

MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST APLICADO NO ENSINO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

ORG.: FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA



Francisco Gilberto Fernandes Pereira

**MODELO *OUTCOME PRESENT STATE-TEST* APLICADO NO ENSINO
DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

Belém-PA

Home Editora

2023

© 2023 Edição brasileira

by Home Editora

© 2023 Texto

by Autor

Todos os direitos reservados

Home Editora

CNPJ: 39.242.488/0002-80

www.homeeditora.com

contato@homeeditora.com

9198473-5110

Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Diagramação e capa

Autor/Organizador

Revisão de texto

Autor

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

Produtor editorial

Laiane Borges

Catálogo na publicação

Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

P314p

Pereira, Francisco Gilberto Fernandes
Modelo *Outcome Present State-Test* aplicado no ensino da assistência em
enfermagem perioperatória / Francisco Gilberto Fernandes Pereira. – Belém: Home,
2023.

Livro em PDF

ISBN: 978-65-85712-25-5

DOI: 10.46898/home.67d24f7b-c41f-4c59-9de2-b349a3ccce2d

I. Saúde. I. Pereira, Francisco Gilberto Fernandes. II. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde



Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s)
autor(es).

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons
Atribuição-SemDerivações 4.0 Internacional.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof^ª. Dra. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG

Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ

Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF

Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Dr. José Morais Souto Filho-FIS

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Prof^ª. Dra. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof^ª. Dra. Elane da Silva Barbosa-UERN

*“Acreditamos que um mundo melhor se faz com a difusão do
conhecimento científico”.*

Equipe Home Editora

SUMÁRIO

MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST E SUA INTERLOCUÇÃO COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM	9
APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE HERNIORRAFIA UMBILICAL	19
APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA E ESPLENECTOMIA	31
EXECUÇÃO DO MODELO <i>OUTCOME PRESENT STATE-TEST</i> NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTE ACOMETIDO POR TORÇÃO TESTICULAR	45
UTILIZAÇÃO DO <i>MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST</i> EM PACIENTE COM COMPLICAÇÕES EM FRATURA DE ANTEBRAÇO .	57
APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST EM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO	75
<i>OUTCOME PRESENT STATE-TEST</i>: APLICABILIDADE NO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HEMOPNEUMOTÓRAX..	91
MODELO <i>OUTCOME PRESENT STATE-TEST</i> NO PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	105
APLICAÇÃO DO MODELO <i>OUTCOME PRESENT STATE-TEST</i> EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÁFEGO	119

APRESENTAÇÃO

A formação em Enfermagem demanda constante inovação e deve estar atrelada às boas práticas metodológicas de se fazer o ensino-aprendizagem acontecer de forma crítica, reflexiva e aplicada. Nessa perspectiva, é indispensável que o Processo de Enfermagem seja guiado por um referencial adequado à realidade assistencial em que docentes e discentes estejam inseridos.

Como parte das competências exigidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Enfermagem, o estudante deve ser capaz de utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde. Assim, na disciplina de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências do *campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) tem-se utilizado o Modelo Outcome Present State-Test (OPT) como ferramenta metodológica de ensino para o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão.

No campo da enfermagem perioperatória, o ensino deve ser focado na assistência de todas as fases da experiência cirúrgica: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Essas fases são distintas e exigem competências e conhecimentos específicos por parte dos estudantes de enfermagem, destacando-se a etapa após a cirurgia como aquela em que os cuidados são direcionados à recuperação da integridade tecidual e prevenção de infecções e complicações cirúrgicas.

Este livro reúne produções acadêmicas realizadas por discentes do curso de bacharelado em Enfermagem do *campus* Senador Helvídio Nunes de Barros – Universidade Federal do Piauí. Todos os capítulos foram escritos a partir de vivências práticas em um hospital regional de ensino, em que os discentes puderam aplicar o Modelo OPT a pacientes em pós-operatório de cirurgias diversas.

CAPÍTULO I

MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST E SUA INTERLOCUÇÃO COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Bruna Karen Cavalcante Fernandes

O processo de enfermagem é uma abordagem sistemática que os enfermeiros utilizam para fornecer cuidados individualizados aos pacientes, o qual requer dos enfermeiros um raciocínio clínico acurado para a efetiva execução de suas etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

A etapa de diagnóstico de enfermagem é uma das mais críticas do processo, pois é nela que os enfermeiros identificam e priorizam os problemas de saúde dos pacientes e desenvolvem um plano de cuidado baseado nessas prioridades.

Cabe destacar que na prática clínica verifica-se, rotineiramente, que o processo de enfermagem não tem orientado o enfermeiro no processo de tomada de decisão acerca do gerenciamento do cuidado, uma vez que este tem sido realizado de forma ritualizada, não enfatizando o pensamento reflexivo e criativo do enfermeiro (PESUT; HERMAN, 1999).

Assim, tem-se como possibilidade a utilização do modelo de Outcome Present State-Test (OPT) durante a realização do processo de enfermagem, tendo em vista que trata-se de um modelo de raciocínio clínico reflexivo que auxilia enfermeiros e estudantes a desenvolverem habilidades de pensamento crítico para a tomada de decisão sobre o cuidado de enfermagem a ser prestado (GONÇALVES; POMPEO, 2016).

O modelo OPT é descrito como a terceira geração do modelo de processo de enfermagem, a qual é voltada para a especificação e testagem na prática de resultados do paciente que sejam sensíveis à intervenção profissional. Uma vez que um diagnóstico de enfermagem é feito, especifica-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação, a de intervir e, em seguida, avaliar a eficácia da intervenção realizada (GARCIA; NÓBREGA, 2009)

Desse modo, o modelo requer que os enfermeiros considerem, simultaneamente, as relações entre os diagnósticos, resultados e intervenções, com atenção para as evidências (PESUT; HERMAN, 1999; NAVARRO; GRACIA, 2007). Em vez de considerar um problema de cada vez, o OPT requer que se considerem vários, e de forma simultânea,

para que haja discernimento sobre qual necessidade é central e mais importante na relação com todos os outros problemas (SEVILLA, 2014).

Trata-se de um modelo mais circular, que expõe vários problemas por meio de uma figura, que proporciona ao enfermeiro analisar o contexto e centrar-se sobre o porquê e como se pode agir para promover ou realizar a transição de um estado presente para um estado desejado (PESUT; HERMAN, 1999).

Além disso, Pesut e Herman (1999) ressaltaram que o modelo OPT pode ser mais valioso com o uso dos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem, a exemplo a *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a *Nursing Interventions Classification* (NIC). As etapas do modelo OPT estão representadas na Figura 1.

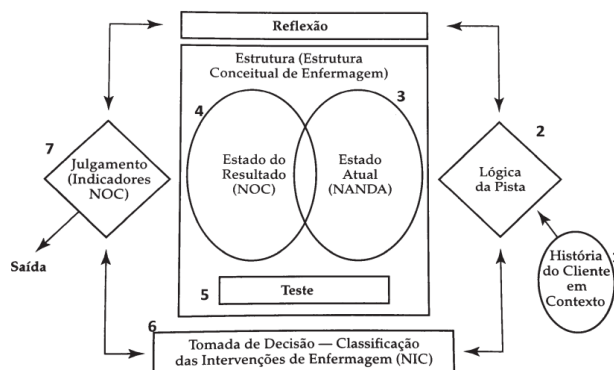


Figura 1. Modelo *Outcome Present State Test* (OPT). Adaptado de: Pesut DJ, Herman J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*. 1998;46(1):29-36.

A aplicação do modelo OPT durante a execução do processo de enfermagem inicia-se com o enfermeiro ouvindo a **História do paciente** para reunir as informações subjetivas e objetivas importantes sobre seu contexto biológico, psicológico, emocional, social e espiritual.

A história pode ser guiada por uma teoria de enfermagem específica, um modelo em particular ou um conjunto de políticas e procedimentos. Estruturar a história do paciente em uma teoria de enfermagem específica permite que o enfermeiro “pense em

enfermagem” em vez de raciocinar em medicina, psicologia, sociologia ou de alguma outra perspectiva que não seja da enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Em seguida, os enfermeiros devem organizar os dados coletados, de acordo com a teoria de enfermagem adotada, analisando a interconexão desses dados, procurando padrões de relacionamentos entre eles e identificando fatores que possam estar contribuindo para o quadro de saúde do paciente. Essa análise ajuda os enfermeiros a analisar as respostas humanas alteradas e formular hipóteses diagnósticas, de acordo com a NANDA-I.

Para facilitar o entendimento do raciocínio clínico do modelo OPT, sugere-se a construção de uma figura, em forma de teia (Figura 2), para elucidar as relações e conexões entre os Diagnósticos de Enfermagem (DE) selecionados (PESUT; HERMAN, 1998), uma vez que todos os diagnósticos considerados são inseridos ao redor do nome do paciente (representando o foco de atenção do enfermeiro) (CRUZ, 2009). Este procedimento é referente à etapa de “**Lógica das Pistas**”.

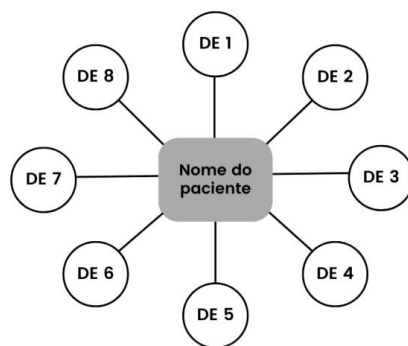


Figura 2 – Exemplo do modelo de teia de diagnósticos de enfermagem. Picos-PI, 2023.

O modelo de teia é uma abordagem visual que ajuda os enfermeiros a verem as conexões entre os diagnósticos de enfermagem, a fim de identificar o diagnóstico central ou prioritário e os secundários. Ao visualizá-los em uma teia, os enfermeiros podem identificar padrões e conexões que podem ajudá-los a entenderem melhor qual diagnóstico

está contribuindo para o aparecimento e/ou potencialização do outro e, assim, priorizá-lo e direcionar o plano de cuidados para o desaparecimento e/ou minimização deste.

A avaliação das relações entre os diagnósticos, com base no pensamento sistêmico e de síntese, permite que o enfermeiro identifique o principal problema do paciente, que é representado pelo diagnóstico central, ou seja, àquele que se relaciona aos demais diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico central ou prioritário precisa ser tratado em primeiro lugar e também contribui para estruturar o processo de raciocínio (SEVILLA, 2014). Podem existir um ou vários diagnósticos centrais, no entanto, o enfermeiro deve estabelecer uma ordem de prioridade para descrevê-los.

Para se estabelecer as relações diagnósticas, o enfermeiro deve desenhar setas, que significam conexões entre os diferentes diagnósticos, levando-se em consideração a definição, os fatores relacionados e as características definidoras de cada um. O diagnóstico que representará melhor a situação será aquele de onde saírem mais setas de conexão até os outros diagnósticos, porque os engloba ou porque a sua manutenção faz com que os outros não sejam resolvidos (ROS, 2013).

A Figura 3 demonstra a trama de raciocínio clínico e o diagnóstico central identificado (D1).

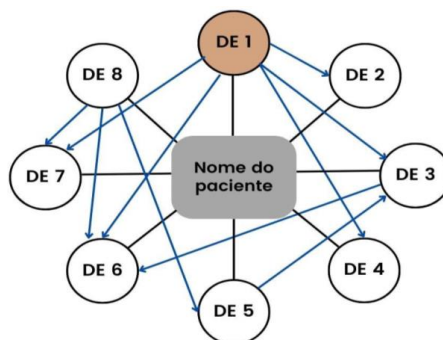


Figura 3 – Exemplo de trama de raciocínio de diagnósticos de enfermagem. Picos-PI, 2023.

Assim sendo, organizar os diagnósticos de enfermagem nesse formato de teia e realizar a trama de raciocínio, estabelecendo a conexão entre eles, pode ser uma abordagem útil para enfermeiros que desejam compreender a complexidade das respostas humanas alteradas do paciente e elaborar diagnósticos de enfermagem precisos e individualizados.

No tocante a etapa “**Estado Atual**”, esta consiste na descrição do paciente no contexto inicial, que poderá mudar com o tempo, como resultado das intervenções de enfermagem. As questões que descrevem o estado atual são também norteadas pelo sistema de linguagem padronizada de enfermagem adotada, no caso deste livro, a NANDA-I (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016). Assim, o enfermeiro deve identificar os fatores relacionados, ou de risco, e as características definidoras do(s) diagnóstico(s) central(is)/prioritário(s).

Em seguida, inicia-se a etapa “**Estado do Resultado**”, na qual utiliza-se os resultados contidos na NOC para identificar o estado do resultado, a partir do(s) diagnóstico(s) de enfermagem central(is) ou prioritário, sendo identificados por justaposições ou fazendo-se uma comparação lado a lado de um estado de resultado específico com dados do estado atual. Os resultados NOC são um estado, comportamento ou percepção que são medidos em resposta às intervenções de enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016; BLAND; ROSSEN; BARTLETT et al, 2009).

O **Teste**, conforme representado na Figura 1, é o pensamento sobre como as lacunas entre o estado atual (NANDA-I) e o estado desejado (NOC) serão preenchidas. Enquanto testa, o enfermeiro justapõe o estado atual e o desejado, considerando quais intervenções da NIC podem ser usadas para preencher a lacuna (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016; BLAND; ROSSEN; BARTLETT et al, 2009). Logo, o teste consiste na identificação dos indicadores que sustentam os resultados de enfermagem.

Os resultados são conceitos variáveis que podem ser mensurados ao longo da assistência prestada. Uma escala do tipo Likert

de cinco pontos é utilizada para mensurar os indicadores, os quais fornecem um número adequado de opções para demonstrar a variabilidade do estado, comportamento ou percepção descrito pelo resultado. O índice "5" representa a melhor condição possível a ser atingida pelo paciente e, o "1", a pior. Existe, também, a opção de classificar um indicador como "não aplicável" (MOORHEAD; JOHNSON; MASS et al, 2016).

Enfermeiros devem mensurar os resultados antes e depois das intervenções, para assim, permitir que o profissional avalie a evolução da condição de saúde de seus pacientes no *continuum* do cuidado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016). Ressalta-se que a graduação dos indicadores escolhida pelo enfermeiro é subjetiva, pois a taxonomia não descreve a diferença entre eles. Assim, esses parâmetros serão escolhidos de acordo com o conhecimento e experiência do enfermeiro.

Dando continuidade a aplicação do modelo OPT, o enfermeiro deve iniciar a etapa de "**Tomada de decisão**", a qual envolve a seleção e implementação das intervenções de enfermagem específicas, que pode ser realizada por meio da NIC. O enfermeiro identifica as intervenções e as ações de enfermagem que ajudarão o paciente a alcançar os resultados desejados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016).

Cada intervenção de enfermagem possui uma lista de atividades, cabendo ao enfermeiro decidir, junto ao paciente, as atividades que serão prescritas, considerando as necessidades do paciente, a realidade do serviço e a melhor forma de executá-las (prática baseada em evidências).

A última etapa do modelo OPT consiste no "**Julgamento**", o qual define-se como sendo o processo de tirar conclusões com base nas medidas tomadas, ou seja, o enfermeiro irá julgar se o paciente se beneficiou dos cuidados prestados e se atingiu os resultados esperados. É a fase de avaliação ou evolução de enfermagem. Nesta fase, o enfermeiro usa a reflexão, fazendo observações enquanto pensa nas

situações do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN et al, 2016; BLAND; ROSSEN; BARTLETT et al, 2009).

Diante desse contexto, verifica-se que o modelo OPT é uma importante ferramenta para o desenvolvimento das habilidades de raciocínio cognitivo e metacognitivo, além de incrementar a utilização dos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem (KUIPER; PESUT; KAUTZ, 2009).

Além disso, o modelo OPT é um paradigma transformador e promissor para o raciocínio clínico das necessidades afetadas de pacientes em situações clínicas complexas, cujas respostas humanas precisam ser analisadas em sua totalidade e de forma simultânea para a identificação das prioridades do cuidado e estabelecimento de um plano de cuidados efetivo.

REFERÊNCIAS

- BLAND, A.R.; ROSSEN, E.K.; BARTLETT, R.; KAUTZ, D.D.; CARNEVALE, T.; BENFIELD, S. Implementation and testing of the OPT MODEL as a teaching strategy in an undergraduate psychiatric nursing course. **Nurs Educ Perspect.** v.30, n.1, p.14-21, 2009.
- BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M.; WAGNER, C.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** Rio de janeiro: Elsevier, 6ª Ed, 2016.
- CRUZ, M.P. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. **Inquietudes.** v.41, p.4-11, 2009.
- GARCIA; T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery.** v.13, n. 1, p:188-93, 2009.
- GONÇALVES, L.W.P.; POMPEO, D.A. Aplicação do modelo Outcome Present State Test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **REME – Rev Min Enferm.** v.20, n. e, p.977, 2016.
- HOWARD, K.; BUTCHER, J.M.; DOCHTERMAN, G.M.; BULECHEK, C.M.W. **Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC.** Guanabara Koogan; 7ª ed, 2020.
- KUIPER, R.; PESUT, D.J.; KAUTZ, D. Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. **The Open Nursing Journal,** v.3, p.76- 85, 2009.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M.L.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** Rio de Janeiro: Elsevier, 5ª Ed, 2016.

- NAVARRO, R.; GRACIA, M. Análisis de los resultados de los cuidados de enfermería. Modelo Area. **Enfermería Integral**, v.7, p.33-41, 2007.
- PESUT, D.J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning: the art & science of critical & creative thinking**. Albany: Delmar, 1999.
- PESUT, D.J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nursing Outlook**. v.46, n.1, p.29-36, 1998.
- ROS, R.R. **Aplicação do modelo outcome-present state test em atenção primária no desenvolvimento de um plano de cuidados para uma paciente com doença de Alzheimer e para seu cuidador**. Artmed, Porto Alegre. Pronanda, ciclo 1; v.2, 2013.
- SEVILLA, J.C.R. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. **Enfermería en cardiología**. V. 62, p.25-31, 2014

CAPÍTULO II

APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE- TEST EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE HERNIORRAFIA UMBILICAL

Amanda de Alencar Silva
Janária de Jesus Moura
Ana Caroline Gomes Ferreira
Luana Soares Souza
Paloma Moura Martins Dantas
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, por intermédio do modelo de raciocínio diagnóstico reflexivo Outcome Present State-Test (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para um paciente em pós-operatório de herniorrafia umbilical. **Método:** Trata-se de um estudo de caso de um paciente com hérnia umbilical, internado na Enfermaria de uma unidade hospitalar regional no Estado do Piauí. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2022, com visitas ao paciente e aplicação das etapas: anamnese e exame físico, diagnósticos, elaboração dos resultados e intervenções. Foi utilizado o sistema padronizado da NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Intervention Classification (NIC). **Resultados:** Os diagnósticos centrais foram de: dor aguda, mobilidade física prejudicada e a integridade da pele prejudicada. Os resultados e as intervenções escolhidos foram relacionados ao nível de dor, nível de desconforto e gravidade dos sintomas. **Conclusão:** O método OPT permitiu identificar oito diagnósticos, dos quais três são centrais, o que pode propiciar o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Cuidados da enfermagem; Hérnia umbilical; Herniorrafia.

1. INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional da enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009). Assim, permite ao enfermeiro sistematizar suas ações e delegar atividades à equipe de enfermagem de maneira organizada, e voltada para as reais necessidades dos pacientes. Por ter uma base científica, o processo de enfermagem representa uma ferramenta que não só é utilizada por todos os profissionais da enfermagem, mas como é de suma importância para a prática clínica do cuidado.

Tradicionalmente, o processo de enfermagem tem sido abrangente na orientação das fases de avaliação e intervenção, mas não especifica os processos cognitivos envolvidos na tomada de decisão clínica (FRAUMAN, SKELLY, 1999).

No desempenho clínico observa-se, com frequência, que o processo de enfermagem não tem sido suficiente para orientação do enfermeiro na deliberação relativa à administração do cuidado. Para tentar compensar essa falha, os profissionais na prática avançada

costumam agregar o raciocínio diagnóstico médico ao processo de enfermagem.

Estudos analisam modelos de uma nova formulação que revelou interesse em compreender a natureza do diagnóstico e o raciocínio diagnóstico, ressaltando a importância de habilidades críticas e de pensamento que apoiam a especificação de resultados e testes de raciocínio clínico (PESUT; HERMAN, 1998). Para isso e pensando de acordo com essa afirmativa, o método *Outcome-Present State-Test* (OPT) é uma alternativa que é apontada como assertiva para o raciocínio clínico e o estudo do diagnóstico.

Com a finalidade de desenvolver melhor o conhecimento a respeito do foco principal e mais significativo na junção de todas as problemáticas apresentadas, a OPT trabalha considerando todos os problemas de uma vez e de maneira síncrona. É um modelo diferenciado e contemporâneo, que deixa explícito vários casos, o que chama a atenção do enfermeiro para concentrar-se no motivo e de que forma pode se posicionar para proporcionar a mudança da situação atual para a que se espera.

O que leva em consideração é o fato desse método direcionar o estudo de uma forma mais objetiva acerca do planejamento, uma vez que é marcada como uma representatividade de uma alternativa para ser executada em situações práticas, possibilitando uma intervenção com mais chances efetivas para a problemática principalmente quando é utilizada junto a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo utilizar dessa ferramenta para identificar, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente idoso em 2º dia de pós-operatório (DPO) de Herniorrafia umbilical, por meio do modelo de raciocínio clínico OPT.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso clínico conduzido em uma enfermaria de internação do setor de cirurgia de uma instituição

hospitalar regional no Estado do Piauí. O hospital é uma instituição regional pública de médio porte, conveniada com a Universidade Federal do Piauí - UFPI, *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros, para o desenvolvimento de aulas práticas e estágios acadêmicos dos cursos da área da saúde ofertados pela instituição de ensino. O estudo de caso é um método de pesquisa que utiliza normalmente dados qualitativos, coletados a partir de eventos reais, com o objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto, fornecendo conhecimentos profundos (EISENHARDT, 1989).

Desse modo, o paciente selecionado para este estudo foi escolhido entre pacientes atendidos durante as aulas práticas da disciplina "Enfermagem nas Cirurgias e Emergências" do curso Bacharelado em Enfermagem da referida instituição, com coleta de dados realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2022.

Na coleta realizou-se: identificação e caracterização do paciente, anamnese semiestruturada guiada pelo Anexo A do livro "Anamnese e Exame Físico 3º edição" de Alba Lucia Bottura Leite de Barros, e exame físico respeitando as técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta instituídas para cada segmento e sistemas corporais, em especial para o caso em questão. Além disso, para subsidiar a pesquisa, ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do paciente, tais como resultados de exames, intercorrências, estado clínico, e medicações utilizadas durante a hospitalização.

Para realizar o estudo e identificar as prioridades do plano de cuidados ao paciente foi utilizado o processo de raciocínio diagnóstico reflexivo por meio do modelo *Outcome Present State Test* (OPT), seguindo as fases: história do paciente (coleta de dados); lógica da pista (avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese); estado atual (situação real do paciente no momento); estado do resultado (resultados esperados); teste (seleção dos indicadores de resultados); tomada de decisão (escolha das intervenções); e julgamento (avaliação) (PESUT; HERMAN, 1988).

Ademais, os diagnósticos de enfermagem foram descritos por meio do sistema padronizado de linguagem da NANDA-I, os resultados pela *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e as intervenções pela *Nursing Intervention Classification* (NIC), respectivamente.

Vale ressaltar que todo o processo desde a coleta de dados até o processamento dos resultados foi realizado pelos discentes do curso de Enfermagem sob supervisão do professor orientador da disciplina supracitada, seguindo os princípios do método OPT e dos sistemas de linguagem padronizados NANDA-I, NIC e NOC.

O caso clínico exposto neste estudo é do paciente Sr. Edgard Araújo (nome fictício), internado na enfermaria do setor de cirurgias em pós operatório de herniorrafia, para correção de hérnia umbilical.

Histórico do paciente

E.A.C, sexo masculino, 60 anos, 71 kg, ensino fundamental incompleto, católico, microempreendedor, natural e procedente da cidade de Picos-PI, sem histórico de alergias conhecidas e de doenças crônicas. Deu entrada na emergência hospitalar do Hospital Regional Justino Luz, na cidade de Picos-PI, no dia 10/04/2022 com queixas de dor abdominal aguda, náuseas e vômito, dor intensa na região umbilical. Nega o uso de álcool e tabagismo. Encaminhado diretamente para a cirurgia de herniorrafia umbilical após realizados os exames de: Hemograma, Glicemia, Eletrocardiograma e Raio-X, no dia 10/04/2022. Após a intervenção cirúrgica, o paciente foi encaminhado para a Enfermaria da ala C, refere presença de dor na região abdominal e apresentava também sonolência, com boa aceitação da dieta via oral. A acompanhante relata que o paciente apresenta sinais de irritação e refere dor também ao se levantar, precisando de auxílio para deambulação e que conseqüentemente a realização do banho fica prejudicada devido a essa restrição. Apresenta AVP com infusão de medicamentos no MSE, eliminações intestinais ausentes e urinárias fisiológicas.

No dia 12/04/2022, às 10:30 hrs, o paciente encontrava-se no 2º DIH, de Herniorrafia umbilical por herniação. Paciente apresenta-se estável, com dreno portovac no interior da FO na região abdominal. Boa aceitação da dieta VO, sono e repouso insatisfatório, deambulando com auxílio, eliminações fecais ausentes há 2 dias e urinárias presentes. FO cicatrizando por primeira intenção, pele perilesional da FO apresenta-se levemente avermelhada. Realizado curativo oclusivo na inserção do dreno e FO. Utilizando SF 0,9%, luvas estéreis, gazes estéreis, esparadrapo e clorexidina a 2%. Realizado o esvaziamento do recipiente coletor do dreno com débito de 13 ml. Ao exame físico, paciente encontra-se consciente, orientado, eupneico, normocárdico e normocorado, cabeça e pescoço: pupilas isocóricas e fotorreativas, indolor à palpação dos seios paranasais, higiene bucal satisfatória. Ao exame cardiopulmonar: tórax simétrico, boa expansibilidade e MV +. Ao exame abdominal: globoso, sensível à palpação, RH + e percussão maciça, paciente refere dor intensa na região do abdômen. Aos membros superiores e inferiores: sem anormalidades. SSVV: FC: 72 bpm, FR: 21 rpm, T: 36,1 C, PA: 130/80 mmHG.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a resolução do caso do Sr. E.A, após a coleta de dados, elaborou-se a lógica da pista. Essa etapa permite que o enfermeiro identifique o principal problema do paciente, que é representado pelo diagnóstico central, ou seja, aquele que se relaciona aos demais diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos centrais elaborados para o caso clínico em questão, por ordem de prioridade, foram: dor aguda, integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada. (Figura 1).

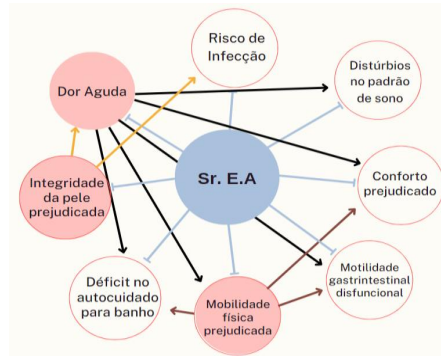


Figura 1 - Representação dos diagnósticos de enfermagem considerados para o caso clínico, suas conexões e diagnósticos de enfermagem centrais. Picos- PI, 2023.

O estado atual é a fase em que o enfermeiro descreve o enunciado diagnóstico, acompanhado dos fatores relacionados ou de risco e características definidoras. Dessa forma, o estado atual do Sr .E.A é descrito da seguinte forma:

- Dor aguda (00132), relacionada a agente físico lesivo, evidenciado por alteração no parâmetro fisiológico, expressão facial de dor, comportamento de distração e posição para aliviar a dor;
- Distúrbio no padrão de sono (00198), relacionado à padrão de sono não restaurador e privacidade insuficiente evidenciado por dificuldade para manter o sono, insatisfação com o sono e não se sentir descansado;
- Mobilidade física prejudicada (00085), relacionada a dor e relutância em iniciar movimentos, evidenciado por redução na amplitude dos movimentos e desconforto;
- Risco de infecção (00004), relacionado a procedimento invasivo evidenciado por alteração na integridade da pele e alteração no peristaltismo;
- Déficit no autocuidado para banho (00108), relacionado à dor evidenciado por capacidade prejudicada de acessar o banheiro;
- Integridade da pele prejudicada (00046), relacionada à pressão sobre saliência óssea evidenciado por alteração na integridade da pele, dor aguda e vermelhidão;

- Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196), relacionada à circulação gastrointestinal diminuída e evidenciado por abdome distendido e dor abdominal.
- Conforto prejudicado (00214), relacionado à privacidade insuficiente evidenciado por alteração no padrão do sono e irritabilidade.

Dor aguda é o principal diagnóstico central, pois dele parte a maior parte das flechas, indicando que, devido a ele, outros diagnósticos se fazem presentes. A experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial está relacionada aos diagnósticos secundários.

Diante disso, os diagnósticos de enfermagem integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada tornam-se secundários. Dor aguda e risco de infecção recebem flechas da integridade da pele prejudicada, já que apresenta FO avermelhada. Mobilidade física prejudicada liga-se com déficit no autocuidado para banho, motilidade gastrointestinal disfuncional e conforto prejudicado, onde o paciente tem a capacidade prejudicada de acessar o banheiro, apresenta circulação gastrointestinal diminuída evidenciado por abdome distendido e dor abdominal e queixa sobre privacidade insuficiente devido alteração no padrão do sono e irritabilidade.

Logo, dor aguda liga-se ao déficit no autocuidado para banho, mobilidade física prejudicada, motilidade gastrointestinal disfuncional, conforto prejudicado e distúrbios no padrão de sono, todos estes relacionados a fatores que causam a dor aguda, sendo um sintoma de que o corpo está sendo ferido de alguma forma. Grande parte das hérnias umbilicais é assintomática, e por isso, a dor local é um sintoma pouco frequente nas crianças. Já nos adultos, quando ela se instala, a intensidade está diretamente associada à gravidade do evento (VARELLA, 2020).

Enfermeiros devem mensurar os resultados dos pacientes antes e depois das intervenções. Isso permite que ele avalie a evolução da condição de saúde de seus pacientes com o passar do tempo. Em

seguida, o enfermeiro identifica os indicadores que sustentam os resultados de enfermagem (fase denominada teste). Dor aguda foi um resultado selecionado para o Sr. E.A.

Há 12 indicadores que avaliam o progresso desse resultado. O enfermeiro deve selecionar os indicadores pertinentes ao seu paciente e classificá-los dentro do nível um a cinco, sendo que um representa o estado, comportamento ou percepção menos desejável e o cinco o mais desejável. Indicadores pertinentes ao quadro clínico do Sr. E.A são: nível de desconforto, nível de dor, gravidade dos sintomas (tabelas 1, 2 e 3). Ressalta-se que a graduação dos indicadores escolhida pelo enfermeiro é subjetiva. Esses parâmetros são escolhidos de acordo com o conhecimento e experiência do profissional. A seguir, destacam-se os demais resultados e seus indicadores de forma descritiva: Dor relatada (210201), Irritabilidade (210223), Dor (210901), Inquietação (210914), Intensidade dos sintomas (210301), Inquietação associada (210305), Mobilidade física prejudicada (210308), Sono Inadequado (210313).

Quadro 1. Resultados para nível de dor e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

		Estado atual	Estado desejado
210201	Dor relatada	1	2 (13/04/2022)
210223	Irritabilidade	3	4 (13/04/2022)

Quadro 2. Resultados para nível de desconforto e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

		Estado atual	Estado desejado
210901	Dor	1	2 (13/04/2022)
210914	Inquietação	3	4 (13/04/2022)

Quadro 3. Resultados para a gravidade dos sintomas e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

desejado		Estado atual	Estado
210301	Intensidade dos sintomas	1	3 (13/04/2022)
210305	Inquietação associada	3	4 (13/04/2022)
210308	Mobilidade Física Prejudicada	2	3 (13/04/2022)
210313	Sono inadequado	2	3 (13/04/2022)

A tomada de decisão envolve a seleção e implementação das intervenções de enfermagem específicas, que podem ser realizadas por meio da NIC. O enfermeiro identifica as intervenções e as ações de enfermagem que ajudarão o paciente a alcançar seus resultados desejados. As intervenções de enfermagem para controle da dor são: controle da dor e controle de medicamentos. Cada intervenção de enfermagem possui diversas atividades de enfermagem, que devem ser escolhidas de acordo com a necessidade do paciente.

Quadro 1: Intervenções de Enfermagem para controle da dor. Picos, Piauí, 2022.

Controle da DOR: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.

Atividades:

- Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;
- Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia;
- Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis);
- Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita;
- Mediar o paciente antes de atividades, para aumentar sua participação, mas avaliar o risco da sedação;
- Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos;

Quadro 2: Intervenções de Enfermagem para controle de medicamentos. Picos, Piauí, 2022.

Controle da medicamentos: Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.

Atividades:

- Monitorar a eficácia da modalidade de administração dos medicamentos;
- Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica;
- Facilitar mudanças de medicamentos junto ao médico, conforme apropriado;
- Determinar os medicamentos necessários e administrá-los, conforme o profissional que os prescreveu e/ou o protocolo da instituição.
- Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos.

O enfermeiro deve ajustar as atividades descritas para a realidade do paciente e do serviço, as quais darão origem às prescrições. As atividades prescritas devem ser compreendidas por todos os membros da equipe de enfermagem e cabe ao enfermeiro decidir quais atividades farão parte do plano de ação do paciente e qual a melhor forma de executá-las, considerando- -se, sempre, a prática baseada em evidências.

O julgamento é o processo de tirar conclusões com base nas medidas tomadas, ou seja, o enfermeiro irá julgar se o paciente se beneficiou dos cuidados prestados e se atingiu os resultados esperados. Nessa fase, o enfermeiro usa a reflexão, fazendo observações enquanto pensa nas situações do cliente. Considerando-se o caso clínico, o enfermeiro avalia se o Sr. E.A. obteve melhora da dor aguda. Verifica-se que após os cuidados e uso de medicamentos está dentro dos parâmetros esperados.

4. CONCLUSÃO

A utilização das taxonomias NANDA, NIC, NOC, possibilitou a identificação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, junto ao modelo de raciocínio clínico OPT, o que viabilizou a melhora significativa do caso apresentado, visto que, sua utilização favoreceu a identificação das prioridades do plano de cuidados, baseado nas principais necessidades da paciente.

Portanto, ressalta-se a relevância da utilização desses instrumentos no cotidiano, pois além de garantir o respaldo das ações de enfermagem, fornecerá a cientificidade tão almejada e necessária às profissões, obtendo também maior visibilidade à profissão. Desse modo, sua utilização na assistência, no ensino e na pesquisa deve ser assegurada pelos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. B. L. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União .
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
- EISENHARDT, Kathleen M. Building theories from case study research. **Academy of management review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.
- FRAUMAN, A C, SKELLY, A. H. Evolution of the nursing process. **Nuss outlook. Clin Excell Nurse Pract**. 1999 Jul;3(4):238-44.
- GONÇALVES, Laryssa Wilson Paiva; POMPEO, Daniele Alcalá. Aplicação do modelo outcome present state test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.
- PESUT, Daniel J.; HERMAN, Joanne. OPT: Transformação do processo de enfermagem para a prática contemporânea. **Perspectivas da Enfermagem**, v. 46, n. 1, pág. 29-36, 1998.

CAPÍTULO III

APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE- TEST EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA E ESPLENECTOMIA

Adrielle de Almeida Brito
Brenda Rodrigues de Sousa
Bruna Tayse Silva Leal
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, por meio do modelo *Outcome Present State-Test* (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais de um paciente em pós-operatório de laparotomia exploradora e esplenectomia. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em uma enfermaria de internação do setor de um hospital público durante os meses de março e abril de 2022. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas ao paciente e aplicação das etapas: anamnese e exame físico, diagnósticos, elaboração dos resultados e intervenções. Foram utilizadas as taxonomias padronizadas de linguagem NANDA-I., Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC). **Resultados:** Com a elaboração da lógica da pista, foi possível observar que os problemas estavam inter-relacionados, o diagnóstico central encontrado foi dor aguda, logo, os resultados e intervenções foram centrados em controlar e reduzir o nível de dor, bem como, promover conforto. **Conclusão:** O método OPT permitiu identificar oito diagnósticos, dos quais três são centrais, o que pode propiciar o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-Chave: Esplenectomia; Processo de enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O trauma abdominal pode ser definido pela transferência de energia do meio externo para a região do abdome, sendo que isso pode ocorrer de diversas formas, dentre elas: por meios mecânicos, elétricos, químicos e também por irradiação (CARTER; et al., 2015). É possível classificar também quanto ao tipo, de acordo com o ferimento provocado, sendo ele aberto ou fechado (CIROCCHI; et al., 2013).

O trauma abdominal aberto consiste em uma descontinuidade da pele e também na possibilidade de evisceração, enquanto no fechado não há perda dessa integridade. No entanto, a energia cinética é transmitida diretamente às vísceras através da parede abdominal, e o mecanismo envolvido normalmente ocorre por golpes na região ou desaceleração. Em decorrência da inércia, as vísceras colidem entre si e com a parede abdominal, podendo gerar lesões de baixo ou alto grau (FELICIANO, 2017).

A incidência do atendimento de trauma abdominal fechado é alta dentro de uma unidade hospitalar, e sua morbimortalidade possui relação direta com a transmissão e dissipação da energia cinética

envolvida no momento do contato. Em geral, acidentes automobilísticos são responsáveis por mais de 70% desse tipo de trauma, e isso ocorre na maioria das vezes devido ao mecanismo de desaceleração e inércia, causando um choque mecânico entre as vísceras e estruturas rígidas ao seu entorno. É mais comum nesses casos as lesões de vísceras parenquimatosas, especialmente o fígado e baço (STENGEL et al., 2015).

As lesões esplênicas são as lesões abdominais mais frequentes, contribuindo para mais de 45% das lesões viscerais (GUYTHER, 2016). Clinicamente, é possível observar dor no hipocôndrio esquerdo com possível irradiação para o ombro esquerdo, caracterizando o sinal de Kehr; sinais de choque hipovolêmico; escoriações ou equimoses na parte superior do abdome; além de “dor, hipersensibilidade, defesa abdominal, irritação peritoneal, distensão abdominal, ausência de ruídos intestinais, ascite” (RIBEIRO JUNIOR, 2016; PIEZTMAN; et al., 2000).

Pacientes vítimas de trauma abdominal representam um desafio no que diz respeito ao manejo clínico e cirúrgico, e a abordagem inicial é fundamental para promover um maior horizonte clínico (AGRESTA et al., 2021). Percebe-se que equívocos na coleta de dados podem levar a erros no diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, a intervenções pouco relacionadas às respostas humanas afetadas do indivíduo. Essa problemática pode estar associada a diversos fatores, dentre eles, dificuldades no pensamento crítico e raciocínio clínico.

Atualmente, o modelo *Outcome Present State-Test* (OPT) é uma ferramenta que estabelece uma estrutura para o raciocínio clínico de problemas, enfocando os resultados esperados na prática de enfermagem (IBÁÑEZ-ALFONSO et al., 2020). Para Pesut e Herman (1998), seu modelo foi descrito como um modelo de processo de enfermagem de terceira geração, definindo o raciocínio clínico como pensamento reflexivo, concorrente, criativo e crítico, imerso na prática de enfermagem.

O modelo OPT ressalta a importância de analisar o processo de raciocínio clínico, que deve considerar simultaneamente os problemas e os resultados por meio da justaposição de ambos e requer relações simultâneas entre NANDA-I, NIC, NOC, com base nas evidências que serão utilizadas para fazer julgamentos do pensamento de enfermagem que permitem a tomada de decisões pertinentes às necessidades do sujeito do cuidado (IBÁÑEZ- ALFONSO et al., 2020).

Portanto, o modelo implementado requer que todos os elementos do processo de enfermagem sejam usados para construir e refinar ainda mais as habilidades de pensamento de enfermagem. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo avaliar o quadro clínico de um paciente em 4º DPO por laparotomia exploradora e esplenectomia, bem como, identificar, por meio do modelo de raciocínio clínico OPT, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso realizado durante as atividades práticas da disciplina de “Enfermagem nas Cirurgias e Emergências” do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros. O estudo foi realizado por graduandas do quinto período de enfermagem da referida instituição. O local do estudo foi uma enfermaria de internação do setor de cirurgia (ALA C) de um hospital público de referência localizado no município de Picos, no interior do Piauí, nos meses de março e abril de 2022.

A vivência relatada neste estudo é do Sr. A. M. S., internado na unidade de enfermaria em 4º dia de pós-operatório por laparotomia exploratória e esplenectomia. O atendimento e as ações de enfermagem foram guiados pelo método preconizado pela Resolução COFEN N° 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Quanto ao método científico organizado pela SAE, utilizou-se o Processo de Enfermagem (PE) para realizar as etapas do atendimento. Na coleta de dados/Histórico de Enfermagem, utilizou-se

um formulário como instrumento para realizar a anamnese e procedeu-se à investigação executando o exame físico. Ressalta-se que a coleta de dados e os levantamentos dos diagnósticos de enfermagem foram realizados por graduandas de enfermagem sob supervisão do professor orientador da disciplina.

Para fazer as classificações do Diagnóstico e do Planejamento de Enfermagem (Prescrição e Metas), foram utilizadas as taxonomias NANDA-I, NIC E NOC. A implementação foi executada com base no que foi determinado durante o planejamento de Enfermagem, enquanto a avaliação deu-se por meio da comparação entre o estado atual do paciente e os resultados esperados.

O processo de raciocínio diagnóstico foi realizado por meio do modelo OPT, considerando as seguintes fases: história do paciente (coleta de dados); lógica da pista (avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese); estado atual (situação real do paciente no momento); estado do resultado (resultados esperados); teste (seleção dos indicadores de resultados); tomada de decisão (escolha das intervenções); e julgamento (avaliação) (PESUT; HERMAN, 1988).

Histórico do paciente

A.M.S, 30 anos, sexo masculino, católico, hipertenso, admite uso de álcool e cigarro, orientado em tempo e espaço, não apresenta alergias, natural e procedente de Santo Antônio de Lisboa-PI. Compareceu ao Hospital Regional Justino Luz (HRJL) relatando dor abdominal aguda. O paciente foi diagnosticado com trauma abdominal fechado e encaminhado diretamente para a cirurgia de laparotomia exploradora, onde foi realizada também a esplenectomia. Em relação às condições de moradia, reside em área urbana com saneamento básico. Encontra-se asseado, realiza banho de aspersão geralmente no período da manhã e seu sono e repouso estão insatisfatórios. A região do crânio encontra-se intacta, com acuidade preservada nos olhos e ouvidos. Não foram observadas anormalidades na boca e no pescoço. O tórax

apresenta formato normal, com expansibilidade torácica normal e simétrica, sem lesões ou linfadenomegalias. O estado nutricional é normal, paciente deambula sem auxílio, os pulsos periféricos são palpáveis e há um dispositivo venoso no membro superior direito, sem presença de lesões corporais. Eliminações vesicais por SVD e eliminações intestinais espontâneas. Sinais vitais: P.A. 160 x 120 mmHg, F.C 86 bpm, T.A.X. 36.7 °C, F.R. 20 mrm.

07/04/2022, às 10:30 hrs, A.M.S, 30 anos, sexo masculino, está internado há 5 dias devido trauma abdominal fechado, em 4º DPO por laparotomia exploradora + esplenectomia. Evolui com BEG, normocárdico, orientado em tempo e espaço, dieta VO com boa aceitação, deambula sem auxílio, eliminações urinárias por SVD, urina com coloração amarelo escuro e volume de 200mL, eliminações intestinais espontâneas, sono e repouso prejudicados. Ao EF abdominal: abdome plano, RHA presentes durante a ausculta, som maciço à percussão, dor à palpação do, QSD, QID e QSE. Ferida operatória com cicatrização por 1ª intenção, dreno túbulo-laminar localizado na região inguinal esquerda com 3 mL de volume coletado, apresentando coloração escura. Realizada retirada de SVD e de dreno túbulo-laminar, sem intercorrências. Paciente relata ter sentido dor de intensidade moderada na noite anterior. SSVV: TAX: 36.0°C, FC: 85 bpm, FR: 16 rpm e PA: 150/100 mmHg.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento do estudo de caso do Sr. A.M.S., após a etapa da coleta de dados do paciente, o profissional enfermeiro deve elaborar a lógica da pista. Muitos diagnósticos da NANDA-I estão relacionados entre si e podem ser representados graficamente através da elaboração de uma rede lógica. Essa etapa permite que o enfermeiro identifique o foco que dá sentido aos problemas do paciente, concentrando-se nos mais importantes. Portanto, o principal problema é representado pelo diagnóstico central, a partir do qual se relacionam os demais diagnósticos de enfermagem (SEVILLA., 2014).

Dessa forma, os diagnósticos centrais elaborados para o caso clínico em questão, por ordem de prioridade, foram: Dor aguda (00132), Ansiedade (00146) e Controle ineficaz da saúde (00078). A figura 1 traz a representação de todos os diagnósticos de enfermagem considerados para o caso clínico.

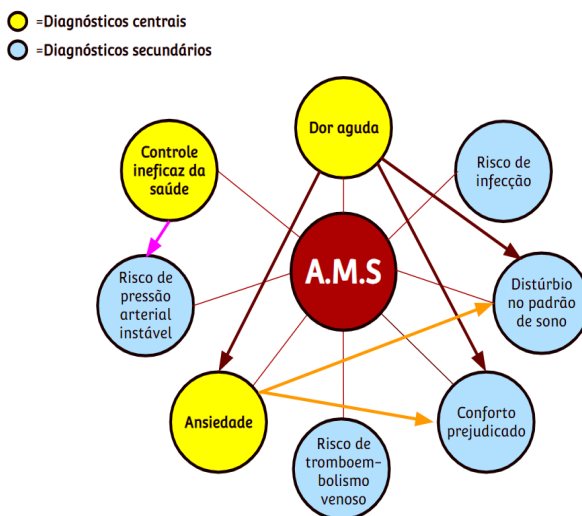


Figura 1 – Representação dos diagnósticos de enfermagem considerados para o caso clínico, suas conexões, diagnósticos de enfermagem centrais e secundários. Picos-PI, 2023.

A próxima etapa diz respeito ao estado atual, fase em que o enfermeiro descreve os enunciados diagnósticos, seguido dos fatores relacionados ou de risco e das características definidoras. Dessa forma, o estado atual do Sr. A.M.S. é descrito da seguinte maneira:

- Dor aguda (00132) relacionada a agente físico lesivo evidenciado por autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor e expressão facial de dor;
- Ansiedade (00146) relacionada a estressores evidenciada por insônia, medo e preocupação;
- Controle ineficaz da saúde (00078) relacionado a conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico evidenciado por

dificuldade com o regime prescrito;

Dor aguda é o diagnóstico central prioritário, pois a partir dele são derivados a maioria dos outros diagnósticos. No âmbito hospitalar, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, comumente associada a danos teciduais, podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40% a 60% dos casos, prevalecendo após cirurgias extensas, como as abdominais. A dor pode ainda causar mudanças nos sistemas, incluindo o sistema emocional, comprometendo o resultado do tratamento da lesão original (CAIXETA et al., 2012).

Esse problema tem repercutido de forma negativa na qualidade de vida do paciente, gerando-lhe o segundo diagnóstico central que é a ansiedade em relação ao período pós-operatório. O paciente mostrava-se claramente com o psicológico afetado e queixava-se de medo de que a dor que estava sentindo fosse causada por complicações da cirurgia.

Para analisar o nível de dor do paciente, foi realizada uma escala de mensuração verbal de dor. A escala variava de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa dor de intensidade grave. De acordo com a percepção do paciente sua dor foi relatada como nível 5, o que, de acordo com a escala, classifica-se como dor moderada. O paciente queixava-se de piora da dor na hora de dormir, o que acabou desencadeando mais dois diagnósticos secundários: distúrbio no padrão de sono e conforto prejudicado.

De acordo com Zandonai (2006), pacientes em pós-operatório que tem noites de sono mal dormidas, acabam tendo maiores níveis de dor nos dias posteriores, logo, a relação da intensidade da dor com a má qualidade do sono torna-se um ciclo vicioso, pois o paciente não consegue dormir confortavelmente por conta da dor aguda, e a dor vai piorando devido às noites mal dormidas.

Assim, após a classificação do diagnóstico, o profissional enfermeiro deve escolher os resultados que se espera que ocorram com o paciente em estudo. Essa etapa é denominada o estado do resultado, e a escolha destes é realizada a partir dos diagnósticos estabelecidos para o paciente durante o estado atual. A seguir, foram descritos os

resultados e as intervenções de enfermagem (tomada de decisão) para o principal diagnóstico de enfermagem do Sr. A.M.S.: dor aguda.

Os resultados identificados foram: nível de dor (2102); controle da dor (1605) e nível de desconforto (2109). Faz-se necessário a análise dos resultados identificados dos pacientes antes e depois das ações de intervenções, uma vez que isso possibilita a avaliação da evolução do estado de saúde dos pacientes no decorrer do tempo.

Posteriormente, na fase denominada teste, são identificados os indicadores que embasam os resultados de enfermagem estabelecidos. O nível de dor foi um resultado selecionado para o Sr. A.M.S. Há 17 indicadores que avaliam o progresso desse resultado. Novamente, o profissional enfermeiro deve selecionar os indicadores pertinentes ao paciente e classificá-los de um a cinco, sendo que um representa o estado, comportamento ou percepção menos desejável e o cinco o mais desejável (GONÇALVES, 2016). Os identificadores apropriados à situação clínica do Sr. A.M.S. são: dor relatada, duração dos episódios de dor e expressões faciais de dor (Quadro 1).

Para o resultado controle da dor, há 11 indicadores, dos quais, a mudança nos sintomas de dor relatada ao profissional de saúde é pertinente ao estudo clínico (Quadro 2). Já para o resultado nível de desconforto, existem 37 indicadores, entre os quais, dor e ansiedade são pertinentes para o caso clínico em questão (Quadro 3).

Quadro 1: Resultado nível de dor e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

NÍVEL DE DOR			
Indicadores	Estado Atual (07/04/2022)	Estado desejado	Tempo (h)
210201- Dor relatada	3*	4** (08/04/2022)	24h
210204 - Duração dos episódios de dor	3	4 (08/04/2022)	24h
210206 - Expressões faciais de dor	3	4 (08/04/2022)	24h

*3. Desvio moderado do normal; **4. Leve desvio da variação normal.

Quadro 02: Resultado controle da dor e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

CONTROLE DA DOR			
Indicadores	Estado Atual (07/04/2022)	Estado desejado	Tempo (h)
160513 - Retada mudanças nos sintomas de dor ao profissional de saúde	3*	5*** (08/04/2022)	24h

*3. Desvio moderado da variação normal; ***5. Sem desvio da variação normal.

Quadro 03: Resultado nível de desconforto e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

NÍVEL DE DESCONFORTO			
Indicadores	Estado Atual (07/04/2022)	Estado desejado	Tempo (h)
210901 - Dor	3*	4** (08/04/2022)	24h
160505 - Ansiedade	3	4 (08/04/2022)	24h

*3. Desvio moderado da variação normal; **4. Leve desvio da variação normal.

A próxima etapa diz respeito à tomada de decisão, a qual abrange a seleção e implementação das intervenções de enfermagem específicas que podem ser realizadas por meio da taxonomia *Nursing Intervention Classification* (NIC). Nessa fase, o enfermeiro identifica as intervenções e as ações de enfermagem que ajudarão o paciente a alcançar seus resultados desejados (BULECHECK, *et al.*, 2016).

As intervenções de enfermagem para dor aguda são: controle da dor e controle do ambiente: conforto. Cada intervenção de enfermagem compreende variadas atividades de enfermagem que devem ser selecionadas conforme a necessidade do paciente. A seguir, são

apresentadas as atividades de enfermagem para a intervenção controle da dor (Quadro 4) e, posteriormente, controle do ambiente: conforto (Quadro 5).

Quadro 4: Intervenções de Enfermagem controle da dor e suas atividades. Picos-PI, 2023.

Controle da dor: alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável ao paciente.
ATIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o impacto da experiência da dor sobre a qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho no trabalho e responsabilidades).
<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar estratégias de comunicação terapêutica para ter ciência da experiência da dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor.
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor.
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar, com o paciente e a equipe de saúde, a efetividade das medidas passadas de controle da dor que foram utilizadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a frequência necessária da avaliação do conforto do paciente e implementar um plano de monitoramento.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

Quadro 5: Intervenções de Enfermagem controle do ambiente: conforto suas atividades. Picos-PI, 2023.

Controle do ambiente: conforto - Manipulação do paciente para promover o máximo de conforto.
ATIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupções desnecessárias e permitir o período de repouso
<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p. ex., usar os princípios do alinhamento corporal e proteger a área da incisão).

É de fundamental importância que o profissional enfermeiro busque adequar as atividades descritas na tomada de decisão, como, por exemplo, assegurar cuidados analgésicos para o paciente, evitar interrupções desnecessárias e permitir o período de repouso, de acordo com a realidade do paciente e do serviço de saúde, as quais darão origem às prescrições.

Na etapa do julgamento, o profissional enfermeiro realizará uma reflexão com base nas observações e, posteriormente, irá julgar se o paciente se beneficiou dos cuidados e ações prestados, considerando as medidas tomadas e se o mesmo atingiu os resultados esperados. Com base no caso clínico citado, o enfermeiro avalia se houve uma diminuição no nível de dor, diminuição dos episódios de dor e se houve melhora na comunicação do Sr. A.M.S. das mudanças nos sintomas da dor ao profissional. Verifica-se a ausência de expressões faciais de dor ou autorrelato desse sintoma.

4. CONCLUSÃO

Por meio da utilização do modelo de raciocínio clínico *Outcome Present State-Test*, foi possível identificar as principais necessidades do paciente, seguir para o estabelecimento de prioridades de cuidados, bem como, escolher resultados esperados e intervenções de enfermagem orientadas.

Dessa forma, com a realização do estudo de caso clínico, foram encontradas limitações durante sua elaboração, relacionada ao curto período de contato com o paciente, o que pode comprometer a pertinência das informações relacionadas, visto que não há uma continuidade na observação delas. Apesar dessa limitação, este estudo estimula a busca e fornece conhecimento para que estudos futuros possam incorporar ferramentas para melhoria do atendimento a esses pacientes, contribuindo assim com o desenvolvimento, fortalecendo e instrumentalizando a equipe que irá atuar no atendimento ao trauma.

O raciocínio clínico realizado pelo OPT é uma importante ferramenta para a assistência aos pacientes em situações complexas, bem como um recurso valioso para o processo de ensino-aprendizagem, que impulsionará o processo de raciocínio clínico dos estudantes. O estudo tem importantes implicações para a prática clínica, ensino e pesquisa em enfermagem, pois aponta caminhos para aperfeiçoar as estratégias de ensino direcionadas à formação do raciocínio clínico e crítico de estudantes e enfermeiros, visando à aquisição de competências cognitivas e atitudinais mais fortalecidas.

REFERÊNCIAS

- AGRESTA, Vittoria Machado et al. Trauma Abdominal/Abdominal Trauma. **Revista Brasileira de Saúde**, v. 4, n. 5, pág. 23346-23353, 2021.
- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. Processo de Enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.
- BULECHECK GM, BUTCHER HK, DOCHTERMAN JM, WAGNER CM. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- CAIXETA, Laysa Ribeiro et al. Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 400-409, 2012.
- CARTER, Jeffrey W. et al. Será que realmente confiamos no jejum para a tomada de decisão no manejo do trauma abdominal fechado?. **Lesão**, v. 46, n. 5, pág. 817-821, 2015.
- CIROCCHI, Roberto et al. O manejo não cirúrgico é seguro e eficaz para todos os traumas contusos esplênicos? Uma revisão sistemática. **Critical Care**, v. 17, n. 5, pág. 1-8, 2013.
- FELICIANO, David V. Trauma abdominal revisitado. **The American Surgeon**, v. 83, n. 11, pág. 1193-1202, 2017.

- GONÇALVES, Laryssa Wilson Paiva; POMPEO, Daniele Alcalá. Aplicação do modelo outcome present state test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.
- GUYTHER, Jennifer E.; LINZER, Jeffrey F. Advances in Pediatric Abdominal Trauma: What's New in Assessment and Management. **Trauma Reports**, v. 17, n. 5, 2016.
- IBÁÑEZ-ALFONSO, Luz Eugenia et al. Planes de cuidados enfermeros de estudantes de pregrado: comparación de dos modelos. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 52, n. 1, p. 33-40, 2020.
- JUNIOR, MAFR, et al. Open abdomen in gastrointestinal surgery: Which technique is the best for temporary closure during damage control?. **World journal of gastrointestinal surgery**, v. 8, n. 8, p. 590, 2016.
- PESUT, D. J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook**. 1998; 46(1): 29-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9513228>.
- SEVILLA, J. C. R. Papel de enfermagem en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. **Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología**, n. 62, p. 25-31, 2014.
- STENGEL, Dirk et al. Algoritmos baseados em ultrassom de emergência para diagnóstico de trauma abdominal fechado. **Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas**, n. 9 de 2015.
- ZANDONAI, M. A. Qualidade do sono e sua relação com a intensidade diária de dor aguda pós-operatória. **Salão de Iniciação Científica (18.: 2006: Porto Alegre, RS). Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2006.**

CAPÍTULO IV

EXECUÇÃO DO MODELO *OUTCOME PRESENT STATE-TEST* NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTE ACOMETIDO POR TORÇÃO TESTICULAR

Mayra Raylane de Sousa Carvalho
José Rúbem Mota de Sousa
Dara Mendes Nogueira
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, através do modelo de raciocínio clínico OPT (*Outcome Present State- Test*), os diagnósticos, os resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com torção testicular. **Método:** Trata-se de um estudo de caso em que a coleta de dados foi realizada em abril de 2022, por meio de instrumento validado e direcionado às condições físicas do paciente. Os diagnósticos, resultados e intervenções se deram através do uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*) e sistematizados confirmo o modelo OPT. **Resultados:** O diagnóstico central foi integridade tissular prejudicada. Os resultados e as intervenções escolhidos foram relacionados ao estado da ferida operatória do paciente, a ansiedade, risco de infecção. **Conclusão:** A terceira geração do processo de enfermagem, representada pelo OPT, auxiliou na identificação das principais necessidades do paciente e direcionou o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chave: Torção do cordão espermático; Processo de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A torção testicular surge a partir da interrupção do suprimento sanguíneo nos testículos de um indivíduo, causada pela rotação do cordão espermático. Essa “pausa” do fluxo de sangue testicular explica a necessidade de rápida intervenção para preservação do órgão, pois um atraso no seu diagnóstico e tratamento poderá causar necrose testicular e perda completa do órgão acometido (LOPES; *et al*, 2018).

A torção do cordão espermático pode ser seguida de um trauma ou de maneira espontânea e resulta em isquemia dos testículos por conta do baixo influxo de sangue arterial e obstrução do retorno venoso, tendo assim ter que ser revertido o quanto antes para evitar demais complicações e manter a viabilidade do órgão (CUNHA; *et al*, 2018).

O paciente que é vítima desse diagnóstico pode apresentar dor testicular de início abrupto, podendo acordá-lo com dor incômoda, e geralmente associada a náuseas e vômitos, mas também sendo importante se atentar a outros diagnósticos diferenciais, considerando os testes realizados durante o exame físico, como o sinal de Angell – elevação e horizontalização do testículo afetado (CUNHA; *et al*, 2018).

Com a finalidade de ajudar no diagnóstico, a ultrassonografia com doppler (ondas sonoras emitidas diretamente nos órgãos e tecidos internos do corpo e os ecos produzidos nesse encontro geram imagens em tempo real) mostrou-se eficaz na diminuição do número cirurgias que exploram a integridade do corpo do paciente, mudança no tempo de internação hospitalar e até mesmo custos durante o tratamento. No entanto, exames de imagem correm o risco de atrasar o diagnóstico e o tratamento, levando-se a consequências de inviabilidade testicular (NETO, 2017).

Tendo em vista o quadro clínico, apresentação atípica e complicações locais e sistêmicas, a enfermagem é bastante cobrada no que se trata de raciocínio clínico aguçado para o tratamento do paciente. Dessa forma, é imprescindível que o raciocínio clínico e o pensamento crítico estejam presentes nas ações de cuidado. O uso do modelo de lógica OPT (*Outcome Present State-Test*) pode levar a um direcionamento mais específico do planejamento da assistência e a documentação. Esse meio veio para contribuir de forma positiva a equipe de enfermagem de modo que o cenário prático seja mais norteado quanto aos cuidados relacionados ao paciente.

Assim sendo, o método OPT é uma importante ferramenta que auxilia e incentiva novas habilidades cognitivas, no passo que transforma o estado de saúde atual do paciente para o real estado desejado. Com isso, o presente estudo tem o objetivo de identificar, através do modelo de raciocínio clínico OPT, os diagnósticos, os resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com torção testicular.

2. METODOLOGIA

Estudo de caso conduzido em uma Unidade de Internação Cirúrgica de uma instituição hospitalar regional do interior do Piauí, no mês de abril de 2022, por acadêmicos de enfermagem. A instituição hospitalar de médio porte é pactuado com cerca de 42 municípios da macrorregião de Picos, incluindo o Vale do Guaribas, Canindé e

Sambito. O hospital possui vínculo com a instituição de ensino supracitada, recebendo os alunos que realizarão suas aulas práticas, bem como o estudo para a realização deste trabalho.

Para a coleta de dados foi utilizado o ANEXO A da obra “Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto”, escrito por Alba Lúcia Bottura Leite de Barros. Além disso, o prontuário do paciente foi item importante para confirmação de dados e observação de exames complementares realizados.

O desenvolvimento do estudo para seu diagnóstico se deu através do modelo OPT, levando em consideração a história do paciente, lógica da pista (relação entre diagnósticos), estado atual do paciente, estado do resultado, tomada de decisão e julgamento (PESUT e HERMAN, 1998). Ademais, utilizou-se também os sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, NOC e NIC, responsáveis pelo desenvolvimento de diagnósticos, resultados e intervenções, respectivamente.

Esse estudo de caso foi realizado no senhor Miguel (nome fictício), internado na unidade clínica e cirúrgica para o tratamento de uma torção testicular e cuidados pós-operatório de uma Orquiectomia esquerda e Orquidopexia direita.

Resumo da história do paciente

A.M.C., sexo masculino, 65 anos, 67kg, casado, católico, trabalhador rural, natural e procedente da cidade de Jaicós-PI, sem histórico de alergias conhecidas. Sem histórico de Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras comorbidades crônicas. Admitido na emergência do Hospital Regional Justino Luz com histórico de dor intensa na região testicular, endurecimento, hiperemia e edema, chegando ao atendimento após 2h do início da dor. Relata que estava "pegando peso" enquanto trabalhava na roça e dor à palpação do testículo esquerdo, com sinal de Prehn negativo. Nega etilismo e tabagismo. Admitido para internação prévia na Ala C da instituição com diagnóstico de Torsão Testicular Esquerda, submetido à cirurgia de

Orquiectomia Esquerda + Orquidopexia Direita, evoluindo para internação na enfermaria no dia.

Os exames clínicos e laboratoriais realizados foram: Exame físico associado à história clínica (aumento da bolsa escrotal ipsilateral à lesão, presença de eritema e calor, sinal de Angell positivo, ausência de reflexo cremastérico ipsilateral à lesão e sinal de Prehn negativo) e ultrassonografia de testículo sem Doppler. Ao aferir os sinais vitais foi possível observar: pressão arterial 130x80mmHg; temperatura axilar 35,8°C; frequência cardíaca 92bpm e frequência respiratória 17rpm.

Ao exame físico apresentava-se orientado em tempo e espaço, consciente, comunicativo, eupneico, hipocorado, normocárdico, normotenso, deambula e faz higienização sem auxílio. Ao exame cabeça e pescoço: pupilas isocóricas fotorreativas, indolor à palpação dos seios paranasais, dentição completa, higiene bucal satisfatória, gânglios cervicais e auriculares palpáveis. Ao exame cardiopulmonar: tórax simétrico, boa expansibilidade e murmúrios vesiculares presentes. Ao exame abdominal: plano, indolor à palpação, maciço em hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo, timpânico nas demais regiões, ruídos hidroaéreos presentes. Eliminações fisiológicas normais (SIC). Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo. Sono insatisfatório. Aceita dieta via oral ofertada. Paciente queixa estar bastante ansioso e preocupado em relação a alteração corporal.

Presença de ferida operatória em região de bolsa escrotal, cicatrizando por primeira intenção, apresentando edema, rubor, com secreção exsudativa sanguinolenta, com pouco volume. Realizou-se troca de curativo oclusivo com técnica estéril, utilizando soro fisiológico 0,9%, gaze e AGE.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para resolução do caso do senhor Miguel, após a coleta de dados foi necessário elaborar a lógica da pista, nessa etapa as informações colhidas são analisadas, com o intuito de identificar o principal problema que o paciente apresenta, que é representado pelo diagnóstico

central, ou seja, aquele que se relaciona aos demais diagnósticos de enfermagem.

Podem existir mais de um diagnóstico central, sendo importante destacar que os diagnósticos centrais elaborados para o caso clínico em questão, por ordem de prioridade foram os seguintes: integridade tissular prejudicada, risco de recuperação cirúrgica retardada e distúrbio na imagem corporal.

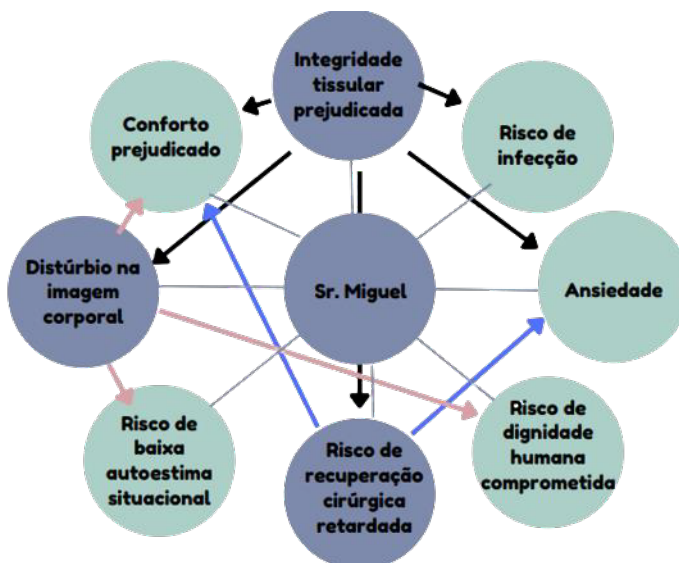


Figura 1 – Representação dos diagnósticos de enfermagem considerados para o caso clínico, suas conexões e diagnósticos de enfermagem centrais. Picos, Piauí, 2023.

Nessa representação, o paciente é colocado ao centro da figura, representando o centro da atenção, o que direciona o foco de atuação do profissional. Ao redor foram dispostos os diagnósticos encontrados, e as setas serviram para criar uma conexão visual entre eles e possibilitar a visualização dos principais. Os diagnósticos que representam melhor o caso descrito são os que mais distribuem setas, pois isso significa que os que recebem são decorrentes desses primeiros e ao aplicar as intervenções necessárias, os demais que se conectam podem ser solucionados conjuntamente. (GONÇALVES, *et al*, 2017).

O estado atual é a fase em que o enfermeiro descreve o título do diagnóstico, acompanhado dos fatores relacionados ou de risco e características definidoras. Dessa forma, o estado atual do Sr. Miguel é descrito da seguinte maneira:

- Integridade tissular prejudicada, relacionada a procedimento cirúrgico, caracterizada por dano tecidual, vermelhidão e hematoma;
- Risco de recuperação cirúrgica retardada, relacionada a edema no sítio cirúrgico e extremos de idade;
- Distúrbio na imagem corporal, relacionado a alteração na autopercepção e procedimento cirúrgico, caracterizado por alteração na estrutura corporal e ausência de parte do corpo.

Integridade Tissular Prejudicada é o principal diagnóstico central, porque dele partem a maioria das flechas, indicando que devido a ele, outros diagnósticos se fazem presentes.

Como a torção testicular é uma emergência causada pela rotação dos testículos e o conseqüente estrangulamento de seu suprimento sanguíneo, os sintomas incluem dor escrotal aguda e edema, náuseas e vômitos, sendo então essa a causa da sua internação e da necessidade de intervenção cirúrgica (GUIMARÃES, *et al.* 2007). O que ocasionou uma série de agravos a sua saúde e que se apresentaram como diagnósticos secundários. A orquiectomia esquerda mais orquidopexia direita, resultou em uma integridade tissular prejudicada, o que por vez levou o paciente a ter risco de recuperação cirúrgica retardada e distúrbio na imagem corporal.

Além disso, a integridade tissular prejudicada levou o paciente a ter outros diagnósticos secundários, como: conforto prejudicado, relacionado a privacidade insuficiente, caracterizado por alteração no padrão de sono, ansiedade e desconforto com a situação; distúrbio na imagem corporal, relacionado a alteração na autopercepção e procedimento cirúrgico, caracterizado por alteração na estrutura corporal e ausência de parte do corpo e risco de recuperação cirúrgica retardada, relacionada a edema no sítio cirúrgico e extremos de idade.

Aliado a isso, essas características da ferida operatória desenvolveram no paciente: ansiedade, relacionada à mudança importante, caracterizada por insônia e preocupações em razão de mudança em eventos da vida; risco de infecção, relacionado a alteração na integridade da pele e conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos.

O segundo diagnóstico principal do paciente a ser considerado é: distúrbio na imagem corporal, relacionado a alteração na autopercepção e procedimento cirúrgico, caracterizado por alteração na estrutura corporal e ausência de parte do corpo, pois levou o paciente aos seguintes diagnósticos secundários, como: conforto prejudicado, relacionado a privacidade insuficiente, caracterizado por alteração no padrão de sono, ansiedade e desconforto com a situação; risco de baixa autoestima situacional, relacionada a alteração da imagem corporal e risco de dignidade humana comprometida, relacionada à exposição do corpo e invasão de privacidade.

Ademais o terceiro e último diagnóstico principal que é risco de recuperação cirúrgica retardada, relacionada a edema no sítio cirúrgico e extremos de idade, acaba por desenvolver ansiedade e conforto prejudicado desse paciente. Posteriormente, após serem definidos os diagnósticos, os mesmos serviram de fonte para analisar a situação atual do paciente e basear a escolha dos resultados que se espera alcançar. (GONÇALVES; POMPEO, 2016). Desse modo, foram descritos os resultados e, posteriormente, as intervenções apenas para o principal diagnóstico de enfermagem do Sr. Miguel: integridade tissular prejudicada.

Os resultados identificados foram: cicatrização de feridas: primeira intenção (1102); autocuidado: higiene (0305); conhecimento: controle de infecção (1842); controle de riscos: processo infeccioso (1924); (MOORHEAD *et al*, 2016). Em seguida, o enfermeiro identifica os indicadores que sustentam os resultados de enfermagem (fase denominada teste).

Para o Sr. Miguel foi selecionado o resultado cicatrização de feridas: primeira intenção. Para este resultado existem 14 indicadores. O enfermeiro deve selecionar os indicadores pertinentes ao seu paciente e classificá-los dentro do nível um a cinco, sendo que um representa o estado, comportamento ou percepção menos desejável e o cinco o mais desejável. Os indicadores que se adequam ao caso clínico, são: formação de cicatriz, eritema na pele ao redor da ferida e edema em torno do ferimento. (Quadro 1).

Quadro 1 - Resultado cicatrização de feridas: primeira intenção e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

Indicadores	Estado atual (04/04/2022)	Estado desejado (05/04/2022)
110214 - Formação de cicatriz	3	5
110208 - Eritema na pele ao redor da ferida	3	5
110209 - Edema em torno do ferimento	3	5

Ressalta-se que a graduação dos indicadores é escolhida de forma subjetiva, pois a taxonomia não descreve a diferença entre os níveis de classificação geral dos resultados a serem observados em cada indicador. Consequentemente esses parâmetros, serão definidos através da aplicação do conhecimento, experiências e vivências da equipe. (GONÇALVES; POMPEO, 2016).

A seguir, destacam-se os demais resultados e seus indicadores para o diagnóstico de integridade tissular prejudicada, de forma descritiva:

- Autocuidado: higiene (0305): Limpeza da área do períneo (030503); Manutenção de uma boa higiene (030517).
- Conhecimento: controle de infecção (1842): Fatores que contribuem para a transmissão (184202); Práticas de redução da transmissão (184203); Importância da higiene das mãos (184207).
- Controle de Risco: Processo infeccioso (1924): Fatores

que contribuem para a transmissão (184202); Práticas de redução da transmissão (184203); Importância da higiene das mãos (184207).

Após serem selecionados os resultados, segue a tomada de decisão que envolve a seleção e implementação das intervenções de enfermagem específicas, que podem ser realizadas por meio da Nursing Intervention Classification (NIC) (BULECHEK, *et al*, 2015). O enfermeiro identifica as intervenções e as ações de enfermagem que ajudarão o paciente a alcançar seus resultados desejados.

As intervenções de enfermagem encontradas para integridade tissular prejudicada, incluem: cuidados com o local de incisão, proteção contra infecção, cuidados com lesões e controle de infecção. Cada intervenção de enfermagem possui diversas atividades de enfermagem, que devem ser escolhidas conforme a necessidade do paciente. Abaixo estão apresentadas as atividades de enfermagem para a intervenção: cuidados com o local de incisão. (Quadro 2).

Quadro 2 – Intervenções de Enfermagem cuidados com o local de incisão. Picos, Piauí, 2023.

Cuidados com o local de incisão
Atividades:
<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o local da incisão quanto hiperemia, edema ou sinais de deiscência e evisceração; • Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão; • Monitorar sinais e sintomas de infecção na incisão; • Limpar da área mais limpa para a menos limpa; • Trocar o curativo a intervalos apropriados; • Aplicar curativo apropriado para proteger a incisão; • Ensinar ao paciente/família formas de cuidar da incisão, inclusive sinais e sintomas de infecção.

O enfermeiro deve ajustar as atividades descritas conforme for a realidade do paciente e do serviço, as quais darão origem às prescrições. Para isso, irá definir a frequência e a melhor maneira de implementá-las, e quais profissionais e especialidades contribuirão, além de garantir que as atividades sejam compreendidas pelos membros da equipe, paciente e família (GONÇALVES; POMPEO, 2016). Ainda assim, o

profissional deverá orientar o paciente e a família quanto às modalidades de tratamento, restrição de atividade e evolução.

O enfermeiro deve decidir quais atividades farão parte do plano de ação do paciente e qual a melhor forma de executá-las, considerando-se, sempre, a prática baseada em evidências. O julgamento é o processo de tirar conclusões com base nas medidas tomadas, ou seja, o enfermeiro irá julgar se o paciente se beneficiou dos cuidados prestados e se atingiu os resultados esperados. Nessa fase, o enfermeiro usa a reflexão, fazendo observações enquanto pensa nas situações do cliente (GONÇALVES; POMPEO, 2016).

Tendo em vista o caso apresentado, o Sr. Miguel será avaliado quanto ao tempo determinado no plano de cuidados, no que se refere ao processo de cicatrização, controle de riscos, limpeza da área, troca de curativos, além de entender se o paciente e família adquiriram o conhecimento necessário para cuidar da incisão e estarem atentos aos sinais e sintomas que surgirem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo OPT constitui-se um método útil para a enfermagem, que possibilita concluir o diagnóstico de enfermagem central para o paciente em estudo ao propiciar a identificação das prioridades do plano de cuidados e a seleção de resultados e intervenções direcionadas.

Ao proporcionar o raciocínio clínico permite ser uma ferramenta importante para sistematizar o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes voltados aos pacientes em situações complexas. O estudo permite uma importante ferramenta para a prática clínica, ensino e pesquisa em enfermagem, ao propiciar caminhos e estratégias de ensino a formação do raciocínio clínico de estudantes e enfermeiros.

Para ser possível sua implementação deve-se analisar a realidade do paciente e do serviço e ajustar as atividades a serem realizadas a partir das prescrições de enfermagem, definir a frequência e a melhor forma de executá-las, quais profissionais e especialidades

contribuirão, além de garantir que as atividades sejam compreendidas pelos membros da equipe, paciente e família.

O estudo torna-se limitado devido a duração e encontros das aulas práticas da disciplina, pois não permite o acompanhamento a longo prazo do paciente, para que os cuidados implementados fossem avaliados durante o processo.

Referências

- BULECHEK, Bulechek et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015.
- CUNHA, C. E. B. da. *et al.* **Torção de testículo: Suspeita clínica e abordagem**. BVS, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883054/24-torcao-testicular.pdf>. Acesso em: 14 de junho, 2022.
- GONÇALVES, Laryssa Wilson Paiva; POMPEO, Daniele Alcalá. Aplicação do modelo outcome present state test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.
- GONÇALVES, L. W. P. et al. Comparação dos diagnósticos de enfermagem elaborados por enfermeiros pesquisadores e enfermeiros clínicos: reflexão acerca do raciocínio clínico. **Unifunc Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 3, n. 5. 2019.
- GUIMARÃES, Sergio Botelho et al. Estresse oxidativo induzido por torção do cordão espermático em ratos jovens. **Acta cirúrgica brasileira**, v. 22, p. 30-33, 2007.
- LOPES, M. T. *et al.* **Torção de testículo: artigo de revisão**. BVS, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882867/torcao-de-testiculo-artigo-de-revisao.pdf>. Acesso em: 14 de junho, 2022.
- MOORHEAD, Sue et al. **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2016.
- PESUT D. J.; HERMAN J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook**, [s.l.], 46(1): 29-36, 1998. DOI: 10.1016/s0029- 6554(98)90022-7. Acesso em: 14 de junho, 2022.

CAPÍTULO V

UTILIZAÇÃO DO *MODELO OUTCOME PRESENT STATE-TEST* EM PACIENTE COM COMPLICAÇÕES EM FRATURA DE ANTEBRAÇO

Ariedna da Hora Ferreira
Danielle Gomes Pereira de Souza
Ruan Everton de Souza Silva
Vanessa Alves Monteiro da Silva
Wesley Moreira Ferreira
Midian Pereira dos Santos
Wellen Eduarda Alves dos Santos
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, por meio do modelo de raciocínio clínico Outcome Present State-Test (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com complicações em fratura do antebraço esquerdo vítima de acidente automobilístico. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em uma unidade de cuidados cirúrgicos. A coleta de dados consistiu na identificação e caracterização do paciente, antecedentes clínicos, anamnese e exame físico. Os diagnósticos, resultados e intervenções foram realizados com o uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC). **Resultados:** O diagnóstico central foi a integridade da pele prejudicada. Os resultados e as intervenções escolhidos foram relacionados à Integridade Tissular: Pele e mucosas, Nível de ansiedade, Nível de dor, Eliminação Intestinal, Cicatrização de Feridas: primeira intenção, Consolidação Óssea, Consequências da Imobilidade: fisiológicas, Sono, Mobilidade, locomoção e conhecimento: atividade prescrita. **Conclusão:** Conclui-se que a utilização do modelo OPT auxiliou na identificação das principais necessidades do paciente e norteou o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chaves: Cuidados de enfermagem; Fraturas ósseas; Processo de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O trauma caracteriza-se como um conjunto de lesões anatômicas, consequência de um impacto entre estruturas corporais e o meio, resultante de ações descuidadas, desconhecimento ou ignorância; considerado a maior causa dos atendimentos prestados nos hospitais de urgência e emergência, e consequentemente um importante agravante à saúde pública, pois trazem risco iminente à vida. Tais agravos podem ser provocados por causas externas, sendo de intencionalidade ou não, têm início súbito e consequências instantâneas; são exemplos: quedas, afogamento, acidentes no trânsito; como também suicídios e lesões autoprovocadas (BETELHOV, 2020).

Dados registram que o trauma é responsável por cerca de 10% das causas de mortalidade mundial, causando em média 9 mortes por minuto. Também é responsável por grande número de incapacidade permanente, sobretudo os acidentes motociclísticos, com estimativa de 20,1% dos casos e com maior prevalência no sexo masculino (ALVES, 2018).

Quando associado a uma fratura exposta, o trauma torna-se ainda mais grave, pois permite o contato de microrganismos potencialmente prejudiciais ao organismo advindos do meio externo, o qual normalmente encontra-se destituído do meio interno pela estrutura da pele. Uma das principais complicações relacionada a essa exposição é a osteomielite, infecção óssea resultante do contato de microrganismos patogênicos do ambiente ou da pele adjacente com a porção interna do osso fraturado (FRAME, 2017).

Um dos eventos traumáticos que podem culminar em fraturas expostas é a lesão por esmagamento. Nesses casos o evento traumático gera uma fratura óssea e muscular, conseqüente hemorragia em compartimentos do músculo. A hemorragia muscular libera na corrente sanguínea mioglobina e potássio que em situações homeostáticas encontram-se armazenados nas células musculares. A mioglobina é uma proteína muscular de grande peso molecular, ao alcançar os néfrons não conseguem ser facilmente filtradas e excretadas causando uma sobrecarga renal e conseqüente insuficiência. O potássio é um íon que nas células miócitos cardíacos induz a excitação da bomba de sódio e potássio, com a grande carga que chega a essas células devido a liberação pela lesão, as células cardíacas são superestimuladas gerando arritmias cardíacas (FRAME, 2017).

De acordo com a Resolução COFEN-567 de 2018, cabe ao profissional enfermeiro participar da avaliação, elaboração de protocolos e indicação de novas tecnologias para prevenção e tratamento de feridas. Dentre os cuidados de enfermagem referente à feridas o cuidado com as feridas expostas se mostra imprescindível no ambiente pré-hospitalar e da mesma forma no ambiente intra hospitalar após a ocorrência do procedimento cirúrgico.

Assim, dada a complexidade do adoecimento em casos de fraturas, é demandado dos enfermeiros o raciocínio clínico a fim de reconhecer, compreender, organizar e planejar intervenções de enfermagem de modo que o cuidado seja feito de forma segura e eficiente (GONÇALVES, 2019). Para o desenvolvimento do raciocínio

lógico é utilizado o modelo *Outcome Present State-Test* (OPT), no qual permite a construção de uma cadeia de diagnósticos com o propósito de inter-relacionar os principais aos secundários, e a partir da criação dessa cadeia o enfermeiro é feita a associação dos diagnósticos encontrados e delimitado quais são as prioridades (SILVA, 2021).

A enfermagem tem significativo papel frente às demandas traumáticas, desde o atendimento pré-hospitalar até os momentos de recuperação. Portanto, é necessário enfatizar experiências que capacitem os estudantes e profissionais, essencialmente, no direcionamento do cuidado ao realizar o Processo de Enfermagem; para selecionar as principais intervenções, métodos e sua melhor execução, de modo a também desempenhar uma orientação de autocuidado eficaz, e possibilitar o retorno do paciente à sua residência; tornando-o protagonista para a progressão das atividades rotineiras (COUTO *et al.*, 2021).

A finalidade do presente estudo é identificar, por meio do modelo de raciocínio clínico *Outcome Present State-Test*, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com complicações em fratura do antebraço esquerdo vítima de acidente automobilístico.

2. MÉTODO

O presente trabalho é referente a um estudo de caso clínico realizado em uma enfermagem de internação do setor de cirurgia em uma instituição hospitalar regional do interior do Estado do Piauí. O hospital é uma instituição regional pública de médio porte, pactuado com a Universidade Federal do Piauí - UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros-CSHNB, para o desenvolvimento de atividades acadêmicas dos cursos da saúde da instituição.

O paciente foco deste estudo foi selecionado durante as atividades práticas da disciplina "Prática de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências" do curso Bacharelado em Enfermagem da instituição de

ensino supracitada, e a coleta de dados foi realizada em Setembro de 2022.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento metodológico dividido em 6 partes: a) identificação, b) informação sobre a doença e o tratamento, c) hábitos, d) exame físico/informações relevantes sobre órgãos e sistemas, e) psicossocial e f) dados específicos de cada área; elaborado pelo grupo de estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP-EPM) extraído do livro “Anamnese e Exame Físico 3ª edição” de Alba Lúcia Bottura Leite de Barros.

O processo de raciocínio diagnóstico foi realizado por meio do modelo OPT, considerando-se as fases: história do paciente (coleta de dados); lógica da pista (avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese); estado atual (situação real do paciente no momento); estado do resultado (resultados esperados); teste (seleção dos indicadores de resultados); tomada de decisão (escolha das intervenções); e julgamento (avaliação) (PESUT; HERMAN, 1988).

Ressalta-se que a coleta de dados e o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem foram realizados por graduandos em enfermagem sob supervisão do professor orientador e embasados nas taxonomias NANDA-I, NOC e NIC. Os resultados, indicadores e intervenções foram realizados pelos graduandos de forma conjunta, sendo posteriormente discutidos com o orientador.

O caso clínico apresentado neste estudo é referente ao paciente J.V.C., internado na unidade de enfermagem cirúrgica para recuperação de um procedimento com limpeza mecânica cirúrgica (LMC) e fixação do antebraço esquerdo, resultante de fratura por esmagamento na região.

Resumo da história do paciente

Paciente J. V. C., 49 anos, sexo masculino, branco, casado, residente na cidade de Padre Marcos - PI, diagnosticado com fratura por esmagamento de antebraço esquerdo, deu entrada no hospital público

de referência de Picos-PI, no dia (25/08/2022) às 13:08h pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com caráter de urgência, vítima de capotamento em acidente automobilístico, apresentando fratura exposta no MSE. Às 14h53 foi submetido à cirurgia para reparação de danos da fratura e à limpeza mecânica. Paciente hipertenso, nega etilismo e tabagismo (SIC). Quanto aos antecedentes familiares, o paciente possui histórico de hipertensão e diabetes na família. Sobre condições de moradia reside em zona rural e com acesso à saneamento. Encontra-se com higiene satisfatória, com roupas limpas, costuma tomar banho pela manhã e pratica exercícios físicos regularmente. Sono e repouso insatisfatórios. Quanto aos hábitos alimentares não possui uma dieta balanceada, costuma comer 5 vezes ao dia. Eliminações intestinais irregulares, e urinárias regulares. Orientado em tempo e espaço, deambula sem auxílio. Ao exame físico: cabeça e pescoço sem anormalidades. Aparelho respiratório: Tórax simétrico, normolíneo e sem alterações, oxigenação em ar ambiente, eupneico, murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos adventícios. Quanto ao aparelho cardiovascular: precórdio normodinâmico, ausência de turgência jugular patológica, normocárdico, AC com BNF 2/T. Abdome: plano, ausência de dor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes e normativos, sem massas palpáveis. Apresenta parestesia no antebraço esquerdo com presença de edema. Aparelho geniturinário sem anormalidades. Extremidades bem perfundidas, pulsos periféricos palpáveis do tipo filiforme, sem apresentação de cianose. Exames laboratoriais do dia 31/08 evidenciando: Leucócitos e plaquetas alteradas, respectivamente: 12.100 mm³ e 534.000 mm³. No dia 01/09 o paciente encontrava-se sob uso de Ceftriaxona, Clindamicina, Tilatil, Dipirona, Tramadol, Ondansetrona e Captopril.

(01/09/2022) às 11:20- J.V.C, sexo masculino, 49 anos, 7º dia de pós-operatório (DPO) de trauma por esmagamento do antebraço esquerdo e Limpeza mecânica cirúrgica (LMC). Segue consciente e orientado em tempo e espaço, fala fásica, receptivo ao diálogo e discurso coerente, inquieto e ansioso, deambula normalmente, normocorado,

normotenso, eupneico e normocardico. AP com MV(+) e ACP BNF 2/T. Apresenta parestesia no antebraço esquerdo com presença de edema. Realizada a troca de curativo da lesão na região do MSE com apresentação de secreção purulenta, edema, prurido, flictenas, macerações por toda a extensão da lesão, alterações da cor da pele e proliferação de colônias de fungos com aspecto de “mofo”, utilizando clorexidina degermante, água destilada, vaselina como creme de barreira e colagenase em região de colonização de fungos e perfuração de flictenas. AVP em MSE preservado, sem sinais flogísticos. Higiene corporal satisfatória, dieta oral com aceitação parcial. Eliminações intestinais diarreicas há 4 dias (SIC). Sono e repouso insatisfatórios. Relata dor com pontadas e parestesia do antebraço E. Realizado orientações para acompanhante e paciente sobre os cuidados necessários com a ferida operatória. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem. Dados vitais: FC: 90 bpm, FR: 15 irpm, TAX: 37,5°C, PA: 150 x 100, SpO2%: 91.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ulteriormente a etapa da coleta de dados, seguiu-se para produção de um raciocínio congruente que melhor conduzisse o caso. O momento de logicidade proporciona ao enfermeiro reconhecer o(s) diagnóstico(s) central(is), em outras palavras, o diagnóstico que interliga-se aos demais diagnósticos secundários de enfermagem, direcionando a medidas assertivas para resolução da problemática, com maior eficiência e agilidade.

Logo, para a apuração do caso de J.V.C, os diagnósticos centrais designados, por ordenação quanto à precedência, foram: integridade da pele prejudicada, proteção ineficaz e dor aguda. A Figura 1 apresenta interpretação dos diagnósticos de enfermagem apontados para o caso clínico, suas ligações e diagnósticos de enfermagem apontados como centrais.

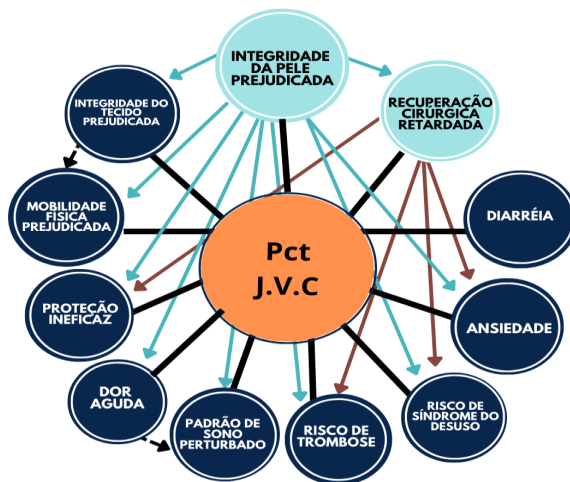


Figura 1: Representação dos diagnósticos de enfermagem apontados para o caso clínico, suas ligações e diagnósticos centrais. Picos, Piauí, 2023.

O estado vigente do paciente é definido como o momento no qual o profissional de enfermagem retrata os principais diagnósticos, seguido dos fatores relacionados ou então de riscos e características definidoras.

Destarte, o estado atual do paciente J.V.C pode ser estruturado a partir de 11 diagnósticos, sendo 2 centrais e 9 secundários, como se segue:

- Integridade da pele prejudicada (00046): Relacionado a agente de lesão física, secreções e edema, evidenciado por dor aguda, bolha, pele macerada, cor da pele alterada, prurido e sangramento.
- Recuperação cirúrgica retardada (00100): Relacionado a Dor persistente, evidenciada por cura interrompida da área cirúrgica, tempo excessivo necessário para recuperação e expressão de desconforto.
- Integridade do tecido prejudicada (00044): Relacionado ao conhecimento inadequado do cuidador sobre como manter a integridade

do tecido e secreções, evidenciada por dor aguda, diminuição da amplitude de movimento e sensação de formigamento.

- Proteção ineficaz (00043): Relacionado a dificuldade para gerenciar tratamentos complexos, evidenciado por cicatrização do tecido prejudicada e mobilidade física prejudicada.

- Mobilidade física prejudicada (00085): Relacionado a dor e a ansiedade, evidenciado por expressão de desconforto e movimento lento.

- Dor aguda (00132): Relacionado a agente de lesão física, evidenciado por comportamento expressivo e autorrelatado usando escala padronizada da dor, expressão facial de dor e posição para aliviar a dor.

- Padrão do sono perturbado (00198): Relacionado ao desconforto e perturbações ambientais evidenciadas pela dificuldade para adormecer e permanecer dormindo.

- Risco de trombose (00291): Relacionado a mobilidade física prejudicada e gestão ineficaz de medidas preventivas.

- Risco de Síndrome do Desuso (00040): Relacionado a dor, associado a imobilização e restrição dos movimentos.

- Diarreia (00013): Relacionado o tratamento medicamentoso, evidenciada por urgência intestinal e ruídos hidroaéreos hiperativos.

- Ansiedade (00146): Relacionado a dor e ameaça à condição atual, evidenciado por Expressa preocupação, inquietação e insegurança.

A pele consiste em uma barreira fundamental de proteção para o corpo, visto que é de influência primordial quanto a sensibilidade, flexibilidade e vascularização, umidade tal como a cor do tecido estejam mantidos. Devido a pele ser o maior órgão do corpo, torna-se mais vulnerável a sofrer lesões quando comparada a outros tecidos, já que recobre a exterioridade do corpo (FRAME, 2017).

A integridade da pele prejudicada é definida como o diagnóstico central, visto que a partir dele distribui-se o maior número de flechas, mostrando que, em razão dele, os demais diagnósticos se instituem. A

integridade da pele prejudicada é citada como uma condição onde o indivíduo mostra uma lesão, seja ela na mucosa, córnea e tecido cutâneo, reunindo como características definidoras a solução de continuidade da pele, tanto quanto a eliminação das camadas da pele e invasão de sistemas do corpo (BERSUSA; LAGES, 2004).

As feridas operatórias encontram-se entre as complicações pós-cirúrgicas frequentemente achadas e, geralmente, apresentam uma resposta fácil e exibindo baixo impacto na morbimortalidade cirúrgica. Apesar de não ser algo muito habitual, pode ocorrer um processo infeccioso desmedido que em algumas situações, pode vir a progredir para impactos sistêmicos gravíssimos quando não tratado de forma adequada. Todas essas camadas suturadas ao fim do procedimento compõem a ferida operatória, assim como suas complicações podem estar situadas em um ou mais desses pontos (KOLASIŃSKI, 2019).

Enfatiza-se a dor como uma das complicações prevalentes quando relacionadas a traumas (WELLS; PASERO; MCCAFFERY, 2008), sendo que o diagnóstico para dor esteve bastante presente no paciente estudado. A dor aguda foi incluída como um dos diagnósticos para o caso clínico e dada sua subjetividade, como uma experimentação sensorial e emotiva desconfortável, cada pessoa compreende sua definição, por meio de vivências referentes a eventos vivenciados. A vítima de trauma apresenta a dor associada à integridade da pele prejudicada, que devido sua presença pode desencadear vários problemas ao organismo, dentre eles, a ansiedade e padrão de sono perturbado.

O surgimento de flictenas se enquadra como uma das complicações associadas à cirurgias ortopédicas. Por definição, entende-se flictenas como uma “bolha” de líquido sob a epiderme, resultante da separação entre derme e epiderme (SHARMA, 2018). Tal coleção de líquido pode ser oriunda de diversas causas, dentre elas, em casos de fraturas e esmagamentos, como no referido estudo, trauma grave com várias fraturas e lesões musculares, interferindo, assim, na reabilitação do doente (BUCHOLZ *et al.*, 2013).

Segundo o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into), atividades preventivas à trombose foram desenvolvidas entre o público em geral. A trombose é desencadeada devido o entupimento de veias que comumente é visto após a cirurgia ou até por conta da falta de mobilidade. De acordo com o Into, entre 7.560 cirurgias efetuadas, 151 delas tiveram o retorno de pacientes em consequência da trombose, isto é, 2% (BRASIL, 2021). O quadro do paciente gera alerta, dado a trombocitose- aumento na contagem de plaquetas- demonstrada através dos exames (534.000 mm^3), que pode ser originada do trauma e infecções associadas à ferida operatória, necessitando de maior investigação do quadro clínico e prevenção à complicações.

A recuperação cirúrgica é um processo variável e complexo que prolongada pode impactar negativamente na qualidade de vida do paciente, sendo elencada como um dos principais diagnósticos dado o surgimento de diversos problemas em decorrência dela. A NANDA-I caracteriza o processo de recuperação cirúrgica tardia como sendo “Extensão do número de dias pós-operatórios necessários para iniciar e realizar atividades que mantenham a vida, a saúde e o bem-estar”.

Assim, é possível inferir que além do impacto sobre o indivíduo, há o acometimento do sistema hospitalar que passa a demandar maior investimento a fim de contornar possíveis eventos que prolonguem a recuperação do paciente (ROMANZINI *et al.*, 2015). No referido caso, os DIH foram prolongados devido a infecção que se instaurou no sítio cirúrgico, interrompendo o processo natural de cicatrização e resultando em sérios desconfortos.

Um dos diagnósticos de enfermagem elencados ao paciente é o quadro de diarreia. Encontra-se na categoria de diagnósticos secundários uma vez que tal disfunção intestinal advém da antibioticoterapia empregada no combate à infecção instaurada na ferida operatória. A diarreia associada a antibióticos (DAA), pode ser resultante de fatores ligados à medicação, tais como: tipo de droga utilizada, espectro de atuação, dosagem, possíveis associações de

antimicrobianos e fatores associados ao paciente - gravidade da infecção em tratamento, presença de comorbidades e dentre outros fatores intrínsecos.

A diarreia é encontrada como efeito adverso de diversos tipos de antibióticos, sendo os mais citados na literatura: amoxicilina + clavulanato (10 a 25 %), cefixima (15 a 20 %), ampicilina e demais penicilinas, em 5 a 11% dos casos, outras cefalosporinas (2 a 6 %), fluoroquinolonas (2 a 5 %), azitromicina (2 a 5%), claritromicina, tetraciclina, eritromicina, carbapenemas (2 a 5 %), outros menores que 2 % (BARTLETT, 2002). Resgatando o histórico do paciente, observa-se que este estava em uso de Ceftriaxona Clindamicina- lincosamida em associação à (cefalosporina de terceira geração), desencadeando assim a (DAA).

Perante o exposto, a diarreia pode ser compreendida como um crescimento no volume de água e eletrólitos presentes nas fezes, ocasionando a formação constante de fezes mal formadas. Em decorrência do comprometimento na proporcionalidade entre a reabsorção e secreção por mucosa intestinal, suscitando na liquidação das excretas; dentre os fatores de risco para diarreia está o uso recente de antibióticos em que os pacientes podem estar propensos quando expostos a tratamento com tais medicamentos (MORAES; CASTRO, 2014).

Subsequentemente foram expostos os resultados e, em seguida, as intervenções exclusivamente para o diagnóstico central de enfermagem do paciente J.V.C : integridade da pele prejudicada (HERDMAN, 2021).

Os resultados identificados foram: Integridade Tissular: Pele e mucosas - (1101), Nível de ansiedade (1211), Nível de dor - (2102), Eliminação Intestinal - (0501), Cicatrização de Feridas: primeira intenção - (1102), Consolidação Óssea - (1104) Consequências da Imobilidade: fisiológicas - (0204), Sono - (0004), Mobilidade - (0208); Locomoção (0200), conhecimento: atividade prescrita (1811) (MOORHEAD *et al.*, 2016).

O profissional de Enfermagem precisa verificar os resultados dos seus pacientes previamente e após as intervenções. Com isso, proporciona que o enfermeiro avalie o progresso da situação de saúde dos pacientes ao decorrer da assistência.

Posteriormente, deu-se início a etapa de avaliação, no qual o enfermeiro verifica os indicadores que comprovem os resultados de enfermagem. A integridade da pele prejudicada foi um dos resultados selecionados pelo paciente J.V.C. Há 21 indicadores que classificam a evolução desse resultado. O enfermeiro ao selecionar os indicadores apropriados para seu paciente deve então agrupá-los e categorizá-los de um a cinco, sendo que um significa a condição, comportamento ou noção menos esperada e cinco, o mais esperado. Os indicadores adequados ao quadro clínico do paciente J.V.C são: Integridade da pele, lesão de pele, pigmentação anormal, tecido cicatricial e necrose (Quadro 1).

Quadro 1: Resultado da Integridade da pele prejudicada e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

Integridade Tissular: Pele e mucosas – (1101)			
Indicadores		Estado atual (01/09/2022)	Estado desejado
110113	Integridade da pele	***1	##5 (01/10/22)
110115	Lesões de pele	**2	##5 (16/09/22)
110105	Pigmentação anormal	**2	##5 (21/09/22)
110117	Tecido cicatricial	***1	##5 (01/10/22)
110123	Necrose	**2	##5 (16/09/22)

***1 Gravemente comprometido; **2 Muito comprometido; *3 Moderadamente comprometido; #4 Levemente comprometido; ##5. Não comprometido.

No (Quadro 2) encontra-se elencado os resultados para Cicatrização de feridas por primeira intenção e seus devidos indicadores, embora haja 14 indicadores, 4 são aplicáveis ao caso : Aproximação das bordas de ferimento, drenagem serosa, eritema na

pele ao redor da ferida edema em torno do ferimento. Os indicadores aqui mencionados relacionam-se ao diagnóstico de recuperação cirúrgica retardada, uma vez que a presença destes evidenciam a interrupção da cura da área cirúrgica.

Quadro 2: Resultado da dor e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

Cicatrização de Feridas: primeira intenção - 1102			
Indicadores		Estado atual (01/09/2022)	Estado desejado
110213	Aproximação das bordas de ferimento	*3	##5(01/09/22)
110203	Drenagem serosa	*3	*** (08/09/22)
110208	Eritema na pele ao redor da ferida	##5	*** (08/09/22)
110209	Edema em torno do ferimento	#4	*** (08/09/22)

***1 Nenhum; **2 Limitado; *3 Moderado; #4 Substancial; ##5. Extenso.

Assim, as intervenções e condutas de enfermagem são efetuadas com auxílio do *Nursing Intervention Classification* (NIC), uma vez que a execução da assistência beneficiará o paciente a obter os resultados esperados.

As intervenções de enfermagem para Cuidados com Lesões: Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor, limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado, aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão, manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado, trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem, examinar a lesão a cada troca de curativo, comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão, orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão, documentar local, tamanho e aspecto da lesão, encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado. O

(Quadro 3) apresenta as atividades de enfermagem para a intervenção na promoção do exercício.

Toda intervenção de enfermagem contém várias ações de enfermagem, as quais têm de ser definidas conforme a demanda dos pacientes. O quadro 3 expõe as ações de enfermagem para a realização de intervenções apropriadas.

Quadro 3: Intervenções de Enfermagem promoção de cuidados com lesões. Picos, Piauí, 2023.

Cuidados com Lesões (3660): Prevenção de complicações em feridas e promoção da cicatrização.
Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor;
Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado;
Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão;
Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado;
Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem;
Examinar a lesão a cada troca de curativo. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão;
Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão;
Documentar local, tamanho e aspecto da lesão;
Encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

As condutas outrora citadas além de possíveis competem ao profissional de enfermagem, que de forma assertiva deve promover o cuidado à ferida operatória. Destarte, através da resolução do problema central as demais causas também serão atenuadas, reduzindo assim os dias de internação hospitalar e o sofrimento do paciente.

Logo, expostas às práticas, o profissional de enfermagem é capaz de ajustá-las conforme as demandas do paciente, ordenadas, por exemplo, segundo a periodicidade, o tempo, e o profissional responsável integrado a equipe de assistência multiprofissional. Para a análise do caso, o enfermeiro irá observar se benefícios foram ofertados para o

paciente através dos cuidados prestados e se os resultados desejados foram obtidos com êxito.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Valendo-se do emprego do modelo OPT, foi possível pontuar e analisar as necessidades como: cuidado com as lesões e controle da dor, estabelecendo integridade da pele prejudicada como o diagnóstico principal. A escolha se deve ao fato de este diagnóstico está relacionado direta ou indiretamente a diagnósticos secundários e, ao serem planejadas e executadas as medidas de intervenção relacionadas à este, implicaria em uma melhora geral do quadro do paciente.

Ademais, foi possível, posteriormente, determinar os demais diagnósticos relacionados ao caso e elaborar um plano de intervenções associadas aos resultados esperados, auxiliando o Processo de Enfermagem, fundamental para a tomada de decisão clínica correta.

Destarte, o modelo em questão, além de útil ao desenvolvimento de raciocínio clínico interligado aos discentes através do emprego deste estudo de caso, também é de grande valia à prática rotineira nas instituições, pois rompe o processo fragmentado e envolve todos os aspectos necessários a serem tratados, agilizando a melhora do estado de saúde do paciente por meio de intervenções mais efetivas.

REFERÊNCIAS

- ACKLEY, B. J. *et al.* **Manual de diagnóstico de enfermagem, reimpressão revisada com 2021-2023 NANDA-I® Updates-E-Book.** 12 ed. Elsevier Ciências da Saúde, 2021.
- ALVES, Gabrielly Cristina Quintiliano *et al.* Vítimas de trauma por quedas atendidas em unidade de pronto socorro adulto: estudo transversal. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 3, 2018.
- BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 471-471, 2016.
- BARTLETT, J. G. Diarréia associada a antibióticos. **New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 5, p. 334-339, 2002. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp011603?articleTools=true>. Acesso em: 26. nov. 2022.
- BERSUSA, A. A. S.; LAGES, J. S. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 3, n. 1, p. 081-092, 2004. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5521/3511>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BOTELHO, V. S. *et al.* Fraturas de membro superior em hospitais de nível terciário e suas implicações para a saúde pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e4196, 24 set. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4196>. Acesso em: 26 nov. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Into lança alerta sobre o risco de trombose. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO)**, [s.l.], [2021]. Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/area-de-imprensa/noticias/328-into-lanca-alerta-sobre-o-risco-de-trombose>. Acesso em: 26 nov. 2022.

BUCHOLZ, R. W. *et al.* **Fraturas em adultos de Rockwood & Green**. Barueri: Manole, 2013.

BULECHEK, B. *et al.* **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1-640, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 567, de 7 de fevereiro de 2018. **Aprova o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html. Acesso em: 25 nov de 2022

COUTO, A. K. *et al.* Importância do primeiro atendimento e imobilização correta em vítima de Trauma com suspeita de fratura de membros: uma perspectiva de acadêmicos da décima fase de enfermagem. **Estudos em homenagem a Marco Maschio Chaga**. p. 13-26, 2021. Disponível em: <https://professorpaludo.com.br/images/CaptuloLivroHomenagemMARCOMASCHIOCHAGAAartedaguerraumproblemaperene.pdf#page=13>. Acesso em: 24 nov. 2022.

FRAME, S. B. **PHTLS: Suporte pré-hospitalar básico e avançado para trauma: Suporte pré-hospitalar básico e avançado para trauma**. 8 ed., p. 387-398, 2017.

GONÇALVES, L. W. P. *et al.* Comparação dos Diagnósticos de Enfermagem elaborados por enfermeiros pesquisadores e Enfermeiros Clínicos: Reflexão acerca do raciocínio clínico. **Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 3, n. 5, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/3353>. Acesso em: 25 nov. 2022.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e Classificação - 2021-2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 1-1025, 2021.

KOLASIŃSKI, W. Infecções de sítio cirúrgico - revisão do conhecimento atual, métodos de prevenção. **Jornal Polonês de Cirurgia**, v. 91, p. 41-47, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8853/5384>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MOORHEAD, S. *et al.* **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. 5 Ed. Elsevier Brasil, p. 1-712, 2015.

MORAES, A. C.; CASTRO, F. M. M. Diarreia aguda. **J. bras. med, Rio de Janeiro**, v. 102, n. 2, p. 1-8, 2014. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4191.pdf>.

Acesso em: 26 nov. 2022.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook.**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 29-36, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9513228>. Acesso em: 2 maio 2022.

ROMANZINI, A. E.; CARVALHO, E. C.; GALVÃO, C. M. Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 953-960, 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/9NVzRtLV3BWQ9Lttnn3zdXp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 nov.2022.

SHARMA, A. *et al.* Formação de bolha hemorrágica maciça após artroplastia total do joelho. **JRSM aberto**, v. 9, n. 5, p.1-4, 2018.

Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2054270418758569>.

Acesso em: 26. nov. 2022.

SILVA, P. G. O.; FERREIRA, S. F. de A.; TAVARES, M. L. O. O ensino sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: revisão da literatura / Teaching on Nursing Care Systematization in Brazil: literature review. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 48894-48905, 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29841>. Acesso em: 25 nov. 2022.

WELLS, N.; PASERO, C.; MCCAFFERY, M. Melhorar a qualidade dos cuidados através da avaliação e gestão da dor. **Segurança e qualidade do paciente: um manual baseado em evidências para enfermeiros**, p. 1-38, 2008. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/?report=reader>.

Acesso em: 22 nov. 2022.

CAPÍTULO VI

APLICAÇÃO DO MODELO OUTCOME PRESENT STATE- TEST EM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO

Francisca Rosana Gonçalves Mota
Leonilia Sousa Alencar Borges
Sara Gonçalves de Sousa
Lara Karine Lima Sousa
Milena Leite Veloso
João Rafael da Silva Fonseca
Rayla Lucia de Almeida Hipólito
Raiara Pedrosa Vieira
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar por meio do modelo de raciocínio clínico *Outcome Present State-Test* (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para uma paciente com câncer de pulmão. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital no interior do Piauí. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento disponibilizado pela instituição hospitalar, previamente elaborado e validado para direcionar a sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde. Os diagnósticos, resultados e intervenções foram elaborados com o uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC). **Resultados:** Os resultados e as intervenções escolhidos foram norteados pelos seguintes diagnósticos de Enfermagem: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, proteção ineficaz e deambulação prejudicada. **Conclusão:** A terceira geração do processo de enfermagem, representada pelo OPT, auxiliou na identificação das principais necessidades do paciente e direcionou o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Neoplasias Pulmonares, Fraturas do Fêmur.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, mudanças de hábito e a melhoria da qualidade de vida levaram ao aumento da expectativa de vida, contribuindo para a ampliação da população idosa. O envelhecimento, em uma abordagem biologicista, é compreendido como um processo progressivo que tende a desencadear no indivíduo perdas funcionais decorrentes de alterações fisiológicas, morfológicas e patológicas, o que pode resultar em maior risco de queda nesse grupo, sendo mais prevalente no sexo feminino, com idades entre 70 e 79 anos (ARAÚJO, *et al.* 2017).

Segundo Júnior *et al.* (2021), essas variáveis supracitadas são as principais responsáveis pelo aumento gradativo da incidência de fratura de fêmur em idosos no Brasil, e o Estado do Piauí segue a tendência nacional. Alves *et al.* (2017) acrescentam que o acúmulo de comorbidades, baixo nível de conhecimento da população sobre prevenção de quedas, bem como ausência de infraestrutura adequada

(intra e extradomiciliar) também têm contribuído para que os agravos relacionados às quedas tenham se tornado um problema de saúde pública do Estado.

Ainda nesse sentido, os achados de Lopes *et al.* (2017) confirmam que as fraturas de fêmur em idosos se dão, na maioria das vezes, por quedas da própria altura, sendo essas multifatoriais. A maior parte dos indivíduos sofre essas intercorrências no ambiente domiciliar, que geralmente é inadequado à situação de mobilidade dessas pessoas. Nesse contexto, é necessária a elaboração de medidas de educação em saúde com vistas à melhoria do conhecimento dos idosos, familiares e cuidadores quanto à adequação do ambiente em um arranjo que possa evitar acidentes.

Considerando assim a necessidade de cuidados especializados no tocante à vigilância, educação e tratamento desse público, o papel da enfermagem se revela imprescindível, sendo a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), nesse contexto, uma ferramenta útil para comunicação entre os profissionais que buscam uma assistência de qualidade, permitindo a prestação de um atendimento individual voltado ao ser humano e que possibilita verificar as necessidades individuais das pessoas que precisam de atendimento nos diversos âmbitos da saúde (RAMOS; RODRIGUES; GONZAGA, 2018).

Com isso, a busca da enfermagem contemporânea se amplia em conceitos como os trazidos pelo OPT (*Outcome-Present State-Test*), que busca auxiliar o raciocínio clínico e o surgimento de novas habilidades cognitivas, uma vez que esse método exige que o profissional que o adote em sua prática profissional considere simultaneamente os problemas de seu paciente, havendo nisso a consciência sobre a necessidade central deste. A utilização do OPT visa direcionar de forma mais efetiva o planejamento da assistência e a documentação, sendo norteador no cuidado ao paciente (PESUT; HERMAN, 1998; PESUT; HERMAN, 1999).

Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar, por meio do método de raciocínio clínico trazidos pelo OPT, os diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem centrais a uma paciente com câncer de pulmão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso conduzido na ala de cuidados perioperatórios de um hospital de ensino localizado no centro-sul do Estado do Piauí. O hospital é uma instituição pública de referência para a micro e macrorregião da cidade no qual está localizado. A paciente em questão foi selecionada durante uma das aulas da disciplina Prática de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências de uma Universidade pública de ensino. O caso foi escolhido pelo fato de a paciente apresentar dois importantes problemas de saúde com alta incidência no Brasil em pessoas com faixa etária semelhante, que são lesão tumoral em Fêmur e câncer de pulmão. Ademais, há uma alta recorrência de idosos admitidos com fraturas nessa instituição de saúde. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2021.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados que o próprio estabelecimento de saúde disponibiliza. Esse possibilita o registro dos dados de identificação e questões sociodemográficas, além dos dados clínicos, como histórico pessoal e familiar, diagnósticos e resultados de exames. Contém ainda um roteiro de anamnese e exame físico que permite o registro das atuais condições clínicas da pessoa. Foram utilizados a entrevista, observação e exame físico da paciente, bem como registros médicos (prontuários), anotações de enfermagem e resultados de exames laboratoriais e de imagem.

O processo de raciocínio clínico foi realizado por meio do modelo OPT, em que se consideraram as fases de coleta de dados (história do paciente), avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese (lógica da pista); situação real do paciente no momento (estado atual); resultados esperados (estado do resultado); seleção dos indicadores de resultados (teste); escolha das intervenções (tomada de decisão); e avaliação (julgamento) (PESUT; HERMAN, 1998).

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados seguindo a taxonomia do sistema de padronização de linguagem da NANDA-I. Os resultados e intervenções, por sua vez, se deram pelo *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Intervention Classification* (NIC), respectivamente.

Descrição do caso

Paciente do sexo feminino, 73 anos, aposentada, casada, residente no município de Francisco Santos - zona urbana, juntamente com seu esposo de 81 anos e uma filha responsável por seus cuidados. A paciente encontra-se em internação hospitalar devido à lesão tumoral em fêmur esquerdo. Além disso, tem CA de pulmão e relata que possui cardiomegalia e Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foi admitida para internação hospitalar no dia 24/10/21 e segue, no momento da coleta de dados, em 5º DHI devido à fratura patológica diafisária do fêmur esquerdo ocasionada por queda da própria altura. Segue aguardando transferência para um serviço especializado de alta complexidade em Teresina-PI. Descobriu o CA há 2 meses quando realizou uma cirurgia na qual houve retirada de líquido e lobectomia pulmonar da base do pulmão direito. Quanto ao histórico familiar, os dois avós faleceram de CA. Nega tabagismo ativo, mas refere que seu esposo é fumante. Usa medicamentos para tratamento de HAS e cardiomegalia. Constavam na prescrição médica hospitalar Captopril e Tramadol. Segue em dieta oral hipossódica, não possui alergias, realizava caminhada todos os dias antes da fratura.

Ao exame físico, a paciente apresenta-se consciente, orientada, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Encontra-se normocorada, taquicárdica, taquidispnéica, em oxigenoterapia com cateter tipo óculos, 3L/min. Ausculta Pulmonar: murmúrios vesiculares presentes. Apresenta tosse seca, voz rouca e cansaço ao mínimo esforço. Nutrida, aceitando bem a dieta oral oferecida. Apresenta abdome distendido, ruídos hidroaéreos ausentes, refere dor à palpação. Paciente segue com acesso venoso periférico em membro superior direito. Diurese por sonda

vesical de demora, com débito de aproximadamente 300 ml, hiperconcentrada. Evacuações em pequena quantidade em fralda. Segue higienizada, restrita ao leito e sob cuidados da equipe de saúde. SSVV: FC: 103bpm, FR: 23mrp, PA: 130x80 mmHg, STO2: 93%, TAX: 35,8 °C.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura tem descrito o OPT como uma metodologia capaz de organizar o planejamento do cuidado ao paciente. Um estudo realizado no Estado de São Paulo identificou que o OPT proporcionou a verificação das prioridades do plano de cuidados, fundamentado nas principais necessidades, e favoreceu a implementação de resultados e intervenções direcionadas, mostrando-se como uma ferramenta útil na rotina do enfermeiro (SILVA; FERREIRA; TAVARES, 2021).

Estudo desenvolvido por Seo e Eon (2021) com estudantes do último ano do curso de Enfermagem da *Mokpo National University* e da *Chodang University* na Coreia examinou se o raciocínio clínico, os processos de resolução de problemas, a autoeficácia e a competência clínica são aprimorados com a utilização do modelo OPT, verificando assim que o grupo experimental, que foi submetido ao ensino por meio do OPT, apresentou um escore de raciocínio clínico significativamente mais elevado que o grupo controle.

Said e Ningtias (2017) afirmam que a utilização do Modelo OPT, além de melhorar o raciocínio clínico, contribui para a compreensão sobre a utilização de NANDA, NIC e NOC na prática clínica e de forma articulada e integrada.

Nesse sentido, infere-se que a utilização desse método constitui uma importante ferramenta para o aperfeiçoamento do raciocínio clínico dos acadêmicos e profissionais da saúde, contribuindo para uma abordagem direcionada à condição clínica do paciente e mais resolutiva. Assim, ao ampliar a compreensão e o conhecimento acerca do OPT e ao disseminá-lo entre acadêmicos e profissionais, contribui-se

significativamente para o incremento de sua aplicação prática no contexto clínico.

Para resolver o caso da paciente deste estudo, seguiu-se as etapas definidas por Gonçalves (2017), de modo que, após a coleta de dados, realizou-se a Lógica da pista, a qual consiste em reunir todos os diagnósticos de Enfermagem correspondentes ao caso clínico e estabelecer conexões entre eles, observando a definição, os fatores relacionados e as características definidoras de cada um, a fim de identificar os diagnósticos centrais.

No presente caso clínico, os diagnósticos centrais por ordem de prioridade, foram: débito cardíaco diminuído, padrão respiratório ineficaz, proteção ineficaz e deambulação prejudicada (figura 1).

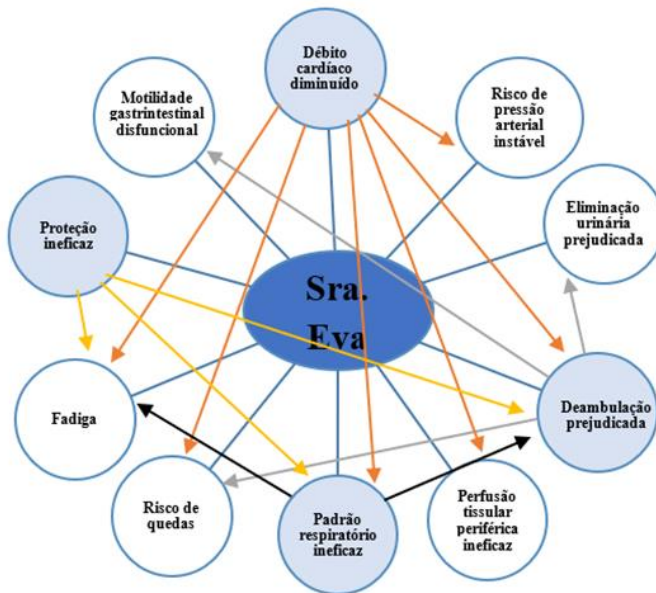


Figura 1: Diagnósticos de enfermagem correspondente ao caso clínico com suas conexões e diagnósticos de enfermagem centrais. Picos-PI, 2023.

A próxima etapa é o estado atual, em que é descrita a situação inicial da paciente por meio dos diagnósticos centrais, acompanhados dos fatores relacionados ou de risco e as características definidoras, norteados pelo NANDA-I (2018) (GONÇALVES, 2017).

Dessa forma, a seguir está descrito o estado atual da paciente: - Débito cardíaco diminuído (00029), relacionado à alteração na frequência cardíaca, alteração na pós-carga, alteração na pré-carga, caracterizado por taquicardia, fadiga, dispneia e tosse; - Padrão respiratório ineficaz (00032), relacionado à fadiga, caracterizado por dispneia e taquipneia; - Proteção ineficaz (00043), associada a câncer, caracterizado por dispneia, fadiga, fraqueza, imobilidade e tosse e Deambulação prejudicada (00088), relacionada a resistência diminuída, caracterizado por capacidade prejudicada de andar uma distância necessária (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O principal diagnóstico foi débito cardíaco diminuído, pois ele estabeleceu mais conexões com os demais diagnósticos de enfermagem, evidenciando que com a existência desse diagnóstico, outros se fazem presente.

Débito cardíaco diminuído, segundo HERDMAN; KAMITSURU (2018), tem como definição o volume de sangue bombeado pelo coração insuficiente para atender às demandas metabólicas do organismo. No caso clínico, a paciente relata possuir cardiomegalia e hipertensão, patologias que sobrecarregam o coração. A cardiomegalia caracteriza-se pela hipertrofia cardíaca, causando danos no funcionamento e estrutura do coração. Além disso, pode-se citar como um dos fatores que ocasionam lesões cardíacas a HAS, resultando dessa forma, em bombeamento inadequado de sangue para as demais regiões do corpo (SANTOS *et al.*, 2019).

Dessa maneira, espera-se alterações na frequência cardíaca e respiratória, as quais são comprovadas no exame físico da paciente, que apresenta dispneia, taquicardia, tosse seca e cansaço ao mínimo esforço. A partir disso foi possível estabelecer os diagnósticos secundários, os quais relacionam-se com o diagnóstico central, que é o débito cardíaco diminuído.

A fadiga está relacionada ao aumento no esforço físico, caracterizada pelo cansaço sentido pela paciente. O risco de pressão arterial instável está associado a hipertensão, evidenciado pela

taquicardia. A perfusão tissular periférica ineficaz também está relacionada à hipertensão e pode ser caracterizada pelo fato de a paciente percorrer menores distâncias livre de dor. Diagnósticos estes que se relacionam com o diagnóstico central, tornando-se secundários (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico padrão respiratório ineficaz também estabelece conexão com o débito cardíaco diminuído, pois é caracterizado pela dispneia e taquipneia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). No entanto, a paciente encontra-se em oxigenoterapia com cateter tipo óculos, 3L/min e já passou por uma cirurgia na qual houve a exérese da base do pulmão direito, o que torna este também um diagnóstico central, conectado a outros diagnósticos, como a fadiga e a deambulação prejudicada. Ademais, é preciso levar em consideração que a paciente possui câncer de pulmão, o qual afeta diretamente neste diagnóstico e interliga ao próximo diagnóstico central.

Outra problemática de saúde pública que afeta muitos idosos é o câncer de pulmão, sendo esse reflexo dos hábitos de vida ao longo do tempo. O CA de pulmão é o segundo tipo mais comum no Brasil. A neoplasia está intimamente relacionada à exposição ativa ou passiva ao tabaco, sendo o cigarro o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença. Estima-se que em 2020 foram registrados 30.200 novos casos de câncer, sendo 12.440 apenas em mulheres. No que se refere a óbitos devido ao CA de pulmão, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou em 2019, 29.354 mortes, das quais 12.621 ocorreram em pessoas do sexo feminino (INCA, 2021).

A Proteção ineficaz está associada ao câncer de pulmão, sendo responsável por diversos sintomas da paciente, pois diminui a capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Ademais, o débito cardíaco diminuído, a baixa oxigenação e perfusão tissular comprometida devido ao SA constituem fator de risco para quedas. No caso clínico, a paciente possui uma lesão tumoral em fêmur esquerdo, a

qual ocasionou a fratura patológica diafisária no mesmo local, interligando assim este diagnóstico à deambulação prejudicada.

A deambulação prejudicada poderia ser um diagnóstico secundário, uma vez que se conecta-se a outros diagnósticos centrais, no entanto, para a resolução desse problema é necessário a correção da fratura em fêmur. Além disso, devido à limitação de movimento, este diagnóstico relaciona-se a outros, que são: eliminação urinária prejudicada, visto que a paciente está utilizando sonda vesical de demora, motilidade gastrointestinal disfuncional, observado por meio do abdome distendido e mudança nos ruídos intestinais e o risco de quedas, pois com a fratura em fêmur a mesma fica com a mobilidade prejudicada.

Corroborando com os resultados identificados, uma pesquisa realizada no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco evidenciou que HAS (66,1%) demonstrou ser um fator de risco para agravamento do quadro clínico dos pacientes com problemas cardíacos. Os principais sintomas encontrados nos pacientes com insuficiência cardíaca foram cansaço (77,4%) e dispneia (48,4%) (GALVÃO *et al.*, 2016).

Ainda nesse sentido, um estudo realizado com 623 pacientes, os quais possuem insuficiência cardíaca, demonstrou que os principais diagnósticos de enfermagem foram padrão respiratório ineficaz, em 27 (63%) dos pacientes, seguido de débito cardíaco diminuído, com prevalência de 7 (16%) e Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar, presente em 7 (16%) pacientes. Sendo que, o débito cardíaco diminuído, apresentou maior prevalência nos pacientes que pioraram o quadro clínico e dentre as comorbidades, a hipertensão arterial foi a mais prevalente (ERNANDES *et al.*, 2019).

Seguindo com o modelo de raciocínio clínico OPT, a próxima etapa é o estado do resultado, a qual consiste em escolher os resultados esperados para a paciente, utilizando a NOC (GONÇALVES, 2017).

A seguir estão descritos os resultados encontrados para os quatro diagnósticos centrais e, posteriormente, apenas as intervenções do diagnóstico de enfermagem principal, débito cardíaco diminuído.

Os resultados de enfermagem foram: estado cardiopulmonar (0414); estado respiratório: ventilação (0403); nível de fadiga (0007); perfusão tissular: periférica (0407); resistência (0001); autocontrole da doença cardíaca (1617); controle de riscos (1902); mobilidade (0208) e conhecimento: prevenção de quedas (1828) (MOORHEAD *et al.*, 2016).

Após isso, deve-se realizar a etapa denominada teste, na qual será preenchido o espaço entre o estado atual da paciente (NANDA-I) e o estado desejado (NIC), por meio dos indicadores presentes no NOC. Um dos resultados de enfermagem para o caso da paciente foi o estado cardiopulmonar. Desse modo, nesta etapa deve-se escolher os indicadores que mais correspondem com a resolução do caso, que foram: ritmo cardíaco; ritmo respiratório; dispneia com esforço leve e fadiga. (Quadro 1)

Quadro 1: Resultado estado cardiopulmonar com a escala de desvio grave da variação normal para sem desvio da variação normal e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

ESTADO CARDIOPULMONAR (0414)	
Domínio – Saúde Fisiológica (II) Classe – Cardiopulmonar (E)	
Escala:	Aumentar de “desvio moderado da variação normal (3)” para “sem desvio da variação normal (5)”
Indicadores:	041405 Ritmo cardíaco 041407 Ritmo respiratório
Escala:	Aumentar de “substancial (2)” para “nenhuma (5)”
Indicadores:	041425 Dispneia com esforço leve 041426 Fadiga

Ademais, foram descritos os demais resultados e seus respectivos indicadores: - estado respiratório: ventilação (0403): frequência respiratória (030401) e dispneia com esforço leve (030414); - nível de fadiga (0007): mal-estar após esforço (000713); - perfusão tissular: periférica (0407): dor localizada em extremidades (040713); - resistência (0001): resistência muscular (000106); - autocontrole da doença cardíaca (1617): usa medidas preventivas para reduzir o risco de complicações (161713); - controle de riscos (1902): segue as estratégias selecionadas de controle de risco (190207); - mobilidade (0208): movimentos realizados com facilidade (020814); - conhecimento:

prevenção de quedas (1828): uso de procedimentos seguros de transferência (182809) e mudanças na pressão arterial que aumentam os riscos de quedas (182815) (MOORHEAD *et al.*, 2016).

A etapa seguinte é a tomada de decisão, na qual, por meio da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), foram escolhidas as intervenções de Enfermagem pertinentes ao diagnóstico central, débito cardíaco diminuído. As intervenções são: cuidados cardíacos; monitoração de sinais vitais; monitorização respiratória e oxigenoterapia (BULECHEK *et al.*, 2016).

Cada uma dessas intervenções possui muitas atividades que devem ser escolhidas conforme a necessidade do paciente. O quadro 2 lista as atividades para cuidados cardíacos.

Quadro 2: Intervenção de enfermagem cuidados cardíacos: definição e atividades. Picos, Piauí, 2023.

CUIDADOS CARDÍACOS
Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada.
Atividades: <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar aumento gradual da atividade quando a condição estiver estabilizada (encorajar atividades em ritmo mais lento ou períodos mais curtos de atividade com períodos de descanso frequentes após o exercício); • Orientar o paciente quanto à importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito; • Monitorar os sinais vitais com frequência; • Monitorar o estado cardiovascular; • Monitorar o estado respiratório quanto a sintomas de insuficiência cardíaca; • Avaliar alterações da pressão arterial; • Monitorar quanto à presença de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia; • Estabelecer uma relação de apoio com o paciente e a família.

Para concluir essa etapa é necessário ainda que a equipe de enfermagem planeje como cada atividade será realizada e quando será a execução dessas atividades, levando sempre em consideração o bem estar do paciente (GONÇALVES, 2017).

Por fim, na etapa do julgamento é observado se essas intervenções atingiram os resultados esperados e melhoram a qualidade de vida do paciente (GONÇALVES, 2017).

No presente caso clínico, a equipe de Enfermagem deve avaliar se houve o desvio moderado da variação normal para sem desvio da variação normal do ritmo cardíaco e do ritmo respiratório. Deve-se observar ainda se houve aumento substancial para nenhuma da dispnecia com esforço leve e fadiga.

4. CONCLUSÃO

O caso apresentado no estudo permite identificar que no método OPT a organização das necessidades atuais e atividades de assistência de enfermagem em torno de diagnósticos fundamentais podem dar origem a diagnósticos periféricos, evidenciando assim a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que visa reduzir as complicações durante o tratamento e facilitar a recuperação do paciente.

O modelo OPT utilizado fornece resultado e estimula o pensamento retroativo, a fim de mover o paciente do estado de saúde atual (estado atual) para o desejado (resultados). Dessa maneira, o modelo OPT garante a construção de uma cadeia capaz de inter-relacionar os diagnósticos fundamentais e periféricos identificados em uma avaliação clínica, por conseguinte é possível detectar associações entre os diagnósticos encontrados e definir suas prioridades.

Por fim, o estudo do caso proporcionou maior conhecimento a respeito das patologias encontradas, assim como da aplicação do processo de enfermagem e suas intervenções. Além disso, contribuiu para a formação dos acadêmicos envolvidos na aquisição de novas experiências que evidenciam a importância da equipe de enfermagem assistir o paciente de forma holística, propiciando assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.L.T. et al. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 59-69, 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160022>. Acesso em: 10 dez. 2021.

ARAÚJO, M.M.R. et al. Características dos Idosos que realizam cirurgia devido à fratura de Fêmur. **Revista Enfermagem Digital Cuidado E Promoção Da Saúde**, v. 2, n.2, p. 17 - 2,

2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20170010>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. Elsevier. 6ª ed, Rio de Janeiro, 2016.

ERNANDES, C. M. et al. Predição de risco e acurácia diagnóstica em pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada: estudo de coorte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. e20180032, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180032.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/rgenf/a/fRKFGPWYZYnmdXjDhbXrv9C/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GALVÃO, P. C. D. C. et al. Diagnósticos de Enfermagem Aplicados a Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-08, 24 jun. 2016. DOI

10.5380/ce.v21i2.44646. Disponível em:

<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44646>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GONÇALVES, L. W. P. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doenças cardiovasculares: aplicação do modelo Outcome-Present State-Test. **Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)** - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 22 maio. 2017.

Disponível em: <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/504>. Acesso em: 10 dez. 2021.

HERDMAN, H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I: Definições e classificação**. 11ª. ed. p. 1186, Porto Alegre: Artmed, 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. Câncer de pulmão. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao#:~:text=Estat%C3%ADsticas,Mortalidade%20por%20C%C3%A2ncer%20%2D%20SIM>.

Acesso em: 10 dez. 2021.

JÚNIOR, G.B.V. et al. Fratura de fêmur em idosos no Piauí: um estudo retrospectivo de 2009 a 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.8, p. 1-10, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.25248/reas.e8096.2021>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LOPES, Z.B. et al. Fatores associados à queda com fratura de fêmur em idosos. **Cadernos ESP, Ceará**, v.11, n.1, p.41-51. 2017. Disponível em:

<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/112/119>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. Clinical reasoning: the art and Science of critical and creative thinking. New York: **Delmar Publishers**; 1999.

PESUT, D.J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook**, v. 46, n. 1, p. 29-36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9513228>. Acesso em: 10 dez. 2021.

RAMOS, J.H.F.; RODRIGUES, R.C.; GONZAGA, M.F.N. Origem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Revista Saúde Em Foco**, v.1, n.10, p.923-936, 2018.

SAID, A.; NINGTIAS, D. W. Outcome Present Test Method (OPT) Improve The Satisfaction Of Clinical Reasoning Student Profession In Medical Nursing Surgery Stage. **Jurnal INJEC**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2017.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24990/injec.v2i1.121>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SANTOS, I. M. R. et al. Análise da Influência da Hipertensão Arterial Sistêmica no Desenvolvimento da Cardiomegalia. **Semana de Pesquisa e Extensão da**

Universidade Tiradentes - SEMPESq-SEMEX, n. 21, 2019. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/12886>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SEO, Y. H.; EOM, M. R. O efeito do ensino de enfermagem de simulação usando o modelo de teste de estado presente no resultado no raciocínio clínico, no processo de resolução de problemas, na autoeficácia e na competência clínica em estudantes de enfermagem coreanos.

Curacuidar, v.9, n. 3, p. 243, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.3390/healthcare9030243>. Acesso em 20 mai. 2022.

SILVA, P. G. O.; FERREIRA, F. S. A.; TAVARES, M. L. O. O ensino sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, pág. 48894-48905, 2021. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/29841/23519>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CAPÍTULO VII

OUTCOME PRESENT STATE-TEST: APLICABILIDADE NO PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM HEMOPNEUMOTÓRAX

Layane Henrique Tavares
Ana Joyce de Sousa Barbosa
Luiza Bruna da Silva Pereira
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, por meio do modelo Outcome-Present State-Test (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para um paciente com hemopneumotórax. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital no interior do Piauí. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento disponibilizado pela instituição hospitalar, previamente elaborado e validado para direcionar a sistematização da Assistência de Enfermagem no serviço de saúde. Os diagnósticos, resultados e intervenções foram elaborados com o uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC). **Resultados:** Padrão respiratório ineficaz se enquadra como o principal diagnóstico central. O resultado de enfermagem intitulado estado respiratório – ventilação surgiu como mais favorável para avaliar e quantificar a circunstância em que a paciente se encontrava. As intervenções de enfermagem encontradas para Padrão respiratório ineficaz consistem em monitoração respiratória, cuidados com drenos torácicos, monitorização de sinais vitais, posicionamento e redução da ansiedade. **Conclusão:** A identificação do diagnóstico principal, Padrão respiratório ineficaz, fez com que fosse possível a elaboração de um plano assistencial remediando não apenas a problemática principal definida, como outros diagnósticos secundários tornando a assistência em enfermagem ágil e eficaz.

Palavras-chave: Hemopneumotórax; Processo de Enfermagem; Atendimento de Enfermagem; Plano de Tratamento.

1. INTRODUÇÃO

O tórax é formado por estruturas ósseas e musculares que proporcionam proteção aos órgãos internos da cavidade torácica. Os pulmões são os principais órgãos do sistema respiratório ocupando os lados direito e esquerdo da cavidade torácica, a qual também serve como uma câmara permitindo a expansão pulmonar. Como em outros tipos de lesão, o trauma torácico pode resultar de contusões ou mecanismos penetrantes, podendo essas lesões no peito serem letais.

Os pulmões são revestidos pela pleura, sendo esta uma membrana dupla e estrutura importante para que o indivíduo realize eficazmente a respiração. A pleura é dividida em duas membranas (parietal e visceral). Normalmente não há espaço entre elas, porém há

uma pequena quantidade de líquido lubrificante que as mantém unidas. No entanto, uma ferida penetrante pode criar uma comunicação entre o meio externo e interno, fazendo com que o ar entre no espaço pleural através da fissura durante a inspiração quando a pressão dentro do peito é menor que a externa, como também permite que o ar escape do pulmão para o espaço pleural e resulte em seu colapso (pneumotórax). Além disso, feridas penetrantes também podem causar perda de sangue ao espaço pleural ocasionado por perfuração dos músculos da parede torácica, vasos intercostais e pulmões (hemotórax) (PHTLS, 2010).

Para Silveira, Souza, Alves (2007), o comprometimento da função respiratória pós-trauma torácico ocorre em vários graus, a depender da causa que o provoque, sendo essas entre as mais frequentes o hemotórax e o pneumotórax, sendo comum que uma lesão pulmonar dê origem ao hemotórax e pneumotórax ao mesmo tempo. Essa condição é conhecida como hemopneumotórax que leva a um colapso pulmonar e alteração da ventilação do ar presente no espaço pleural, como também acúmulo de sangue na cavidade torácica.

Dada a complexidade do cuidado a pessoas acometidas por essa enfermidade, é imprescindível e necessário que a enfermagem guie seu processo assistencial de forma articulada e estabeleça conexões entre os diversos problemas identificados na história clínica do paciente. Nessa perspectiva, faz-se necessário destacar a importância do modelo *Outcome Present State Test* (OPT) como modelo de raciocínio clínico reflexivo e ferramenta que auxilia a prática clínica, de modo que possibilite a eficácia da assistência prestada. Trata-se de uma abordagem circular que considera simultaneamente vários problemas, fornecendo uma estrutura ideal para pensar com foco em resultados (IBANEZ-ALFONSO *et al.*, 2020).

O raciocínio clínico realizado através do modelo OPT é de suma importância em casos clínicos de patologias complexas, bem como de doenças pulmonares. Ademais, o estudo de caso tem como objetivo elaborar diagnósticos, resultados e intervenções centrais para uma paciente com hemopneumotórax, contribuindo em conhecimentos no

campo de enfermagem e na melhoria do padrão da assistência oferecida.

2. METODOLOGIA

Estudo de caso conduzido em uma Unidade de Internação Cirúrgica de uma instituição hospitalar regional do interior do Piauí, no mês de abril de 2022, por acadêmicas de enfermagem. A instituição hospitalar de médio porte é pactuada com cerca de 42 municípios da macrorregião de Picos, incluindo o Vale do Guaribas, Canindé e Sambito. O hospital possui vínculo com a instituição de ensino supracitada, recebendo os alunos que realizaram suas aulas práticas, bem como o estudo para a realização deste trabalho.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados que o próprio estabelecimento de saúde disponibiliza. Esse possibilita o registro dos dados de identificação e questões sociodemográficas, além dos dados clínicos, como histórico pessoal e familiar, diagnósticos e resultados de exames. Contém ainda um roteiro de anamnese e exame físico que permite o registro das atuais condições clínicas da pessoa. Foram utilizados a entrevista, observação e exame físico da paciente, bem como registros médicos (prontuários), anotações de enfermagem e resultados de exames laboratoriais e de imagem.

O processo de raciocínio clínico foi realizado por meio do modelo OPT, em que se consideraram as fases de coleta de dados (história da paciente), avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese (lógica da pista); situação real do paciente no momento (estado atual); resultados esperados (estado do resultado); seleção dos indicadores de resultados (teste); escolha das intervenções (tomada de decisão); e avaliação (julgamento) (PESUT; HERMAN, 1998).

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados seguindo a taxonomia do sistema de padronização de linguagem da NANDA-I. Os resultados e intervenções, por sua vez, se deram pelo *Nursing Outcomes*

Classification (NOC) e *Nursing Intervention Classification* (NIC), respectivamente.

O caso clínico descrito foi da paciente Maria, internada na unidade cirúrgica devido a hemopneumotórax causado por acidente automobilístico.

Resumo da história do paciente

Maria, sexo feminino, 31 anos, católica, parda, casada, possui um filho, reside na zona rural do município de São Julião-PI, sem alergias conhecidas. Admitida na urgência do Hospital Regional Justino Luz- HRJL vítima de trauma causado por acidente automobilístico em via pública, envolvendo uma motocicleta e um bovino, cuja cinemática foi a colisão frontal. Ao exame físico na emergência, a paciente encontrava-se consciente, orientada, dispneica, taquicárdica, laceração profunda sangrante no tórax direito com escape aéreo, diminuição do murmúrio vesicular e frêmito toracovocal, dor no punho esquerdo e escoriações. Os achados na tomografia computadorizada do abdome foram derrame pleural à direita e pequena quantidade de líquido livre na pelve. Na tomografia computadorizada do tórax nota-se enfisema subcutâneo à direita, pequeno pneumotórax direito, moderado derrame pleural à direita, opacidade em “vidro fosco” no hemotórax direito e discreta opacidade em vidro fosco na base pulmonar esquerda. No exame de raio x foi constatada fratura do punho esquerdo. Ao aferir os sinais vitais, a temperatura apresenta-se em 36,6 °C; Pressão arterial 130 x 80 mmHg; SO₂: 98 %; Frequência respiratória 26 rpm e Frequência cardíaca 83 bpm. A paciente evolui consciente, orientada, com discurso coerente, receptiva ao diálogo, deambula com auxílio. Encontrava-se em dieta via oral, com aceitação total. Ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares diminuídos no lado direito, frêmito toracovocal diminuído, a percussão pulmonar semimacio no pulmão direito, padrão respiratório taquidispneica e expansibilidade torácica diminuída no pulmão direito. Ausculta cardíaca com bulhas cardíacas presentes, taquipneica, acianótica,

oximetria normal, respirando ao ambiente. Hidratada, normocorada, com pele íntegra e sem edemas. Higiene corporal e bucal satisfatória. Foi concluído o diagnóstico de hemopneumotórax no lado direito e fratura do punho esquerdo. A paciente foi submetida logo em seguida a procedimento cirúrgico de drenagem torácica e posteriormente admitida na unidade de terapia intensiva (UTI), evoluindo para internação na enfermaria, aguardando intervenção cirúrgica no punho esquerdo, onde permanecia até o momento da coleta para recuperar-se do pós-operatório de dreno torácico. Apresenta uma ferida operatória localizada na região mamária e outra na região axilar devido a inserção de dreno torácico em selo d'água. Ferida operatória na região mamária com cicatrização por primeira intenção, com aspecto limpo, seco e sem sinais flogísticos. Ruídos hidroaéreos presentes, abdome plano e indolor a palpação, dieta via oral bem aceita. Diurese espontânea e presente, evacuações presentes. Sono e repouso satisfatórios. Dreno torácico com débito de 50 ml com presença de secreção serosanguinolenta. Paciente relatou dor e desconforto à palpação ao lado direito do tórax próximo ao dreno, desconforto respiratório em posição dorsal e medo de ocorrência de influxo do conteúdo do dreno para o pulmão. Acesso venoso periférico salinizado em membro superior direito e sem sinais flogísticos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no raciocínio clínico proposto no modelo OPT para a utilização no estudo de caso clínico em questão, durante as etapas de avaliação e diagnóstico do processo de enfermagem, os enfermeiros coletam dados acerca da história clínica da paciente, os processam em informações e organizam para a elaboração de Diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Após a coleta de dados é necessário organizar as informações colhidas de modo que estabeleça conexões entre os diagnósticos de enfermagem escolhidos estabelecendo uma lógica de pista.

Para isso, as informações são organizadas em uma figura, onde setas os interligam criando uma conexão visual, sendo possível identificar os principais diagnósticos como aqueles que mais enviam setas. Portanto, significa que os diagnósticos para onde a seta aponta são ocasionados pelos que estão na origem da seta, ou seja, ao aplicar as intervenções necessárias na origem das setas, os demais que se conectam podem também serem solucionados (GONÇALVES, 2017).

Primeiramente, a paciente está centralizada na figura, pois se trata do foco principal para o estudo de caso. Posteriormente em volta do paciente, faz-se necessário a organização das informações para que seja possível identificar qual necessidade é central e mais importante em relação aos demais problemas. Os diagnósticos são definidos como centrais (podendo ser mais de um) sendo importante destacá-los por ordem de prioridade. Dentre os centrais é identificado o diagnóstico principal, sendo este o mais importante ou principal motivo da admissão do paciente. Padrão respiratório ineficaz (000032), Integridade da pele prejudicada (00046) e Mobilidade física prejudicada (00085) foram selecionados, nessa ordem, como diagnósticos centrais no estudo de caso para a paciente com hemopneumotórax (Figura 1).



Figura 1 – Representação dos diagnósticos de enfermagem e suas conexões. Picos, Piauí, 2023.

A próxima etapa é o estado atual do paciente. Nessa fase são

descritos os fatores relacionados ou de risco, e as características definidoras dos diagnósticos centrais. O estado atual da Sra. Maria é descrito pelos diagnósticos de enfermagem e seus componentes, são estes: (HERDMAN; KAMITSURU, 2018):

- Padrão respiratório ineficaz (00032) relacionado a dor, evidenciado por padrão respiratório anormal, taquipneia e ortopneia
- Mobilidade física prejudicada (00085) relacionada a dor, evidenciada por redução na amplitude dos movimentos e desconforto
- Integridade da pele prejudicada (00046) relacionada a agente lesivo, evidenciada por alteração na integridade da pele

Devido a paciente apresentar um padrão respiratório ineficaz, possibilitou que o mesmo desencadeasse prejuízos a sua saúde, sendo esses diagnósticos secundários. Portanto, Padrão respiratório ineficaz se enquadra como o principal diagnóstico central, devido a maioria das setas partirem dele, evidenciando que os demais diagnósticos apresentados se fazem presentes devido a ele.

Em decorrência do acidente automobilístico sofrido pela paciente ocasionando a condição clínica de hemopneumotórax, a mesma foi submetida a intervenção cirúrgica para a colocação de um dreno torácico em selo d'água no lado do pulmão acometido. Devido à inserção de um dispositivo invasivo, resultou na integridade da pele prejudicada, bem como a mobilidade física prejudicada pela limitação de movimentos devido a isso e a fratura no punho esquerdo.

Drenos torácicos correspondem a dispositivos invasivos que tem por finalidade a retirada de algum líquido ou para a remoção de ar no espaço pleural, podendo ocasionar complicações como infecções e que podem gerar um aumento no tempo de hospitalização, morbidade e mortalidade (HASSELMANN *et al.*, 2021). Desta forma, o diagnóstico de enfermagem (00004) Risco de infecção é secundário por ter como causa (00046) a integridade da pele prejudicada.

Após finalização do procedimento cirúrgico, quando a paciente se encontra na fase pós-operatória, gera um dos momentos mais críticos devido às complexas alterações emocionais, psicológicas e

físicas que ocorrem nessa fase (ALMEIDA *et al.*, 2018). Ademais, a utilização desse dispositivo leva a paciente a se queixar de (00132) Dor aguda, (00214) conforto prejudicado e (00148) Medo, também sendo considerados secundários.

Associada a (00085) Mobilidade física prejudicada temos (00088) Deambulação prejudicada que devido a dor que a paciente relata, provoca um (00102) Déficit no autocuidado para o banho necessitando da ajuda de acompanhante para completar esta atividade.

A utilização dos Diagnósticos de Enfermagem possibilita ao profissional de enfermagem organizar o raciocínio clínico e direcionar sua atenção para o foco principal do problema. A partir disso, foram elencados resultados e intervenções específicas que serão selecionadas e implementadas apenas ao diagnóstico central do caso clínico em questão.

Após estabelecer os diagnósticos, o modelo OPT aponta a elaboração dos resultados de enfermagem como ação subsequente. Os resultados auxiliam os enfermeiros e a equipe de saúde na análise do estado do paciente, bem como dos fatores que o rodeiam. A força da classificação é seu foco na medida dos resultados em uma variedade de especialidades e cenários (MOORHEAD *et al.*, 2010).

Aplicando como referência a taxonomia NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem, foi elaborado o resultado e seus indicadores, exclusivamente para o diagnóstico central Padrão respiratório ineficaz. O resultado com o título estado respiratório: ventilação surgiu como mais favorável para avaliar e quantificar a circunstância em que a paciente se encontra.

O resultado contém um conjunto de indicadores que descrevem estados, percepções ou comportamentos específicos relacionados com um resultado. Além disso, traz escala(s) de medidas de Likert com cinco pontos e referências selecionadas para serem utilizadas no desenvolvimento de resultados (MOORHEAD *et al.*, 2010). No resultado encontrado, estado respiratório: ventilação, contém 22 indicadores, nos quais 12 foram designados por corresponder da melhor forma para o

caso. Dentre eles, alguns indicadores selecionados foram: frequência respiratória, ritmo respiratório, sons percutados, e achados na radiografia torácica (Tabela 1).

Quadro 1 - Resultado estado respiratório: ventilação e seus indicadores, mensurados por meio da escala desvio grande da variação normal a sem desvio da alteração normal. Picos-PI, 2023.

Estado Respiratório: ventilação - 0403			
Indicadores		Estado atual 07/04/2022	Estado Desejado 11/04/2022o
040301	Frequência respiratória	2	5
040302	Ritmo respiratório	3	5
040318	Sons percutados	3	5
040326	Achados na radiografia torácica	1	5

Legenda: 1. Desvio grave da variação normal; 2. Desvio substancial da variação normal; 3. Desvio moderado da variação normal; 4. Desvio leve da variação normal; 5. Sem desvio da variação normal.

Quadro 2 - Resultado estado respiratório: ventilação e seus indicadores, mensurados por meio da escala desvio grande da escala grave a nenhuma. Picos-PI, 2023.

Estado respiratório: ventilação - 0403			
Indicadores		Estado atual 07/04/2022	Estado desejado 09/04/2022
040313	Dispneia em repouso	3	5
040315	Ortopneia	3	5
040317	Frêmito tátil	3	5

Legenda: 1. Grave; 2. Substancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Nenhuma.

A seguir são descritos outros resultados e indicadores para o diagnóstico central padrão respiratório ineficaz de forma descritiva:

- Estado respiratório (0415): ausculta de sons respiratórios (041504), saturação de oxigênio (041508)
- Estado de conforto (2010): físico: posição confortável (2001004)
- Controle do medo (1404): controla a resposta ao medo (140417)
- Cuidado com o lado afetado (0918): Realiza o cuidado diário do lado afetado (091806)

- Controle de riscos (1902): Segue as estratégias selecionadas de controle de risco (190207)

Afim de auxiliar o paciente a alcançar seus resultados desejados, através da *Nursing Intervention Classification* (NIC) podem ser feitas as identificações das intervenções e ações de enfermagem a serem implementadas. (BULECHECK *et al.*, 2016).

As intervenções de enfermagem encontradas para padrão respiratório ineficaz consistem em monitoração respiratória, cuidados com drenos torácicos, monitorização de sinais vitais, posicionamento e redução da ansiedade.

Cada intervenção possui uma série de atividades de enfermagem que devem ser selecionadas de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente, a fim de implementar as intervenções e auxiliar o paciente a avançar para o resultado almejado.

Abaixo seguem as atividades de enfermagem proposta para a intervenção de monitorização respiratória (tabela 3) e cuidados com drenos torácicos (tabela 4)

Quadro 3 – Intervenção de Enfermagem Monitorização respiratória e suas atividades. Picos, Piauí, 2023.

Monitorização respiratória
Atividades:
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações
<ul style="list-style-type: none"> • Observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal.
<ul style="list-style-type: none"> • Palpar para verificar expansão pulmonar simétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar percussão anterior e posterior do tórax dos ápices para as bases bilateralmente
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar os sons pulmonares após os tratamentos para anotar os resultados
<ul style="list-style-type: none"> • Observar quanto a alterações na SatO₂, SvO₂ e CO₂ corrente e alterações nos valores da gasometria, conforme apropriado
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a capacidade do paciente de tossir efetivamente
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar

Quadro 4 – Intervenção de Enfermagem Cuidados com drenos torácicos e suas atividades. Picos, Piauí, 2023.

Cuidados com drenos torácicos
Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ● Manter a higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do dreno torácico
<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorar quanto ao funcionamento adequado do dispositivo, o posicionamento correto no espaço pleural e a perviedade do dreno
<ul style="list-style-type: none"> ● Certificar-se de que todas as conexões do dreno estão bem presas e afixadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Aderir ao nível de água recomendado no frasco de drenagem com selo d'água
<ul style="list-style-type: none"> ● Manter o frasco de drenagem com selo d'água abaixo do nível do tórax
<ul style="list-style-type: none"> ● Clampear os drenos torácicos sempre que o frasco de drenagem com selo d'água estiver posicionado acima do nível do tórax por longos períodos, assegurando que o clampe fique no local pelo menor tempo possível
<ul style="list-style-type: none"> ● Providenciar extensão suficientemente longa para permitir liberdade de movimento da sonda/dreno, conforme apropriado
<ul style="list-style-type: none"> ● Observar quanto a sinais de acúmulo de líquido pleural
<ul style="list-style-type: none"> ● Observar o volume, o tom, a cor e a consistência da drenagem do pulmão, e registrar adequadamente
<ul style="list-style-type: none"> ● Observar quanto a sinais de infecção
<ul style="list-style-type: none"> ● Trocar o curativo em torno do dreno torácico a cada 48 a 72 horas e conforme necessário, considerando o protocolo institucional
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar o paciente e a família sobre o cuidado adequado ao dreno torácico

Fonte: Elaborado pelos autores com base em BULECHECK *et al.*, 2016.

Precedentemente o enfermeiro deve analisar a situação real do paciente, do serviço e adequar as atividades a serem realizadas de acordo com as prescrições de enfermagem. Para tanto, além de garantir que essas atividades sejam compreendidas pelos membros da equipe, paciente e familiares, definirá a frequência e a melhor forma de realizar essas atividades e quais profissionais irão contribuir (GONÇALVES, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem implementado conjuntamente com o modelo OPT se mostrou eficaz para a identificação de uma necessidade básica principal por meio da síntese de um diagnóstico central, fazendo com que as necessidades secundárias sejam sanadas por consequência.

A identificação do diagnóstico principal, Padrão respiratório ineficaz, fez com que fosse possível a elaboração de um plano assistencial remediando não apenas a problemática principal definida, como outros diagnósticos secundários tornando a assistência em enfermagem ágil e eficaz. O presente estudo se tornou limitado devido a não implementação prática e real do processo elaborado, fazendo com que seja impossível a obtenção de resultados práticos e genuínos. Porém, demonstrou a forma com que pode ser abordado um paciente com hemopneumotórax a partir do Processo de Enfermagem completo.

O desenvolvimento do caso clínico com o modelo OPT serviu para demonstrar o raciocínio lógico que pode ser utilizado para abordar pacientes com trauma respiratório, bem como desenvolver o raciocínio lógico de profissionais e acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. C. *et al.* Intervenção de enfermagem: cuidados com dreno torácico em adultos no pós-operatório. **Rev Rene**, vol. 19, 2018, pp. 1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783021>. Acesso em: 15 de junho de 2022.
- BULECHECK, G. M. *et al.* **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- CARNEIRO, C. S. *et al.* Construction and validation of a data collection tool for the clinical assessment of human responses of outpatients with chronic cardiovascular diseases. **Int J Nurs Knowl**, v. 25, n.3, p. 161-167, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12029>. Acesso em: 15 de junho de 2022.
- GONÇALVES, L. W. P. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doenças cardiovasculares: aplicação do modelo Outcome-Present State-Test**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, p. 158. 2017. Disponível em:

https://bdtf.famerp.br/bitstream/tede/504/2/LaryssaWilsonGon%c3%a7alves_dissert.pdf. Acesso em: 13 de junho de 2022.

HASSELMANN, B. N. O. *et al.* Boas práticas de enfermagem na utilização de dreno de tórax: revisão integrativa. **Glob. Acad. Nurs. Journal**, v. 2, n. Sup.2, p. e173, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200173> Acesso em: 15 de junho de 2022.

HERDMAN T.; KAMITSURU S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações**. 11^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

IBANEZ-ALFONSO, L. E. *et al.* Planos de cuidados enfermeiros de estudantes de pregrado: comparação de modelos. **Rev. Univ. Ind. Santander**. Salud, Colombia, v. 52, n. 1, p. 33-40, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005>.

MOORHEAD, S. *et al.* **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

MOORHEAD, S. *et al.* **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

PESUT, D. J.; HERMAN, J. OPT: transformation of nursing process for contemporary practice. **Nursing Outlook**, v. 46, n. 1, p. 29-36, 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90022-7) Acesso em: 15 de junho de 2022.

PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9 ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

SILVEIRA, D.C.A.; SOUZA, L.F; ALVES, N. Incidência e complicações de trauma torácico no hospital de emergência e trauma senador Humberto Lucena. **Rev. Nova fisio**, 2007.

CAPÍTULO VIII

MODELO *OUTCOME PRESENT STATE-TEST* NO PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Maria Letícia Mendes Araújo
Maysa Lis Luz e Silva
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: Identificar, através do modelo de raciocínio clínico OPT (*Outcome Present State-Test*), os diagnósticos, os resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com amputação no MIE. **Método:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em um hospital de médio porte no interior do Piauí, durante o ano de 2023. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento validado e direcionado às condições físicas do paciente. Os diagnósticos, resultados e intervenções se deram através do uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*). **Resultados:** O diagnóstico principal foi mobilidade física prejudicada. Os resultados e as intervenções escolhidos foram relacionados ao estado da ferida operatória do paciente, ao risco de infecção e à independência do paciente em relação à sua nova realidade. **Conclusão:** Conclui-se que a utilização do modelo OPT auxiliou na identificação das principais necessidades do paciente e norteou o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chave: Amputação cirúrgica; Processo de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Amputação é um tipo de lesão em que uma extremidade é totalmente separada de sua parte proximal e o tecido fica completamente sem nutrição e oxigenação, onde se tem a perda de parte ou de todo um membro. Todas as amputações podem ser acompanhadas de sangramento significativo, mas isso é mais comum nas amputações parciais (PHTLS, 2020).

A extremidade amputada deve ser localizada para um possível implante. As amputações de extremidades inferiores geralmente não são reimplantadas em casos de amputação traumática, pois as próteses de membros inferiores são efetivas e o sucesso do reimplante na extremidade inferior é incomum (PHTLS, 2020).

Uma extremidade esmagada por um trauma pode gerar uma condição denominada rabdomiólise. A lesão muscular traumática causa liberação de mioglobina e potássio na corrente sanguínea, a elevação do potássio pode resultar em arritmias cardíacas potencialmente fatais, e a

mioglobina livre pode resultar numa insuficiência renal aguda (PHTLS, 2020).

Atualmente, a prática da enfermagem é centrada em resultados e na observação integral dos diversos diagnósticos do paciente. Sob esse prisma, *Outcome-Present State- Test (OPT)* é citado como um mecanismo para contribuir com a lógica clínica, e, posteriormente, instigar novas capacidades cognitivas (PESUT; HERMAN,1998).

Desse modo, o objetivo deste estudo foi reconhecer, através do modelo de raciocínio clínico OPT, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com amputação de MIE.

2. MÉTODO

Estudo de caso conduzido em uma Unidade de Internação médico-cirúrgica de um hospital de médio porte no interior do Piauí, durante o mês de março de 2023, por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Piauí, campus Senador Helvídio Nunes de Barros (UFPI-CSHNB).

O instrumento utilizado para a coleta de dados sobre a doença, tratamento, anamnese e exame físico foi “Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto” escrito por Alba Lúcia Bottura Leite de Barros. Ademais, o prontuário do paciente foi fundamental para complementar e confirmar os dados obtidos.

O estudo para diagnóstico do caso se deu por meio do modelo OPT, além disso, também foram utilizados os sistemas NANDA, NOC e NIC, responsáveis, respectivamente, pelo desenvolvimento de diagnósticos, resultados e intervenções.

Esse estudo de caso foi realizado no paciente Sr. Marcos (nome fictício), internado na unidade médico-cirúrgica após amputação cirúrgica do membro inferior esquerdo (MIE), devido complicação de acidente de trânsito.

Resumo da história do paciente

Sr. Marcos, 46 anos, divorciado, trabalhador e residente da zona rural, relatou ser etilista e tabagista; sem histórico de doenças crônicas e alergias conhecidas. Admitido na Ala C do Hospital Regional Justino Luz (HRJL) no dia 12/03/2023 após procedimento cirúrgico de amputação de MIE, realizado no dia 11/03/2023, após complicações de acidente de trânsito. Os medicamentos utilizados pelo paciente durante a estadia hospitalar são Omeprazol 40mg - 01 comp VO em jejum; Cefazolina 1g - 01 amp + ad IV de 8/8 horas; Dipirona 1g - 01 amp IV de 6/6 horas; Tilatil 20mg - 01 amp IV de 12/12 horas; Tramal 50mg - 01 amp + 100ml; SF 0,9% IV de 8/8 h (s/n); Bromoprida - 01 amp IV de 8/8 horas (S/N); Captopril 25mg - 01 comp sublingual se PAS>180 e/ou PAD> 100 mmHg. Os sinais vitais no momento foram: pressão arterial de 120 x 60 mmHg; frequência cardíaca de 92 bpm; frequência respiratória de 18 rpm; temperatura corporal de 36,8°C. Possui 72 kg e 1,71m de altura, com índice de massa corpórea de 24,6 kg/m² (normal). Consome frequentemente carnes, massas, ovos, frutas, legumes e verduras. Apresenta diurese espontânea e constipação há 6 dias. Ao exame abdominal: plano, ruídos hidroaéreos presentes, na percussão foi observado som timpânico em flancos e maciço em hipocôndrios, indolor e flácido à palpação. Tórax simétrico, padrão respiratório eupneico, boa expansibilidade e murmúrios vesiculares presentes, ritmo cardíaco normal e sem alterações no precórdio. Ao exame do membro inferior esquerdo (MIE): apresenta sensibilidade ao toque, mobilidade e força motora preservadas. Relatou estar conformado em relação a amputação no MIE, apesar de afetar diretamente toda sua rotina cotidiana. Presença de ferida operatória no MIE, apresentando edema, equimose perilesional, com secreção exsudativa sanguinolenta em quantidade abundante, alguns pontos de deiscência e odor fétido. Realizou-se troca de curativo oclusivo com técnica estéril, utilizando soro fisiológico à 0,9% para limpeza, cobertura primária com sulfadiazina de prata em locais de deiscência, cobertura secundária com compressas estéreis e atadura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para solucionar o caso do Sr. Marcos, depois da coleta de dados, se fez necessário estruturar a lógica da pista, nessa etapa as informações coletadas foram observadas, na intenção de apontar o problema principal que o paciente exibe, que é espelhado pelos diagnósticos centrais, isto é, aqueles que se relacionam aos demais diagnósticos de enfermagem.

É possível haver mais de um diagnóstico central, sendo fundamental frisar que os diagnósticos centrais traçados para o caso clínico do paciente em evidência, seguiram a seguinte prioridade: mobilidade física prejudicada, caminhada prejudicada, integridade da pele prejudicada e integridade do tecido prejudicada. (Figura 1).

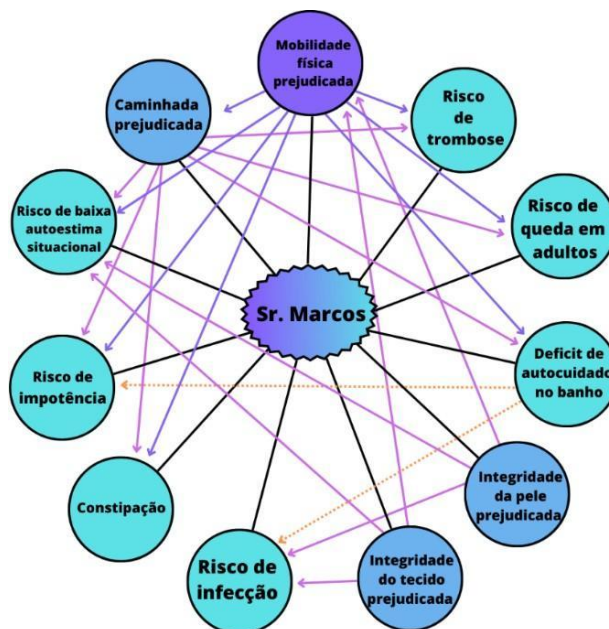


Figura 1 - Representação dos diagnósticos de enfermagem ponderados para o caso clínico, suas conexões e diagnósticos de enfermagem centrais. Picos, Piauí, 2023.

O uso do modelo OPT é capaz de direcionar de forma mais eficiente a elaboração da assistência. Simboliza um mecanismo a ser instaurado na vivência prática, a fim, dos profissionais de enfermagem utilizarem o processo de enfermagem como base do cuidado ao paciente (GONÇALVES; POMPEO, 2016). O estado atual é a etapa na qual o enfermeiro traça o diagnóstico, acompanhado dos fatores relacionados ou de risco e características definidoras. Dessa forma, o estado atual do Sr. Marcos é descrito da seguinte forma:

- Mobilidade física prejudicada (00085), relacionado ao descondicionamento físico, caracterizado por andar alterado.
- Caminhada prejudicada (00088), relacionado ao descondicionamento físico, caracterizado por dificuldade para deambular.
- Integridade da pele prejudicada (00046), relacionado às secreções, caracterizado por sangramento e por superfície da pele danificada.
- Integridade do tecido prejudicada (00044), relacionado às secreções, caracterizado por sangramento, por integridade da pele prejudicada e por edema localizado.

Mobilidade física prejudicada é o diagnóstico central principal, pois a partir dele a maioria das flechas saem, indicando que devido a ele, outros diagnósticos são apontados. Amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. Todo paciente amputado deve ser orientado a como realizar suas transferências de postura e deslocamentos (BRASIL, 2014). Diante disso, a mobilidade física prejudicada, em virtude da amputação, gerou uma sequência de agravos à saúde, que se apresentaram como diagnósticos secundários.

O diagnóstico de caminhada prejudicada poderia ser considerado secundário, entretanto, para tal paciente foi descrito como diagnóstico central, por se tratar de uma amputação em um membro inferior, prejudicando diretamente a deambulação e gerando outros diagnósticos a partir dele.

Integridade da pele prejudicada e integridade do tecido prejudicada são diagnósticos que se assemelham e nesse caso em específico, se tratam de diagnósticos centrais, visto que, a partir da amputação, pele, músculos, ossos e vasos sanguíneos foram lesados, caracterizando prejuízo a essas estruturas e comprometendo a mobilidade física do paciente além de originar demais diagnósticos secundários.

Risco de trombose é um diagnóstico secundário já que ocorre em consequência dos diagnósticos centrais, caminhada prejudicada e mobilidade física prejudicada. O prejuízo na mobilidade é um agravante frequente para o surgimento da trombose venosa profunda (TVP), elevando a ocorrência em até cinco vezes quando comparado com pacientes de deambulação normal (WEILL-ENGERER, *et al.*, 2004).

Risco de queda em adultos e déficit de autocuidado no banho, também são diagnósticos secundários, por ter como causa, os diagnósticos centrais mobilidade física prejudicada e caminhada física prejudicada, visto que, tais condições afetam negativamente na rotina cotidiana do paciente.

Risco de infecção é outro diagnóstico secundário, que está relacionado a déficit de autocuidado no banho, integridade da pele prejudicada e integridade do tecido prejudicada, já que, sob essas condições, o indivíduo está mais vulnerável e propenso a entrada de patógenos através das lesões e a dificuldade de realizar o banho aumenta as chances de contaminação.

A constipação também é um diagnóstico secundário relacionado à caminhada prejudicada e mobilidade física prejudicada, visto que esses fatores dificultam os movimentos peristálticos intestinais. Ademais, tal diagnóstico pode representar uma resposta aos medicamentos em uso. Os opióides aliviam a diarreia ao diminuir a motilidade e aumentar o tônus do músculo liso circular intestinal e provocam constipação, com pouco desenvolvimento de tolerância. (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016).

Risco de impotência é outro diagnóstico secundário relacionado à déficit de autocuidado no banho, caminhada prejudicada e mobilidade física prejudicada, pois a medida em que o paciente não consegue mais desempenhar com êxito atividades rotineiras da sua vivência anterior à amputação, pode sentir-se impotente.

Risco de baixa autoestima situacional também é um diagnóstico secundário, relacionado à caminhada prejudicada, mobilidade física prejudicada, integridade da pele prejudicada e integridade do tecido prejudicada, pois, todos esses fatores combinados interferem na autoestima do paciente, que somados aos estigmas sociais relacionados a amputação, podem resultar em uma baixa autoestima.

Para o Sr. Marcos, os resultados esperados são: 0208 – Mobilidade (12 Indicadores, escolhidos: 2); 0201 – Locomoção: cadeira de rodas (8 Indicadores, escolhidos: 1); 1101 - Integridade tissular: pele e mucosas (22 Indicadores, escolhidos: 2) e 1102 - Cicatrização de feridas: primeira intenção (14 Indicadores, escolhidos: 4) (MOORHEAD, *et al.*, 2016).

Os indicadores que se adequam ao caso clínico são: Desempenho de transferência e Equilíbrio (Quadro – 1); Transfere-se para cadeira de rodas e dela para outro local (Quadro – 2); Pigmentação anormal e Integridade tecidual (Quadro – 3); Aproximação das bordas da ferida, Drenagem sanguinolenta, Edema perilesão e Odor desagradável na ferida (Quadro – 4).

Quadro 1 – Resultado mobilidade e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

0208 – Mobilidade		
Indicadores	Estado atual (16/03/2023)	Estado desejado
(020801) Equilíbrio	1	5 (23/03/2023)
(020805) Desempenho de transferência	2	5 (23/03/2023)

1 - Grave; 2 - Substancial; 3 - Moderado; 4 - Leve; 5 - Nenhuma.

Quadro 2 – Resultado Locomoção cadeira de rodas e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

0201 – Locomoção: cadeira de rodas		
Indicadores	Estado atual (16/03/2023)	Estado desejado
(020101) transfere-se para cadeira de rodas e dela para outro local;	1	5 (23/03/2023)

1 - Grave; 2 - Substancial; 3 - Moderado; 4 - Leve; 5 - Nenhuma.

Quadro 3 – Resultado Integridade tissular: pele e mucosas e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

1101 - Integridade tissular: pele e mucosas		
Indicadores	Estado atual (16/03/2023)	Estado desejado
(110105) Pigmentação anormal	4	5 (20/03/2023)
(110112) Integridade tecidual;	4	5 (23/03/2023)

1 - Grave; 2 - Substancial; 3 - Moderado; 4 - Leve; 5 - Nenhuma.

Quadro 4 – Resultado Cicatrização de feridas: primeira intenção e seus indicadores. Picos, Piauí, 2023.

1102 - Cicatrização de feridas: primeira intenção		
Indicadores	Estado atual (16/03/2023)	Estado desejado
(110213) Aproximação das bordas da ferida	4	5 (23/03/2023)
(110204) Drenagem sanguinolenta	2	5 (19/03/2023)
(110209) Edema perilesão	4	5 (18/03/2023)
(110211) Odor desagradável na ferida	2	5 (18/03/2023)

1 - Grave; 2 - Substancial; 3 - Moderado; 4 - Leve; 5 - Nenhuma.

Em seguida, ao selecionar os resultados desejados, seguem as decisões que compreendem a escolha e execução das intervenções de

enfermagem, a serem efetuadas através da *Nursing Intervention Classification* (NIC) (BULECHEK, *et al.*, 2015).

As intervenções de enfermagem encontradas para alcançar os resultados esperados abrangem: Terapia com exercícios: equilíbrio, Assistência no autocuidado: Transferência, Posicionamento: cadeira de rodas, Cuidados com o local de incisão e Cuidados na amputação. A seguir, estão indicadas as atividades de enfermagem para as intervenções escolhidas para as necessidades do paciente:

Quadro 5 - Intervenções de Enfermagem Terapia com exercícios: equilíbrio. Picos, Piauí, 2023.

Terapia com exercícios: equilíbrio
Atividades:
Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que exijam equilíbrio;
Oferecer dispositivos auxiliares para apoio do paciente ao realizar os exercícios;
Monitorar a resposta do paciente aos exercícios de equilíbrio.

Quadro 6 - Intervenções de Enfermagem Assistência no autocuidado: Transferência. Picos, Piauí, 2023.

Assistência no autocuidado: Transferência
Atividades:
Determinar a capacidade atual do paciente de autotransferência;
Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária;
Orientar o paciente com relação a todas as técnicas apropriadas, com o objetivo de alcançar o maior nível de independência;
Promover incentivos ao paciente, à medida que ele aprende a realizar transferências.

Quadro 7 - Intervenções de Enfermagem Posicionamento: cadeira de rodas. Picos, Piauí, 2023.

Posicionamento: cadeira de rodas
Atividades:
Selecionar uma cadeira de rodas apropriada para o paciente;
Utilizar uma mecânica corporal apropriada durante o posicionamento do paciente.

Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem Cuidados com o local de incisão. Picos, Piauí, 2023.

Cuidados com o local de incisão
Atividades:
Inspeccionar o local da incisão para detecção de vermelhidão, edema ou sinais de deiscência ou evisceração;
Monitorar a incisão para detecção de sinais e sintomas de infecção;
Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão;
Trocar o curativo em intervalos apropriados;
Aplicar um curativo adequado para proteger a incisão.

Quadro 9 - Intervenções de Enfermagem Cuidados na amputação. Picos, Piauí, 2023.

Cuidados na amputação
Atividades:
Evitar colocar o coto em posição pendente, para reduzir o edema e estase vascular;
Enfaixar o coto, conforme necessário;
Monitorar a quantidade de edema presente no coto;
Administrar analgesia farmacológica e não-farmacológica, conforme necessário;
Orientar o paciente a como realizar corretamente os exercícios pós-cirúrgicos;
Monitorar a cicatrização da ferida no local da incisão;
Monitorar a integridade dos tecidos e da pele.

4. CONCLUSÃO

Na construção do caso, foi possível observar que a enfermagem tem autonomia para fazer intervenções sobre disfunções associadas ao quadro clínico do paciente, com o intuito de melhorar a qualidade de vida no período de estadia hospitalar.

Sob esse prisma, o estudo desse caso clínico teve por finalidade realizar, de forma precisa e concreta, o diagnóstico de enfermagem a partir da interpretação correta da anamnese e dos exames físicos realizados com o paciente, levando em consideração seu quadro clínico, bem como a prática assistencial.

Diante disso, foram realizadas propostas baseadas na realidade do paciente que possivelmente podem melhorar o seu bem-estar físico e emocional no ambiente hospitalar ao qual encontra-se inserido.

Essas propostas seguiram o modelo OPT, no qual observa-se um diagnóstico central e a partir da sua resolução os demais diagnósticos atrelados a ele também são solucionados. O modelo OPT é uma ferramenta vantajosa para a enfermagem, que permite uma avaliação individual e singular do paciente, ao fornecer a definição das prioridades do plano de cuidados e a escolha de resultados e intervenções.

Portanto, o estudo é de suma importância pois ao observar os resultados é viável interpretar o quadro apresentado pelo paciente amputado, seus resultados e intervenções.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. *et al.* ANAMNESE – Instrumento de Coleta de Dados. **Anamnese e Exame Físico**. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BULECHEK, G. *et al.* **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015.
- GONÇALVES, L.; POMPEO, D. Aplicação do modelo Outcome Present State em paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **REME**, 2016.
- HERDMAN, T.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023**.

- MOORHEAD, S. *et al.* **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2016. PESUT D. J.; HERMAN J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook**, 1998.
- PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.
- WEILL-ENGERER, S. *et al.* Risk factors for deep thrombosis in inpatients aged 65 and older: a case-control multicenter study. **American Geriatrics Society**, 2004.
- WHALEN, K.; FINKEL, R.; PANAVELIL, T. **Farmacologia ilustrada**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CAPÍTULO IX

APLICAÇÃO DO MODELO *OUTCOME PRESENT STATE-TEST* EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÁFEGO

Ruan Everton de Souza Silva
Vanessa Alves Monteiro da Silva
Wesley Moreira Ferreira
Ariedna da Hora Ferreira
Danielle Gomes Pereira de Souza
Midian Pereira dos Santos
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

RESUMO

Objetivo: identificar, por meio do modelo de raciocínio clínico Outcome Present State-Test (OPT), os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com politraumatismo vítima de acidente de trânsito. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em uma unidade de cuidados cirúrgicos. A coleta de dados consistiu na identificação e caracterização do paciente, antecedentes clínicos, anamnese e exame físico. Os diagnósticos, resultados e intervenções foram realizados com o uso de sistemas padronizados de linguagem NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) e Nursing Interventions Classification (NIC). **Resultados:** O diagnóstico central foi a integridade do tecido prejudicada. Os resultados e as intervenções escolhidos foram relacionados à consolidação óssea; integridade tissular: pele e mucosas; Mobilidade; Função esquelética; Movimento coordenado; Movimento articular: ombros; Autocuidado: vestir-se; Nível de ansiedade; Aceitação: estado de saúde; e Conhecimento: controle da dor. **Conclusão:** Conclui-se que a utilização do modelo OPT auxiliou na identificação das principais necessidades do paciente e norteou o planejamento da assistência com base nas prioridades do cuidado.

Palavras-chaves: Processo de Enfermagem. Traumatismo Múltiplo. Cuidados de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O trauma abdominal é entendido como a transferência de energia do meio externo para a região do abdômen (CARTER *et al.*, 2015). Ademais, é possível classificá-lo como aberto, quando se há a descontinuidade da pele com possibilidade de evisceração, e como fechado, quando não há a perda dessa integridade, no entanto, a energia cinética é transmitida diretamente às vísceras através da parede abdominal (FELICIANO, 2017).

Dentre os órgãos dispostos na cavidade abdominal, os rins são um dos mais acometidos com incidência de lesão aguda pós-traumática de 24% em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (SØVIK *et al.*, 2019). Em países europeus há uma incidência de mais de 95% de lesões renais provenientes de traumas contusos, enquanto nos Estados Unidos e na América do Sul as lesões renais são majoritariamente de traumas penetrantes (PETRONE *et al.*, 2020). A associação das lesões renais a traumas fechados dificulta a evolução de casos pela necessidade de exames complementares para identificá-las,

visto que aumentam substancialmente os riscos de pior prognóstico, incluindo a morte (HAINES *et al.*, 2019).

Diante da dinâmica ou da cinemática do trauma em pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, encontra-se a clavícula, a mão e a tíbia como estruturas mais acometidas em decorrência da transferência de energia associada ao aumento da exposição dessas estruturas (SARAIVA *et al.*, 2021).

O processo de enfermagem (PE) torna-se, em casos de pacientes politraumatizados, um instrumento útil para a continuidade da assistência de forma que atenda, sistematicamente, todas as necessidades. A utilidade do PE é cristalina por refletir positivamente no cuidado e por favorecer a autonomia profissional (DORNALES *et al.*, 2021).

Considerando que o paciente politraumatizado mantém uma complexa associação de múltiplas condições, faz-se necessário aderir modelos de raciocínios das ações de enfermagem alternativos que otimizem os serviços prestados. Para isso, propõe-se a utilização do modelo *Outcome Present State Test* (OPT) como veículo capaz de conduzir os cuidados de forma efetiva. O OPT permite a esquematização do fluxo sistêmico dos problemas de enfermagem. Além do mais, revela-se como uma ferramenta promissora na formação de profissionais, ao permitir que estudantes desenvolvam a acuidade clínica, o processo de resolução de problemas, a autoeficácia e a competência clínica (SEO; EOM, 2021).

O raciocínio baseado no modelo OPT configura-se como um meio facilitador da esquematização das ações a serem desenvolvidas, uma vez que considera todos os diagnósticos de enfermagem simultaneamente e prioriza os diagnósticos centrais por meio de lógica simples e replicável.

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar, por meio do modelo de raciocínio clínico OPT, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem centrais para um paciente com insuficiência cardíaca congestiva.

2. METODOLOGIA

Estudo de caso conduzido em um hospital público na cidade de Picos-PI, como atividade de avaliação parcial da disciplina de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros - CSHNB.

Paciente escolhido com critérios de maior complexidade cirúrgica e suscetibilidade a riscos de complicações de uma amostra de 7 clientes hospitalizados em uma enfermaria do setor de Cirurgia Geral sob orientação do professor orientador, com coleta de dados realizada nos dias 15 e 22 de setembro de 2022.

Foi utilizado o instrumento de coleta de dados dividido em 6 partes: a) identificação, b) informação sobre a doença e o tratamento, c) hábitos, d) exame físico/informações relevantes sobre órgãos e sistemas, e) psicossocial e f) dados específicos de cada área.

O processo de raciocínio diagnóstico foi realizado por meio do modelo OPT, considerando-se as fases: história do paciente (coleta de dados); lógica da pista (avaliação das relações entre os diagnósticos de enfermagem, com base no pensamento sistêmico e de síntese); estado atual (situação real do paciente no momento); estado do resultado (resultados esperados); teste (seleção dos indicadores de resultados); tomada de decisão (escolha das intervenções); e julgamento (avaliação).

Os diagnósticos de enfermagem foram descritos por meio do sistema padronizado de linguagem da NANDA-I, Inc., os resultados pela Nursing Outcomes Classification (NOC) e as intervenções pela Nursing Intervention Classification (NIC), respectivamente.

Destaca-se que a coleta de dados e os diagnósticos de enfermagem foram realizados por graduandos de enfermagem sob orientação do professor consoante os sistemas de linguagem padronizados NANDA-I, NIC e NOC. Os resultados, indicadores e intervenções foram realizados pelos discentes de forma conjunta.

O caso clínico apresentado neste estudo é do Sr. Enzo (nome fictício), internado na unidade de enfermaria cirúrgica para tratamento de trauma abdominal e musculoesquelético.

Resumo da história do paciente

Enzo, 17 anos, sexo masculino, pardo, estudante, solteiro, 45 kg (SIC), residente em zona urbana saneada, deu entrada na emergência da unidade hospitalar, no dia 09 de setembro de 2022, relatando dores na região abdominal e clavícula D, êmese com aspecto “borra de café” e com taquipnéia (FR=37 irpm) após trauma de acidente automobilístico, nega tabagismo e elitismo, sem morbidades, possui histórico familiar para hipertensão e diabetes, possui hábitos diários de jogar futebol nos turnos da manhã, costuma comer cotidianamente frutas, salada crua, carne vermelha, frango, suco, não toma leite, ingere no mínimo 2 litros de água nas 24h. Foi admitido na enfermaria da instituição no mesmo dia com hipótese diagnóstica de trauma abdominal e fratura da clavícula D. À tomografia computadorizada (TC) foi encontrado: na região do abdome rim direito com forma e contornos irregulares, apresentando extensa coleção hiperdensa perirrenal a direita e em flanco/fossa ilíaca ipsilateral, sugerindo laceração renal Grau III e líquido livre na pelve; na região do tórax foi detectado pequeno derrame pleural, com focos de opacidades em “vidro fosco” e espasmos no lobo superior e basal direito. Com relação à análise psicossocial, o paciente demonstra facilidade em estabelecer relações interpessoais e em tomar decisões, possui crença religiosa, utiliza apenas os serviços do SUS e encontra-se orientado quanto ao seu problema de saúde, relatando também inquietação com a demora para a realização do procedimento cirúrgico.

No dia 15/09 às 09h08, o paciente se encontrava no 6º DIH por trauma e no 5º DPO por L.E + Nefrectomia à D, aguardando abordagem cirúrgica da clavícula D. Evoluindo consciente, orientado, receptivo ao estímulo verbal, contactuando e deambulando sem auxílio, normocorado, higienizado com auxílio de acompanhante, sono e

repouso satisfatórios, perfusão periférica normal, AVP em MSD sem sinais flogísticos, dieta por VO branda, eliminação urinária espontânea de coloração amarelo claro (SIC) e evacuações regulares. Aos SSVV apresenta-se normocárdico, normotenso, apirético e eupneico. Ao exame físico: abdome plano e doloroso à palpação, com som timpânico à percussão em todos os quadrantes, RHA + e normais. FO de LE apresentava aspecto limpo e seco, com cicatrização por 1ª intenção, realizada troca de curativo com utilização de SF 0,9% p/ limpeza e aplicação de cobertura oclusiva com gazes e esparadrapos; Dreno de penrose mantendo fixação por sutura, drenagem de 2 mL de secreção sanguinolenta, pele peri-dreno íntegra, realizada limpeza na região de inserção do dreno com aplicação de clorexidina 2% e troca de bolsa coletora, paciente nega dor ou desconforto durante a realização do procedimento. Queixa-se de dor na região da clavícula D, com apresentação de força e sensibilidade preservadas. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem. SSVV: T: 36,9° C; PA: 130 x 60 mmHg; FC: 66 bpm; FR: 18 irpm.

No dia 22/09/2022, às 10h, paciente se encontrava em 13° DIH por trauma e em 12° DPO por L.E + Nefrectomia à D, e aguardando abordagem cirúrgica da clavícula D. Evoluindo consciente, orientado, receptivo ao estímulo verbal, contactuando e deambulando sem auxílio, higienizado com auxílio de acompanhante, corado, anictérico e acianótico, dieta prescrita por VO com aceitação total, sono e repouso satisfatórios, perfusão periférica normal, AVP em MSD pérvio e sem sinais flogísticos, padrão de eliminações fisiológicas normais (SIC). Aos SSVV apresenta-se normocárdico, pressão diferencial divergente, afebril e eupneico. Quanto ao exame físico: neurológico com funções motoras normais, pupilas isocóricas e fotorreagentes e sensibilidades tátil e térmicas preservadas; pele hidratada com escoriações na região direita do tórax, nos MMII e no MSD, lesões de incisão cirúrgica na região medial do abdome e do flanco D; tórax plano e simétrico e com boa expansibilidade; ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em 2T; AR: MV + sem ruídos adventícios; abdome apresentava-se plano, indolor

à palpação, RHA + e normais à ausculta, som maciço à percussão no QSD. FO de LE e FO de dreno abdominal apresentaram aspecto limpo e seco com cicatrização por 1ª intenção, realizada troca de curativo com utilização de SF 0,9% para limpeza e cobertura oclusiva com gazes e esparadrapos. Ao exame clínico e laboratoriais, realizados no dia 21/09/22, alterados foram: eritrócitos (3,79 milhões/mm³), hemoglobina (11,2 g%), hematócrito (32,3%), leucócitos (8.300/mm³), plaquetas (258 mil/mm³). Queixava-se de dor na região da clavícula D ao esforço, mas com força e sensibilidade preservadas. Segue sob os cuidados da enfermagem. SSVV: TAX: 36° C; PA: 120x40 mmHg; FC: 86 bpm; FR: 32 irpm.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Subsequentemente a coleta dos dados necessários para a condução do planejamento da assistência, há a elaboração da lógica das pistas que refletirá no direcionamento correto do profissional de enfermagem ao paciente assistido. Essa é a etapa fundamental para organização das ideias, pois permite a identificação do principal problema do paciente ao destacar o diagnóstico central, isto é, aquele que mais se relaciona com os demais diagnósticos.

Assim, para a resolução do caso do Sr. Enzo, os diagnósticos centrais elaborados para o caso clínico em questão, por ordem de prioridade, foram: integridade do tecido prejudicado; mobilidade física prejudicada; e dor aguda (Figura 1).

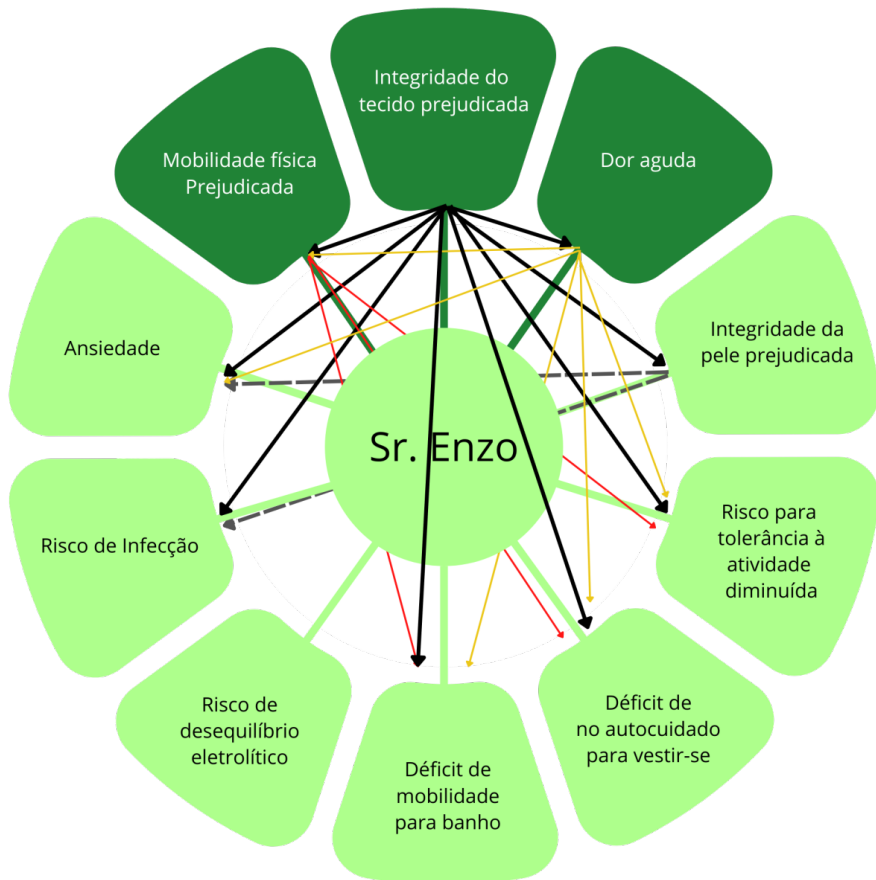


Figura 1: Representação dos diagnósticos de enfermagem considerados para o caso clínico, suas conexões e diagnósticos de enfermagem centrais. Picos, Piauí, 2023.

O estado atual é a fase em que o enfermeiro descreve o enunciado diagnóstico, acompanhado dos fatores relacionados ou de risco e características definidoras.

Dessa forma, o estado atual do Sr. Enzo é descrito da seguinte forma (HERDMAN; KAMITSURU, 2021):

- Integridade do tecido prejudicado (00044) relacionado ao procedimento invasivo e luxação da clavícula, evidenciado por ferida operatória e algia na região da clavícula.

- Mobilidade física prejudicada (00085), relacionada à dor, evidenciada por movimentação lenta, amplitude diminuída e expressão de desconforto
- Dor aguda (00132), relacionada ao agente de lesão física, evidenciado por expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor e posição para aliviar a dor;
- Integridade da pele prejudicada (00046), relacionada ao procedimento cirúrgico, caracterizado por superfície da pele danificada e escoriações;
- Risco para tolerância à atividade diminuída (0299), relacionado à dor e à mobilidade física prejudicada.
- Déficit no autocuidado para vestir-se (00109), relacionado à dor e a movimentação diminuída, evidenciado pela capacidade prejudicada de colocar roupas na parte superior do corpo.
- Déficit no autocuidado no banho (00108), relacionado à dor e a movimentação diminuída.
- Risco de infecção (00004), relacionado a procedimento cirúrgico invasivo e extenso e alteração na integridade da pele;
- Ansiedade (00146), associada à dor e, evidenciada por inquietação.
- Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195), relacionado à nefrectomia proveniente do trauma.

Integridade do tecido prejudicado foi considerado o diagnóstico central, pois dele partem o maior número de flechas, sendo, portanto, um fator determinante para a presença dos outros diagnósticos.

A evidência da integridade tissular prejudicada se relaciona com os diagnósticos centrais mobilidade física prejudicada e dor aguda, que por sua vez refletem nos diagnósticos secundários enquadrados na limitação do movimento, representados pelo déficit no autocuidado para se vestir-se, déficit no autocuidado no banho e risco para tolerância a atividade diminuída.

Um estudo que avalia as variáveis presentes em pacientes internados com politrauma no pronto socorro aponta que os diagnósticos reais de enfermagem mais frequentes foram *dor aguda, ansiedade, deterioração da integridade da pele, mobilidade física prejudicada e integridade tecidual prejudicada* (VILLANUEVA-BENITES *et al.*, 2019). Nota-se que os diagnósticos mais comuns do estudo assemelham-se aos diagnósticos de enfermagem encontrados neste estudo de caso.

De acordo com outro estudo, realizado em São Paulo, os diagnósticos de enfermagem para dor aguda e conforto prejudicado mostraram forte relação, uma vez que 92% dos pacientes que apresentaram diagnóstico de conforto prejudicado associaram seu desconforto devido ao aparecimento da dor (SALLUM; SOUSA, 2012).

Os diagnósticos de riscos encontrados no estudo foram risco de infecção, risco para tolerância a atividade diminuída e risco de desequilíbrio eletrolítico. Como esses diagnósticos partem dos diagnósticos centrais, pela representação das flechas, são categorizados como secundários. Os demais diagnósticos secundários foram ansiedade, integridade da pele prejudicada, déficit no autocuidado para banho e déficit no autocuidado para se vestir que associam-se, mediante o direcionamento das flechas também, ao diagnóstico central e ao diagnóstico de dor relacionado ao trauma e ao procedimento cirúrgico.

Nesse sentido, é presumível que um prognóstico representado por resultados esperados positivos para os diagnósticos secundários pode ser alcançado através do restabelecimento da integridade tecidual.

Foram descritos os resultados e, posteriormente, as intervenções apenas para o principal diagnóstico de enfermagem do Sr. Enzo: integridade do tecido prejudicada. Os resultados identificados foram: consolidação óssea (1104), integridade tissular: pele e mucosas (1101), Mobilidade (0208), Função esquelética (0211), Movimento coordenado (0212), Movimento articular: ombros (0219), Autocuidado: vestir-se

(0302), Nível de ansiedade (1211), Aceitação: estado de saúde (1300) e Conhecimento: controle da dor (1843).

Para avaliar se houve uma adequada recuperação do cliente, o enfermeiro deve investigar criteriosamente desde o histórico, observando o estado do mesmo, ao chegar no serviço de saúde, até após a consolidação das intervenções, e realizar comparações entre o antes e o depois.

Posteriormente, identifica-se os indicadores que firmam o diagnóstico de enfermagem, em fase denominada teste. No resultado de consolidação óssea há 10 indicadores que avaliam a evolução desse resultado; no resultado integridade tissular: pele e mucosas são encontrados 21 indicadores. Em continuidade a análise dos resultados, esses indicadores são filtrados pelo uso de uma escala de um a cinco, sendo que um representa o estado, comportamento ou percepção menos desejável e o cinco o mais desejável. Assim, conforme a avaliação do paciente, os indicadores selecionados foram: no primeiro resultado - Proliferação celular, Ossificação, consolidação e remodelagem, Retorno função esquelética e Dor; no segundo resultado - integridade da pele, lesões de pele e tecido cicatricial (Quadros 1 e 2).

Ressalta-se ainda que por não haver uma clareza quanto à graduação dos indicadores, eles devem ser escolhidos de forma subjetiva de acordo com a visão do enfermeiro quanto ao estado em que o paciente se encontra e o tempo estimado para que ele consiga evoluir seu quadro (GONÇALVES; POMPEO, 2016).

Quadro 1: Resultado Consolidação óssea e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

Consolidação óssea (1104)			
Indicadores		Estado atual (22/09/22)	Estado desejado
110402	Proliferação celular	2*	5*** (22/10/22)
110404	Ossificação, consolidação e remodelagem	2	5 (22/11/22)
110406	Retorno função esquelética	3**	5 (22/11/22)
110407	Dor	3#	5## (23/09/22)

*2. Limitado; **3. Moderado; ***5. Extenso; #3. Moderado; e ##5. Nenhum.

Quadro 2: Resultado Integridade tissular: pele e mucosas e seus indicadores. Picos-PI, 2023.

Integridade tissular: pele e mucosas (1101)			
Indicadores		Estado atual (22/09/22)	Estado desejado
110113	Integridade da pele	3*	5** (22/10/22)
110115	Lesões de pele	4##	5### (01/10/22)
110117	Tecido cicatricial	3#	5 (22/10/22)

*3. Moderadamente comprometido; **5. Não comprometido; #3. Moderado; ##4. Leve; e ###5. Nenhum.

Os demais resultados e seus indicadores relacionados aos demais diagnósticos encontrados para o Sr. Enzo são:

- Mobilidade (0208): movimento das articulações (020804).
- Função esquelética (0211): integridade dos ossos (021101); movimento das articulações (021103).

- Movimento coordenado (0212): rapidez de movimentos (021203); firmeza de movimentos (021206); movimentos na velocidade desejada (021211); movimentos com a precisão desejada (0212120).
- Movimento articular: ombros (0219): flexão para a frente 180° (D) (021901); extensão 50° (D) (021902); rotação externa 90° (D) (021903); rotação interna 90° (D) (021904); abdução 180° (D) (021905); adução 50° (D) (021906).
- Autocuidado: vestir-se (0302): colocação das roupas na porção superior do corpo (030204); retirada das roupas da porção superior do corpo (030214).
- Nível de ansiedade (1211): agitação (121101); desconforto (121105); preocupação exagerada sobre eventos da vida (121118); produtividade diminuída (121126).
- Aceitação: estado de saúde (1300): reconhecimento da realidade da situação de saúde (130008); demonstração de autoconsideração positiva (130020); adaptação a mudanças no estado de saúde (130017); busca de informações sobre saúde (130009); enfrentamento da situação de saúde (130010).
- Conhecimento: controle da dor (1843): causas e fatores colaboradores da dor (184301); estratégias de controle da dor (184303); regime medicamentoso prescrito (184305); uso correto da medicação prescrita (184306); restrições à atividade (184320).

Uma lesão, mesmo por primeira intenção, é considerada porta de entrada para um quadro infeccioso, sobretudo quando há internação prolongada. Em íntima ligação está o uso de cateter venoso periférico e drenos; o que requer frequente avaliação (SILVA, 2021). Nesse sentido, considerando o diagnóstico secundário risco de infecção relacionado ao diagnóstico principal integridade tissular prejudicada, é imprescindível a vigilância ao aparecimento de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema e perda de função) nos locais em que há incisão, e também se há estado febril.

A monitorização, higiene e ações (troca de cobertura e equipo quando indicado, limpeza adequada e preservação de técnicas assépticas) que promovam a cicatrização das lesões são indispensáveis durante a recuperação do paciente. Tais condutas impactam no descarte de processo infeccioso com a vertiginosa remodelação óssea e tecidual (PANADO, 2014).

O enfermeiro deve realizar a prescrição baseada em evidências, mas também deve considerar a realidade do seu paciente e os insumos ofertados no seu ambiente de trabalho. A prescrição deve ser escrita de maneira clara e objetiva de forma que seja facilmente compreendida pela equipe e a continuidade da assistência seja mantida de maneira eficaz. Além disso, a aplicação da prescrição deve garantir a autonomia do profissional que presta a assistência.

Após realizar as intervenções cabe ao enfermeiro, na fase de julgamento, realizar a avaliação dos resultados obtidos. É nesse momento que o enfermeiro irá refletir como suas intervenções estão contribuindo para a evolução do paciente e se os resultados obtidos atingiram o que era esperado. Ademais, esse momento de avaliação promoverá o embasamento a implementação de novas ações de enfermagem.

A utilização da *Nursing Intervention Classification* (NIC) pode ser feita para a implementação das ações que devem ser tomadas a fim de melhorar o quadro clínico do paciente.

As intervenções de enfermagem selecionadas para o diagnóstico central foram baseadas em cuidados com lesões, cuidados com local de incisão, assistência no autocuidado: vestir-se/arrumar-se, controle da dor, escolhidas de acordo com a observação e constatação das necessidades de cuidados primários do paciente para que o objetivo principal de tratamento inicial da integridade do tecido prejudicado fosse alcançado e, assim, pudesse ter uma melhora significativa do paciente e, posteriormente, tendo como consequência a solução dos demais diagnósticos. O quadro 3 apresenta as atividades a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem para a intervenção: cuidados

com lesões mediante diagnóstico central representado pela integridade do tecido prejudicado.

Quadro 3. Intervenções de Enfermagem Cuidados com lesões e suas atividades. Picos-PI, 2023.

Cuidados com lesões: Prevenção de complicação em feridas e promoção da cicatrização.
Atividades:
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.
<ul style="list-style-type: none"> • Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.
<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão, conforme apropriado.
<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado.
<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a lesão a cada troca de curativo
<ul style="list-style-type: none"> • Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.

Após a seleção das atividades, estas devem ser ajustadas de acordo com o ambiente, serviço e necessidade do paciente, objetivando sempre o seu conforto e melhora considerável do seu estado de saúde. Por exemplo, examinar a lesão a cada troca de curativo, no caso do paciente, observar se a incisão da laparotomia continuava seca e limpa, sem nenhuma alteração, em 24/24h, para averiguar se não existia indício de infecção no local e continuar com as medidas preventivas para a completa e eficaz cicatrização.

Avaliando a mobilidade física prejudicada associada a dor relacionada a integridade do tecido prejudicada, seleciona-se intervenções que promovam a melhora do paciente à imobilidade parcial, encorajando-o a estimular a movimentação do membro da região da clavícula afetada e a conhecer os pontos de melhora e piora da dor.

Todas as atividades devem ser de conhecimento completo da equipe de enfermagem. Contudo, cabe ao enfermeiro tomar as decisões

sobre as ações que devem ser executadas em determinado horário e dia, além de fiscalizar se as mesmas estão sendo realizadas de forma correta para atender aos objetivos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar o diagnóstico de integridade do tecido prejudicada como o principal para o paciente vítima de politrauma, que ocasionou fratura da clavícula direita e nefrectomia à direita, por meio do modelo OPT, a partir do qual foi possível identificar o diagnóstico que necessitava de uma maior atenção e traçar um plano de intervenções associadas a resultados esperados enquadrados para o caso clínico do paciente, estabelecendo as prioridades de cuidados, facilitando, assim, a tomada de decisão clínica.

O acompanhamento do caso a fim de observar a evolução do quadro foi limitado devido à quantidade de aulas práticas semanais ofertadas na disciplina, sendo possível contato com o paciente apenas em dois dias.

Em suma, a elaboração do estudo de caso utilizando o modelo OPT foi de grande importância, pois possibilita uma reflexão com raciocínio crítico tanto para o estudante como para o profissional de enfermagem através de uma exploração mais apurada do quadro clínico do cliente. Além disso, sua utilização conjunta com o Processo de Enfermagem permite que os demais diagnósticos sejam solucionados a partir do diagnóstico central, por meio da elaboração de intervenções mais efetivas que irão contribuir para uma recuperação mais rápida do paciente.

O modelo demonstrou ser um instrumento bastante otimizador do processo de enfermagem e serviu-se como guia para estudantes de graduação em seus primeiros momentos de prática hospitalar. Portanto, recomenda-se a adoção desse modelo como ferramenta auxiliadora do ensino das instituições de ensino superior e como meio válido para a efetivação do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 471-471, 2016.
- BULECHEK, B. et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1-640, 2015.
- CARTER, J. W. et al. Do we really rely on fast for decision-making in the management of blunt abdominal trauma? **Injury**, v. 46, n. 5, p. 817-821, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020138314006093>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- DORNELES, F. C. et al. Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6028-e6028, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6028/3994>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- HAINES, R. W. et al. The incidence and associations of acute kidney injury in trauma patients admitted to intensive care: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 86, n. 1, p. 141-147, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/2019/01000/The_incidence_and_associations_of_acute_kidney.20.aspx. Acesso em: 01 out. 2022.
- HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e Classificação - 2021-2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 1-1025, 2021.
- MOORHEAD, S. et al. **NOC Classificação dos resultados de enfermagem**. 5 Ed. Elsevier Brasil, p. 1-712, 2015.
- PANATO, B. P. Caracterização clínica de pacientes com o diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada. 2014. 86 p. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharel Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <file:///D:/UFPI/Submiss%C3%B5es/M%C3%A9todo%20AOT/1.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.
- PESUT, D. J.; HERMAN, J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. **Nurs Outlook**, v. 46, n. 1, p. 29-36, 1998. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(98\)90022-7/pdf](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(98)90022-7/pdf). Acesso em: 02 out. 2022.
- PETRONE, P. et al. Traumatic kidney injuries: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Surgery**, v. 74, p. 13-21, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919119303711>. Acesso em: 01 out. 2022.
- SARAIVA, J. A. et al. Prevalência de fraturas por acidentes automobilísticos em um hospital público do Piauí. **Revista Brasileira de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 9430-9444, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-438>. Acesso em: 01 out.

- 2022.SALLUM, A. M. C.; SOUSA, R. M. C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 256-262, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DyrFq3swfW3V4ZtRC6K6cYS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- SEO, Y. H.; EOM, M. R. The Effect of Simulation Nursing Education Using the Outcome-Present State-Test Model on Clinical Reasoning, the Problem-Solving Process, Self-Efficacy, and Clinical Competency in Korean Nursing Students. **Healthcare**, v. 9, n. 3, p. 3-243, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9030243>. Acesso em: 01 out. 2022.
- SILVA, E. N. et al. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias traumato-ortopédicas. **Revista Cuidarte**, v. 12, n. 2, 2021.
- SØVIK, S. et al. Lesão renal aguda em pacientes com trauma admitido na UTI: revisão sistemática e meta-análise. **Cuidados Intensivos Med**, v. 45, n. 4, p. 407-419, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05535-y>. Acesso em: 01 out. 2022.
- VILLANUEVA-BENITES, M. E. et al . Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas. **Salud, Barranquilla**, Barranquilla , v. 35, n. 3, p. 403-421, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522019000300403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Francisco Gilberto Fernandes Pereira – Enfermeiro. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde / UECE. Docente dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem da UFPI.

Bruna Karen Cavalcante Fernandes - Enfermeira. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde / UECE. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UFPI.

Amanda de Alencar Silva – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Janária de Jesus Moura – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Ana Caroline Gomes Ferreira – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Luana Soares Souza – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Paloma Moura Martins Dantas – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Adrielle de Almeida Brito – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Brenda Rodrigues de Sousa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Bruna Tayse Silva Leal – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Mayra Raylane de Sousa Carvalho – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

José Rúbem Mota de Sousa – Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Dara Mendes Nogueira – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Ariedna da Hora Ferreira – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Danielle Gomes Pereira de Souza – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Ruan Everton de Souza Silva – Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Vanessa Alves Monteiro da Silva – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Wesley Moreira Ferreira – Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Midian Pereira dos Santos – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Wellen Eduarda Alves dos Santos – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Francisca Rosana Gonçalves Mota – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Leonilia Sousa Alencar Borges – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Sara Gonçalves de Sousa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Lara Karine Lima Sousa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Milena Leite Veloso – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

João Rafael da Silva Fonseca – Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Rayla Lucia de Almeida Hipólito – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Raiara Pedrosa Vieira – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Layane Henrique Tavares – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Ana Joyce de Sousa Barbosa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Luiza Bruna da Silva Pereira – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Maria Letícia Mendes Araújo – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Maysa Lis Luz e Silva – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

MODELO *OUTCOME PRESENT STATE-TEST* APLICADO NO ENSINO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A formação em Enfermagem demanda constante inovação e deve estar atrelada às boas práticas metodológicas de se fazer o ensino-aprendizagem acontecer de forma crítica, reflexiva e aplicada. Nessa perspectiva, é indispensável que o Processo de Enfermagem seja guiado por um referencial adequado à realidade assistencial em que docentes e discentes estejam inseridos.

Como parte das competências exigidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Enfermagem, o estudante deve ser capaz de utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde. Assim, na disciplina de Enfermagem nas Cirurgias e Emergências do campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB) tem-se utilizado o Modelo Outcome Present State-Test (OPT) como ferramenta metodológica de ensino para o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão.

Home Editora

CNPJ: 39.242.488/0002-80

www.homeeditora.com

contato@homeeditora.com

9198473-5110

Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

