo um óvulo. Os folículos passam por etapas progressivas de desenvolvimento que culminam na liberação de um óvulo, um por mês aproximadamente, que é o processo da ovulação; e pelo *corpo lúteo* – formado a partir de células foliculares, após o folículo madurado ter ovulado⁹.

Moore e Persaud⁷ afirmam que os ovários produzem estrógeno e progesterona, hormônios responsáveis pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias, pela regulação da gravidez, bem como também pela manutenção dos ovócitos.

O ovário apresenta externamente uma superfície rugosa, brilhante e mais ou menos irregular. O tamanho e a aparência externa dos ovários variam de acordo com a maturidade da mulher, uma vez que os ovários sofrem constantes alterações até depois da menopausa⁸.

Algumas mulheres podem ter seus ovários acometidos por processos não bem conhecidos dando origem a cistos ou tumores, que por vezes, chegam a alterar sua forma e função. Em algumas destas, esse quadro é revertido com o uso de anti-concepcionais, mas quando o tratamento medicamentoso não produz o efeito esperado, é realizada uma intervenção cirúrgica para retirar os ovários atingidos, técnica essa conhecida como ooforectomia, ou ainda pode-se retirar apenas o tecido formado no ovário (ooforocistectomia)¹⁰.

Alterações ovarianas

Os tipos de lesões mais comuns encontrados nos ovários compreendem os cistos funcionais ou benignos e os tumores.

Cistos não neoplásicos

São lesões frequentes, de grande interesse clínico e, sobretudo cirúrgico, relacionados muitas vezes com alterações funcionais do ovário. Quando se rompem, provocam hemorragia que pode ser violenta e de diagnóstico diferencial difícil; porém, na maioria dos casos são assintomáticos⁶.

Cistos serosos de inclusão: são múltiplos, não funcionantes e resultam provavelmente, de ovulações repetidas, com inclusões do epitélio de revestimento no córtex do ovário, sendo em geral microscópicos¹¹.

- *Cistos foliculares*: os folículos císticos do ovário são tão comuns que praticamente são considerados fisiológicos. Originam-se de folículos de Graaf não rompidos ou de folículos que se romperam e imediatamente se fecharam⁶.
- *Ovários policísticos*: consiste na presença de numerosos folículos císticos ou cistos foliculares, associados com frequência a oligomenorreia; a paciente com estes problemas apresenta anovulação persistente, obesidade e hirsutismo⁶.
- *Cistos do corpo lúteo*: resultam de hemorragia excessiva no corpo lúteo e do fechamento cicatricial precoce no ponto de ovulação¹¹.

Tumores de ovário

São neoplasias comuns entre as mulheres. O câncer de ovário é responsável por 6% de todos os cânceres que atingem as mulheres. Existem inúmeros tipos de tumores de ovário, tanto benignos quanto malignos¹².

Segundo Smith¹³ aproximadamente 90% dos tumores ovarianos encontrados em mulheres jovens são benignos e metabolicamente inativos e mais de 75% dos tumores anexiais benignos são funcionais.

- *Tumores serosos*: formado por células repletas de líquido seroso e claro. Cerca de 75% são benignos ou de malignidade limítrofe, e 25% são malignos.

- *Tumores mucinosos*: são pouco menos comuns e são responsáveis por cerca de 25% de todas as neoplasias do ovário. Ocorrem principalmente nas mulheres de meia-idade e são raros antes da puberdade e após a menopausa. Cerca de 80% são benignos ou limítrofes, e 15% são malignos⁶. Smith¹³ afirma que eles são caracterizados pela secreção de muco, esses tumores tendem a ser os maiores tipos de tumores ovarianos encontrados e podem ter 30 cm ou mais.
- *Tumores endometrióides*: são responsáveis por aproximadamente 20% de todos os cânceres de ovário, com exclusão da endometriose, que é considerada uma condição não neoplásica. Cerca de 40% acometem ambos os ovários⁶.
- *Adenocarcinoma de células claras*: esse tipo pouco comum de tumor do epitélio de superfície do ovário caracteriza-se pela presença de células epiteliais grandes com abundante citoplasma claro⁶.

Tumor de células germinativas

Os tumores de células germinativas incluem o disgerminoma, tumores de seio endodérmico, carcinoma embrionário, coriocarcinoma, teratomas e formas mistas. De acordo com Smith¹³ é o segundo tipo mais comum de tumor ovariano e contém células que refletem as três camadas do tecido embrionário (ectoderma, mesoderma e endoderma) ou elementos extra-embrionários.

- *Disgerminoma*: apesar de raros, estes são os tumores malignos de células germinativas mais comuns, com predominância em mulheres acima dos 30 anos de idade (10% em meninas pré-púberes)¹³.
- *Teratoma maduro (benigno)*: também conhecidos como cistos dermóides, são tumores possivelmente oriundos de partes do ovo que normalmente desaparecem

com o amadurecimento (maturação). Sua origem é indefinida, e eles consistem em células embrionárias indiferenciadas. Eles crescem lentamente e são encontrados durante a cirurgia, contendo um material sebáceo, espesso e amarelado, originando-se do revestimento cutâneo. Cabelos, dentes, ossos e muitos outros tecidos são encontrados em estado rudimentar dentro desses cistos. Como vimos, os cistos dermóides são apenas um dos tipos de lesão que podem se desenvolver, e, em geral, o tratamento depende do tipo¹⁴. Esses tumores podem ser benignos ou malignos (1-2% malignos, geralmente em mulheres com mais de 40 anos)¹³.

Fisiopatologia e etiologia

O mecanismo etiológico exato dos vários cistos e tumores ovarianos são essencialmente desconhecidos, mas a disfunção endócrina foi implicada em alguns tipos. Cistos e tumores benignos ovarianos tendem a afetar a menstruação e a fertilidade, dependendo do tipo específico¹².

Segundo Nettina¹⁵ frequentemente, quando encontrados durante os anos reprodutivos; as massas encontradas nas mulheres com mais de 50 anos apresentam maior probabilidade de serem malignas. Fernandes, Lippi e Baracat¹⁶ afirmam que é raro o aparecimento do câncer epitelial do ovário antes dos 30 anos e a faixa etária de maior incidência está acima dos 50 anos.

Manifestações clínicas

É possível que a paciente sinta pressão no abdome inferior, lombalgia, irregularidades menstruais e dor, a qual pode ser confundida com a dor da apendicite, de um cálculo uretral ou de um outro distúrbio abdominal¹⁵.

Algumas pacientes podem ser assintomáticas ou apresentar apenas uma pequena dor pélvica. Já a ruptura destes cistos provoca dor aguda e hipersensibilidade¹².

As autoras citadas¹² declaram ainda

que: pacientes com tumores associados a hormônios hipotalâmicos, hipofisários ou adrenais, ou influenciados por esses hormônios, podem apresentar hirsutismo (crescimento de pilificação facial), atrofia mamária e esterilidade dependendo do tipo específico. Alguns tumores benignos podem tornar-se malignos.

Avaliação diagnóstica

Tumores e cistos podem ser detectados durante um exame pélvico. A ultrassonografia e a laparoscopia são utilizadas para se determinar o tamanho do tumor. O teste de gravidez é realizado, a fim de excluir a prenhez ectópica. Porém, a cirurgia é o único meio de confirmar o diagnóstico de tumor benigno ou cisto¹⁵. Conforme Fernandes, Lippi e Baracat¹⁶, a ultrassonografia é, na atualidade, o método propedêutico mais solicitado para o diagnóstico diferencial de tumores pélvicos, sendo um método com elevada acuidade para a determinação de presença, tamanho, localização e caráter dos tumores pélvicos.

Tratamento clínico e cirúrgico

Os cistos funcionais com menos de 5 cm de largura não requerem tratamento, ou são tratados com contraceptivos orais durante 1 a 3 meses, para proporcionar alívio sintomático e tentar suprimi-los. Quando um cisto é grande, complexo ou se rompe, é necessária a realização de uma cirurgia por meio de laparoscopia ou laparotomia, que pode ser uma ooforectomia (remoção do ovário), uma ooforocistectomia (remoção apenas do tecido) ou uma salpingo-ooforectomia, que corresponde à remoção do ovário e da tuba uterina¹².

De acordo com Nettina¹⁵ a ruptura pode causar inflamação peritoneal.

Ooforectomia

Como dito anteriormente, a ooforectomia é a remoção do ovário. Através de seu estudo, Nelson¹⁰ chegou à conclusão que a escolha da operação depende da idade da paciente e dos sintomas, dos achados durante o exame físico e do exame direto dos anexos durante a exploração.

Técnica cirúrgica

- A cavidade abdominal é aberta;
- Para remover um grande cisto ovariano, uma sutura franzida frouxa pode ser colocada na parede do cisto, e um trocar é introduzido no centro; a sutura é apertada em torno do trocar enquanto o líquido é aspirado. O trocar é removido, e a sutura é apertada. Todo tecido ovariano normal é preservado;
- Para remoção de um cisto dermóide, o campo é protegido com compressas de laparotomia porque o conteúdo de cada cisto produz irritação caso se espalhe na cavidade peritoneal. É feita uma incisão ao logo da base do cisto entre a parede e o tecido ovariano. A parede é dissecada. O ovário é fechado com suturas interrompidas ou contínuas;
- Para decorticação de ampliação do ovário e ressecção dos bordos, um grande segmento do córtex ovariano oposto ao hilo é removido. Os cistos são puncionados com a ponta da agulha e colapsados. Os cantos do estroma ovariano estendem-se profundamente no hilo, e são ressecionados com um bisturi pequeno. O córtex é fechado;
- Para prevenir o prolapso da trompa no fundo de saco, esta pode ser suturada ao folheto posterior do ligamento largo;
- A ferida abdominal é fechada¹⁰.

Processo de Enfermagem

A assistência de enfermagem pode variar desde assepsia e um simples curativo, até medidas altamente complexas na assistência de um paciente, numa unidade de tratamento intensivo, no sentido de obter atendimento para suas necessidades de saúde. Contudo, o processo de enfermagem é o mesmo.

Conforme Smeltzer e Bare¹⁷ o PE é uma abordagem de soluções de problemas para satisfazer as necessidades de enfermagem e de cuidado de saúde de uma pessoa.

Os elementos essenciais do PE são aqueles planejados, centralizados no paciente, orientados para o problema, e dirigidos para um objetivo. O termo "paciente" é usado aqui para identificar o receptor da assistência e pode significar um indivíduo, uma família ou uma comunidade¹⁸.

Existem cinco fases básicas, no processo:

Avaliação (Coleta de dados): coleta sistemática de dados para determinar-se o estado de saúde do paciente e identificar-se quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais.

Diagnóstico de Enfermagem: identificação dos problemas de saúde efetivos ou potenciais que são possíveis de resolução por meio de ações de enfermagem¹⁷.

Planejamento: envolve a determinação do que a enfermeira deve fazer para auxiliar o paciente e a seleção das intervenções adequadas de enfermagem, para executá-lo. A enfermeira elabora um plano de cuidados que prescreva intervenções para o alcance dos resultados esperados. De acordo com Alfaro-Lefevre¹, planejar envolve:

- Estabelecer prioridades;
- Fixar os resultados esperados com adequação;
- Determinar as intervenções de enfermagem;
- Assegurar que o plano seja registrado.

Implementação: execução do plano de cuidados, visando ajudar ao paciente na resolução dos diagnósticos de enfermagem¹⁷.

Avaliação final: determinação das respostas do paciente às intervenções de enfermagem e do grau em que os objetivos foram atingidos¹⁹.

O diagnóstico de enfermagem foi mencionado na década de 50 pela primeira vez, classificado por Abdellah na década de 60, nos anos 70, ANA publica o papel do Diagnóstico para a prática de Enfermagem e surge a NANDA (North American Nursgin Diagnosis Association) nos anos 80, as sucessivas conferências bienais, resultaram na criação da Taxonomia I, baseada nos 9 padrões de resposta humana:

trocar, comunicar, valorizar, relacionar, escolher, mover, perceber, sentir e conhecer. E na década de 90, houve a revisão e atualização dos diagnósticos, que resultou na criação da Taxonomia II, sendo constituída atualmente de 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos.

A nova edição da NANDA 2007-2008 traz o acréscimo de 15 novos diagnósticos, assim como 26 diagnósticos revisados. Os novos diagnósticos refletem uma ênfase na promoção da saúde e incluem dois diagnósticos com foco na comunidade: Contaminação e Risco de Contaminação. Quatro das revisões aceitas foram enviadas por pessoas de fora dos Estados (Brasil e Canadá), o que reflete a crescente internacionalização da terminologia dos diagnósticos de enfermagem²⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. O local de realização do estudo foi o Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, conveniado com o SUS e outros convênios particulares, situado à Rua Horácio Nóbrega S/N, bairro Belo Horizonte, Patos – PB. A amostra constitui uma cliente M. P. S., de 47 anos, interna para tratamento cirúrgico de ooforectomia na enfermaria Miguel Couto, leito 03. A coleta de dados foi realizada nos dias 21 e 22 de novembro de 2006 na clínica cirúrgica do referido hospital.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista, utilizando um questionário com um roteiro contendo um levantamento de dados com perguntas objetivas e subjetivas, juntamente com a coleta de dados do prontuário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A paciente foi acompanhada por dois dias sucessivos, nos quais, diariamente era realizada a sua avaliação e identificado os diagnósticos de enfermagem, baseados na Taxonomia da NANDA²¹.

A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, através do levantamento de dados, foi traçado o planejamento da assistência de enfermagem quando foram determinadas as metas, os objetivos e estabelecido às intervenções de enfer-

tagem. Todas as etapas do processo foram implementadas tendo como meta primordial sistematizar a assistência de enfermagem a uma cliente submetida à ooforectomia, tendo com isso o bem estar da cliente e sua recuperação.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

História clínica

M. P. S., 47 anos, do sexo feminino, solteira, agricultora, procedente de sua residência na cidade de Patos-PB, foi admitida no dia 19 de setembro de 2007, às 8:30 h no hospital Regional de Patos – Deputado Janduhy Carneiro, na enfermaria Miguel Couto, Leito 03, n do prontuário 105.306, com queixa de dor abdominal e alterações menstruais, tendo se submetido a uma ooforectomia.

Ao exame físico apresenta: PA: 120X80mmHg; T: 37.5°C; P: 80Bpm; R: 19Irpm. A usuária encontra-se consciente, orientada, com estado nutricional normal; pele íntegra, hidratada e normocorada; ausência de anormalidades na cabeça; visão normal; nariz sem anormalidades; acuidade auditiva normal; boca sem anormalidades apresentando prótese dentária e língua saburrosa; sem anormalidades no pescoço; tórax sem alteração anatômica, expansão torácica normal, eupneica; RCR 2T; abdome plano, com presença de incisão cirúrgica; eliminações intestinais presentes e normais e vesicais alteradas (SIC); MMSS e MMII com sensibilidade preservada. Queixa-se de dores abdominais.

Durante a anamnese a cliente afirma que há mais de cinco meses apresentava alterações menstruais e há um mês dor abdominal. Quanto a história familiar afirma ainda, que a mãe apresenta problemas cardíacos. Dispõe de água encanada e tratada, destino de lixo e dejetos adequados e criação de animal doméstico, um gato; higiene corporal insatisfatória, com a frequência de um banho ao dia e grau de independência total; sono prejudicado; não pratica atividades físicas; não apresenta atividades de lazer; deambulação prejudicada por conta da cirurgia; dieta satisfatória; faz amizades com facilidade; tem

bom relacionamento familiar; não pratica atividade sexual; religião evangélica; em relação ao conhecimento sobre seu problema de saúde, a mesma está desorientada. Apresenta-se apreensiva e preocupada, temendo a recuperação da cirurgia. Apresentando resultados de exames normais.

Planejamento da Assistência de Enfermagem

Através do plano de cuidados, vamos descrever as principais metas para o paciente que se submete à cirurgia da ooforectomia.

Diagnóstico de Enfermagem: Eliminação urinária alterada/retenção urinária, relacionado com a manipulação cirúrgica, evidenciado por sensação de bexiga cheia.

Resultado Esperado: A paciente irá esvaziar a bexiga regularmente e completamente.

Intervenções: Tranquilizar a paciente, por meio do diálogo, no momento de interação, para que ela mantenha-se relaxada e realize a micção;

Observar o padrão de micção e monitorar o débito urinário;

Palpar a bexiga. Investigar relatos de desconforto, bexiga cheia, incapacidade para urinar;

Verificar as medidas que adota rotineiramente para urinar, por ex., privacidade, posição normal, fluxo de água da torneira, despejar água morna sobre o períneo;

Cateterizar quando indicado/ conforme protocolo se a paciente é incapaz de urinar ou é desconfortável.

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento acerca de condição, prognóstico, tratamento, autocuidado e necessidade de alta, relacionado com informação mal interpretada.

Resultado Esperado: A paciente irá verbalizar compreensão da condição, das complicações potenciais e das necessidades terapêuticas.

Intervenções: Rever os efeitos do procedimento cirúrgico e as expectativas futuras, por ex., a paciente precisa saber se ela não irá mais menstruar ou ter filhos, se ocorrerá menopausa cirúrgica e sobre a possível necessidade de reposição hormonal.

Discutir o retorno à atividade. Estimular atividades leves, inicialmente, com períodos de repouso frequentes e aumento de atividades.

Identificar as necessidades alimentares, por ex., dieta rica em proteína, ferro adicional.

Rever a terapia de reposição hormonal.

Estimular que tome medicamentos prescritos junto com sua rotina de vida (com as refeições).

Rever os cuidados com a incisão quando adequado.

Diagnóstico de Enfermagem: Dor aguda relacionada à incisão cirúrgica, à flatulência e à imobilidade evidenciada por relato verbal de dor.

Resultado Esperado: A paciente relatará alívio da dor.

Intervenções

Administrar os analgésicos de acordo com a prescrição;

Estimular a deambulação, mudança de decúbito e respiração profunda;

Avaliar a dor, observando localização, características, gravidade, investigar e relatar alterações da dor;

Colocar travesseiros sob a cabeça, o pescoço e os ombros;

Manter o apoio da cabeça quando o paciente é mudado de posição;

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção, relacionado à exposição ambiental aumentada a patógenos.

Resultado Esperado: A paciente estará livre de risco para infecção.

Intervenções: Realizar a técnica asséptica corretamente antes e após o contato com o paciente;

Limitar as visitas, quando apropriado;

Ensinar a paciente e aos membros da família sobre os sinais e os sintomas de infecção;

Instruir a usuária e a família quanto às causas, aos riscos e ao contágio da infecção.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade relacionada à percepção da cirurgia evidenciada pelo nervosismo e insônia.

Resultado Esperado: A ansiedade será reduzida a um nível tolerável, o que será evidenciado pelo sono não interrom-

pido, pela ausência de agitação e pelas respostas emocionais moderadas.

Intervenções: Demonstrar calma e confiança durante interações com a paciente;

Proporcionar tranquilidade e conforto;

Interagir frequentemente com a paciente e responder de imediato às solicitações de ajuda;

Avaliar o estresse emocional que a paciente está apresentando;

Identificar o significado da perda para a paciente e estimular a expressar seus sentimentos apropriadamente;

Permitir que a paciente fale e formule perguntas sobre a cirurgia e sobre questões relacionadas à sua saúde;

Incentivar a presença das pessoas que podem dar a paciente apoio emocional.

Implementação da Assistência de Enfermagem

1º dia - No dia 21 de novembro de 2006, o primeiro contato com a paciente foi acalmá-la, a mesma encontrava-se impaciente com dor na incisão abdominal, porém orientada e consciente; em seguida, realizamos também a anamnese, aferimos os sinais vitais e foram feitas a conscientização e orientação sobre a cirurgia, através de apoio psicológico, orientamos também quanto ao tratamento farmacológico (sob prescrição médica) e prestamos ajuda nas mudanças de decúbitos para um maior conforto. Aceitou 100% do jejum. Foi orientada quanto a importância da deambulação precoce para a eliminação de gases, funcionamento do intestino, cicatrização cirúrgica e circulação sanguínea. A mesma realizou a deambulação com auxílio.

2º dia - No dia 22 de novembro de 2006, paciente no primeiro dia pós-operatório, mantendo repouso absoluto. Foi orientada a não falar muito, a fim de evitar acúmulo de gases no abdome. Foi providenciada a troca do curativo e dos lençóis, com vistas a evitar infecção. Seu banho foi preparado. Ela foi ajudada a locomover-se para o banheiro, onde foi auxiliada no banho e a vestir-se. Queixava-se de sensação de bexiga cheia, mas não conseguia

urinar. Orientada a abrir a torneira, usar a ducha e procurar relaxar, para facilitar a micção, assim o fez. Aos poucos, em pequena quantidade, sua bexiga foi sendo esvaziada até recuperar-se.

Avaliação da Assistência de Enfermagem

Durante a avaliação constatou-se que a situação de saúde e a capacitação funcional estavam respondendo as nossas expectativas com a assistência prestada, onde a mesma verbaliza que a eliminação urinária está presente e normal, que está livre da dor e se sente confortável; sem sinais de infecção incisional evidente; demonstra interesse e compreensão nos hábitos alimentares saudáveis, principalmente os ricos em fibras.

De acordo com o dinamismo das fases do PE com as ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao paciente, as intervenções elaboradas e aplicadas, foram satisfatórias, uma vez que, todos os objetivos e resultados esperados foram alcançados, tendo com isso o bem estar da cliente e sua recuperação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar um serviço de saúde, um cliente traz consigo, além da sintomatologia clínica, questões de ordem psicofetivas ligadas a esses sinais e sintomas,

ao seu conceito da doença, suas consequências e gravidade. Os profissionais da equipe de saúde devem ter uma postura de acolhimento e disponibilidade para seus clientes. Devem também ter informações atualizadas, tecnicamente corretas e pertinentes às questões do paciente para desenvolver ações educativas e esclarecimentos necessários.

Enfim, para que a assistência seja adequada, com qualidade é necessário que os profissionais tenham reconhecimento dos seus limites e um desejo de integração multiprofissional, e da necessidade de relacionamentos adequados entre profissionais e entre estes e seus clientes. Comunicando-se de maneira exata e eficiente, criando oportunidades para discussão de problemas pessoais, medos, e esclarecimento de dúvidas, o enfermeiro faz seus clientes sentirem-se acolhidos, apoiados, contribui para a sensação de bem-estar e conforto, particularmente, daqueles que têm uma alteração de saúde e necessitam de uma cirurgia.

Nessa pesquisa tivemos a oportunidade de evidenciar que o processo de enfermagem proporciona ao cliente/paciente segurança em relação à assistência que prestamos, resultando numa melhor comunicação e entendimento do seu estado clínico, favorecendo a recuperação e o relacionamento interpessoal. Para tanto, devemos considerar a importância do PE tanto para a cura e reabilitação do cliente/paciente quanto para a humanização.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE FOR A PATIENT SUBMITTED TO OOPHORECTOMY: A CASE REPORT

ABSTRACT

The systematization of nursing care is based on a deliberate intellectual activity that helps in decision-making, whose focus lies in achieving the expected results. Its use enables the application of the theoretical foundations of nursing practice, ordering and directing the care of an individual, personalized and humanized. The objective of this study was to systematize nursing care to a client underwent oophorectomy. This is a case study, developed with an ovariectomized patient at the Hospital Regional Deputy Janduhy Carneir in Patos-PB in November 2006, seeking to identify nursing diagnoses based on the NANDA Taxonomy, as well as other stages of nursing: data collection, planning, implementation and evaluation. Considering the results obtained identified five diagnoses: altered urinary elimination, lack of knowledge, acute pain, risk of infection and anxiety. The findings reinforce the need to remember the systematization of nursing care through the nursing process as a fundamental methodological tool in providing care in a holistic and individualized to the patient.

Key-words: Nursing Assistance. Nursing diagnostics. Oophorectomy.

REFERÊNCIAS

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. Alves VM, *et al.* Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):70-75.
3. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000. Recife. Olinda-PE.
4. Carvalho GM. Enfermagem em ginecologia. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2004.
5. Alberti LR, *et al.* Avaliação morfofuncional do autoimplante ovariano no retroperitônio. *Revista Eletrônica de Medicina.* 2002;35(01):30-35. [acesso em:2006 Nov 07]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/avaliacao_morfofuncional.pdf.
6. Crum CP. O trato genital feminino. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins e Cotran/ patologia: bases patológicas das doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. cap. 22, p.1105-67.
7. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
8. Ziegel EE, Cranley MC. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
9. Guyton AC. Fisiologia humana. 6ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1988.
10. Nelson GL. Cirurgia ginecológica e cesariana. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. cap.13, p. 358-412.
11. Miranda D, *et al.* Sistema genital feminino. In: Brasileiro Filho G. Bogliolo patologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. cap. 17, p. 481-513.
12. Timby BK, Smith NE. Enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Barueri-SP: Manole; 2005.
13. Smith RP. Ginecologia e obstetrícia de Netter. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v.2.
15. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
16. Fernandes LRA, Lippi UG, Baracat FF Índice de risco de malignidade para tumores do ovário incorporando idade, ultrassonografia e o CA-125. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(5):345-351.
17. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
18. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler AC. Planos de cuidados de enfermagem: orientação para o cuidado individualizado do paciente. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
19. Gas BWD. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
20. NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.
21. NANDA. North american nursing diagnosis association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Organizado por North American Nursing Association. Porto Alegre: Artmed; 2002.