

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM PROBLEMAS DO APARELHO DIGESTIVO

Deborah de Azevedo Veiga*

RESUMO: Este trabalho visa mostrar uma assistência de enfermagem centrada no paciente e não em sua patologia, baseada em seus problemas, com fundamentação científica desses problemas, com as respectivas prescrições de enfermagem e suas fundamentações.

1. INTRODUÇÃO

"Muitas vezes, compreendendo que o paciente está condenado à morte, nos sentimos frustrados e inúteis. Mas não somos inúteis. Podemos ajudar o paciente trazendo a família que ele ama, podemos ajudar a família a encarar sua perda e podemos ajudar o paciente a se sentir o único até o momento de sua morte ou de sua saída do Hospital" (SHERMAN, D. W. et alii, 1978).

Baseados nesse pensamento, tentamos apresentar um trabalho centrado nos problemas apresentados por um paciente e não em sua patologia, porque também, como SHERMAN⁵, acreditamos que nós enfermeiros podemos ajudar o paciente a se sentir o único entre tantos outros que também cuidamos.

* Mestre em Enfermagem, Regente da Disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto II, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. HISTÓRICO

N. C. R., 68 anos, viúva, quatro filhos casados, boa condição sócio-econômica-cultural, não precisando ajudar nem receber ajuda econômica dos filhos, 1,62 m de altura, pesando 56 quilos, mora sozinha num apartamento próprio com três quartos, longe de qualquer familiar, fazendo afazeres domésticos (possuindo uma faxineira duas vezes por semana), nunca havia sido hospitalizada. Admitida num Hospital Geral de Porto Alegre, apresentando icterícia, edema dos membros inferiores, ascite, oligúria, fadiga, anorexia, perda de peso, varizes esofágicas, hemorróidas e angústia que, segundo a própria paciente e seus familiares, tais problemas iniciaram há mais ou menos 6 meses e que, após vários exames, foi feito o diagnóstico de cirrose hepática. Os familiares negam que a paciente tenha sido portadora de hepatite ou qualquer problema biliar (extra ou intra-hepático), assim como, gostasse de bebidas alcoólicas. Aceita bem a dieta hipossódica prescrita e toma "religiosamente" o diurético, pois "só assim consegue urinar". Apesar de referir anorexia, refere receber dieta balanceada. Sabe ser portadora de doença do fígado.

3. PROBLEMAS APRESENTADOS PELA PACIENTE

Anorexia, perda de peso, fadiga, edema moderado dos membros inferiores, ascite (também moderada), oligúria, icterícia, varizes esofágicas, hemorróidas e ansiedade.

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA NOS PROBLEMAS APRESENTADOS PELA PACIENTE

4.1. Anorexia, perda de peso e fadiga

O paciente hepático, segundo BELAND & PASSOS² "*apresenta anorexia e isto é especialmente importante para a enfermagem, pois a dieta é um dos pontos principais da terapia*".

A fim de entendermos os problemas que essa paciente apresenta, recapitularemos os aspectos anátomo-fisiológicos do fígado, bem como suas funções.

O fígado é a maior glândula do corpo humano, situando-se na porção alta da cavidade abdominal, abaixo do diafragma, quase todo no hipocôndrio direito, estendendo-se também ao epigástrico e ao hipocôndrio esquerdo. É um órgão de múltiplas funções, constituído essencialmente de células hepáticas com disposição radiada em torno de uma

veia, veia central, reunidas em grupo, os lóbulos hepáticos. Os interstícios interlobulares são percorridos por ductos biliares e ramificações da veia porta e da artéria hepática.

A circulação hepática é muito complexa. A artéria hepática capilariza-se no interior do fígado, nutrindo-o (circulação nutritiva); a veia porta capilariza-se trazendo do intestino e baço sangue venoso para que este sofra a ação hepática (circulação funcional). As veias hepáticas tributárias da veia-cava inferior constituem a veia sangüínea de retorno.

A bile secretada pelo fígado é recolhida pelos ductos intra-hepáticos que, após confluências sucessivas, levam-na aos canais excretores maiores, os ductos hepáticos direito e esquerdo que, ao nível do hilo do fígado, confluem formando o ducto hepático comum.

A vesícula biliar, divertículo das veias extra-hepáticas, possui também um canal, o ducto cístico que, unido ao ducto hepático comum, constitui o ducto colédoco, via excretora final que se abre na porção descendente do duodeno, na papila maior, juntamente com o ducto pancreático.

Pode haver destruição de aproximadamente 80% do fígado antes que apareçam sinais de insuficiência hepática. Como se vê a função hepática expõe o fígado a maiores concentrações de agentes patogênicos do que outros tecidos. No entanto, o fígado tem grande poder de recuperação de suas células.

O fígado possui mais ou menos 500 funções conhecidas e estima-se 2.000 desconhecidas. Intervém, devido a seus aspectos anatomo-fisiológicos acima referidos, em várias atividades metabólicas vitais e complexas. As mais importantes são:

- formação e excreção da bilis;
- utilização, transformação e distribuição de vitaminas, proteínas, Hidratos de Carbono e Gorduras;
- armazenamento de glicogênio;
- síntese de fatores necessários à coagulação do sangue, incluindo protombina e fibrinogênio;
- desintoxicação, retirada de compostos químicos, bactérias e corpos estranhos que podem ser prejudiciais à saúde;
- formação de anticorpos e substâncias imunizantes como a gama-globulina.

A paciente iniciou há seis meses a apresentar anorexia que, gradativamente, vem se exacerbando e conseqüentemente acompanhada de perda de peso (+ ou - 8 quilos) e fadiga. Informa que, ao se acordar "apavora-se de enfrentar os alimentos e os serviços caseiros. Sempre gostava de trabalhos manuais, porém atualmente não os faz com tanta freqüência devido à fadiga. Cansa-se quando caminha o que caminhava an-

teriormente. Informa que, apesar da anorexia, alimenta-se "bem" com dieta hipossódica balanceada, porque seu médico recomendou-a que assim procedesse.

Prescrição de Enfermagem	Fundamentação
1) Esclarecer a inter-relação entre anorexia, perda de peso e fadiga com sua doença hepática.	A paciente, tendo conhecimento de que o fígado tem, entre outras funções, a de utilizar, transformar e distribuir vitaminas, proteínas, Hidratos de Carbono e Gorduras, entenderá o porquê da necessidade de uma alimentação adequada para compensar sua doença.
2) Questionar os alimentos que lhe apeteçam e que tolera, bem como, o horário em que gostaria de ingeri-los.	O paciente anorético deverá escolher seus alimentos e horários, pois além de satisfazer seu paladar, sente-se comprometido com seu tratamento e conseqüentemente participará de seu cuidado.
3) Discutir, entre os alimentos de sua preferência, quais os que contêm nutrientes básicos necessários a sua doença.	A fim de que, ciente das propriedades dos alimentos, consiga ingerir dieta balanceada.
4) Transmitir à nutricionista tudo o que questionou com a paciente em relação a alimentos.	Para que haja um trabalho em equipe, beneficiando, assim, a paciente.
5) Observar e indagar junto ao paciente, a quantidade e qualidade de alimentos que está ingerindo.	A fim de avaliar o resultado das ações de enfermagem quanto à alimentação.
6) Questionar seu grau de fadiga, assim como, atividades que pode e gostaria de fazer.	A fim de que possa ser estabelecido um plano de atividades com a participação da paciente.

7) Pesar diariamente em jejum, sempre com o mesmo número de peças de vestuário.

A fim de obter dados fidedignos referentes ao estacionamento de seu peso, diminuição ou mesmo aumento. O peso é um dos dados que deverá ser avaliado com cautela, pois a paciente apresenta edema.

4.2. Edema dos membros inferiores moderado, ascite (também moderada) e oligúria.

Para GUYTON⁴ *“Edema é a presença, em excesso, de líquido intersticial nos tecidos. Quando a pressão venosa hepática sobe apenas 3 e 5 mm Hg acima do normal, começa a transudar líquido na linfa, escoando também através da cápsula hepática para a cavidade abdominal. Esse líquido é quase plasma puro, contendo 80 a 90% de proteínas em relação ao plasma. Pressões venosas hepáticas de 10 a 15 mm Hg aumentam o fluxo linfático hepático para 20 vezes o normal e a ‘transudação’ da superfície do fígado pode ser tão grande que ocasione ascite grave”*. Em síntese, o edema numa doença hepática pode ser devido a:

- 1 – Aumento da pressão hidrostática devido à pressão exercida pelos nódulos em face da regeneração sobre as veias supra-hepáticas;
- 2 – Diminuição da síntese da albumina, a proteína mais importante para a manutenção da pressão osmótica do sangue. Uma diminuição significativa da concentração de albumina sérica, diminui a capacidade de retenção de água e sangue (o fígado lesionado não pode conservar seu ritmo normal de síntese da albumina);
- 3 – Alteração da permeabilidade das células hepáticas;
- 4 – Transtorno do metabolismo da água e do sódio por via hormonal (aldosterona);
- 5 – Diminuição do filtrado glomerular, dando oligúria.

Paciente apresenta edema moderado dos membros inferiores e ascite que, gradativamente, vem se exacerbando. Refere um certo peso sobre o abdômen que sabe ser “água”. Movimenta-se livremente no leito e, apesar de deambular pouco devido à fadiga, quando o faz, não encontra nenhuma dificuldade. Apresenta de 400 a 500 ml de diurese por dia, apesar de tomar diariamente diurético que, segundo ela, é um remédio importante que a faz urinar. Tem como prescrição médica repouso relativo e dieta hipossódica que, como já referimos, é bem aceita pela paciente.

- 1) Questionar o que sabe sobre edema e sua relação com doença de fígado; caso a paciente achar-se receptível.

A fim de dar uma orientação segura, torná-la participante em seu cuidado. Respeitar a vontade da paciente em querer saber ou não o porquê dos sintomas relacionados à sua doença, demonstrar o respeito de acatar as suas decisões.
- 2) Explicar, caso a paciente queira, a inter-relação entre edema, oligúria e sua doença do fígado, assim como, a diminuição dos sintomas com a melhoria de sua doença.

A paciente, tornando-se consciente dessa inter-relação, tornar-se-á participante consciente de seu tratamento.
- 3) Pesar a paciente em jejum com o mesmo número de peças de roupa.

Havendo modificação do horário e do número de peças, haverá alteração do peso. O peso é um dos dados que fornecerá subsídios para uma avaliação de retenção maior ou menor de líquidos.
- 4) Orientar sobre a importância de guardar a diurese das 24 horas.

Para que se torne consciente de que, uma medida exata de sua diurese, fornecerá ao médico subsídios para uma reavaliação do plano terapêutico.
- 5) Esclarecer que chame o pessoal de enfermagem, após cada micção.

Medir a diurese após cada micção diminui a possibilidade de perda de urina e, conseqüentemente, de dados incorretos.
- 6) Observar sintomas de hipopotassemia, tais como: vômitos, diarreia, hipotensão arterial, fraqueza, pulso filiforme e arritmico, etc..

O progressivo deficit extracelular devido ao uso prolongado de diuréticos poderá levar a paciente a hipopotassemia. A detecção precoce de tais problemas e-

7) Observar sintomas hiponatremia, tais como: fraqueza, fadiga, câimbras, cólicas intestinais, tonturas, etc...

8) Supervisionar, sem que a paciente se aperceba, a aceitação da dieta hipossódica balanceada.

9) Medir a circunferência abdominal diariamente, com a paciente deitada em decúbito dorsal.

10) Questionar sobre a necessidade de manter os membros inferiores elevados sobre um banquinho, quando sentada.

11) Explicar sobre a inter-relação entre repouso relativo e a compensação de sua doença.

vitará o agravamento dos mesmos e o aparecimento de outros.

A dieta pobre em sódio poderá ocasionar eventualmente tais problemas, alguns dos quais são da própria doença também. A detecção precoce será de grande importância para o plano terapêutico médico.

A paciente declarou aceitar a dieta hipossódica e perderá a confiança da enfermeira, caso desconfie de sua afirmação. É fundamental no tratamento do paciente hepático uma dieta em variedade completa de aminoácidos suficientes para regeneração tissular e substituição de proteínas sanguíneas. Oferecer Hidratos de Carbono e Gorduras, para que as proteínas possam ser usadas para a síntese de tecidos e não como fonte de energia.

A fim de acompanhar o aumento, diminuição ou estagnação da ascite. A posição em decúbito dorsal facilita a medição.

Facilitar o retorno venoso.

O repouso favorece a circulação hepática, e será prescrito conforme estiver as condições do fígado.

12) Ajudar o banho colocando um banquinho embaixo do chuveiro, permanecendo ao seu lado e observando condições de pele, motricidade e conduta.

O banho sentado diminui o esforço que deverá ser evitado e/ou diminuído. Equimoses, petéquias, etc. são sintomas ocasionados pela deficiência de coagulação de sangue. A mudança na motricidade e conduta podem ser sintomas de pré-coma hepático.

4.3. Icterícia – Coloração amarelada da pele, devido a uma concentração anormal de bilirrubina circulante

Quando os glóbulos vermelhos concluem sua autovida (em média 120 dias), e tornam-se por demais frágeis para persistir por mais tempo no sistema circulatório, suas membranas rompem-se e a hemoglobina liberada é fagocitada pelas células do sistema retículo endotelial. Daí se transformam em bilirrubina indireta quando se combinam com algumas proteínas plasmáticas. Vai ao fígado e esta bilirrubina é removida da proteína e conjugada com outras substâncias, basicamente o ácido glucorônico que a tornam altamente solúvel. Uma parte volta ao sangue sob a forma não conjugada, outra vai aos rins onde é excretada, outra vai ao intestino e, sob a ação do urobilinogênio dá cor normal às fezes. No caso de doença hepática, as células hepáticas não conseguem exercer seu papel normal e o indivíduo fica com a pele, mucosas e esclerótica dos olhos amarelados ou ictéricos.

A paciente relata que, simultaneamente com outras manifestações, vem apresentando uma coloração amarelada da pele e esclerótica dos olhos. Não refere prurido e não sabe informar se a icterícia vem aumentando, se está estacionada ou diminuída. Sabe que tal sintoma faz parte de sua doença.

Prescrição de Enfermagem

Fundamentação

1) Acompanhar e interpretar exames de bilirrubina direta e indireta.

O aumento da bilirrubina indireta é um dos dados de exacerbação da doença hepática. Outros subsídios para a prescrição de enfermagem.

2) Observar a presença de prurido e, na presença do mesmo, comunicar ao médico.

A fim de detectar precocemente o sintoma e fazer profilaxia de escoriações ocasionadas pelos pruridos, assim como estabelecer uma prescrição de enfermagem adequada ao problema.

3) Observar coloração de urina e das fezes.

No caso de icterícia hepática a bilirrubina não é totalmente conjugada e a urina torna-se "carregada" e as fezes esbranquiçadas. Obter subsídios para prescrição médica e de enfermagem.

4.4. Varizes esofágicas e Hemorróidas

O sangue do organismo é todo praticamente coletado nas veias porta e levado ao fígado que, quando cirrótico, não permite livre passagem, acumulando-se no baço e trato gastrointestinal, o que torna esses órgãos congestionados (congestão passiva crônica) não podendo funcionar adequadamente. Por isso os pacientes cirróticos costumam apresentar constipação ou diarreia, perda de peso. Na cirrose, devido à obstrução portal, a hipertensão portal desenvolve-se e devido a sua pressão aumentada, uma parte do sangue das veias gástricas escapa através das veias esofagianas que se tornam distendidas, formando varizes esofagianas que, devido a suas finas paredes, rompem-se freqüentemente. Varizes venosas também se formam dentro do reto inferior, no ponto onde as circulações portal e geral se encontram, formando hemorróidas que se dilatam e, devido à deficiência da coagulação dentro delas, sangram geralmente quando se rompem. Esses sintomas mostram o agravamento do estágio da doença.

A paciente nunca apresentou quadro de ruptura de varizes esofágicas. Apresenta, no entanto, hemorróidas que segundo ela, sangram seguidamente. Apresenta eritrócitos, hematócrito e hemoglobina dentro das taxas normais. Refere, também, constipação crônica (de há mais ou menos 3 anos), quando "ainda" não apresentava doença do fígado. Informa possuir hábito de ingerir bastante frutas e legumes, porém nunca experimentou reservar um horário para evacuar. "Ingesta líquida normal".

- 1) Observar fezes: frequência, consistência, coloração, quantidade, odor, assim como, dor ao evacuar.

A constipação é um dos sintomas de doença hepática grave. Fezes endurecidas forçam a saída que, além de provocar dor devido às hemorróidas, também provocam sangramento dessas hemorróidas visto que um fígado doente diminui a síntese de fatores necessários à coagulação do sangue. O odor exagerado é característica de melena (devido à ruptura de varizes esofágicas). A detecção desses dados dá subsídios para prescrição de enfermagem.
- 2) Permanecer atenta a hematêmese (vômitos de sangue) e melena (fezes fétidas com cor de borra de café) e, na presença dos mesmos, comunicar ao médico.

A fim de intervir prontamente nas ações de enfermagem, pois a demora no atendimento pode ocasionar choque devido à hipovolemia e conseqüente morte.
- 3) Solicitar à paciente que escreva seu nome diariamente num papel que deverá conter o dia, mês e ano e permanecer no prontuário da paciente. Havendo qualquer alteração comunicar ao médico.

A fim de detectar precocemente o pré-coma hepático e intervir prontamente.
- 4) Observar hipertonicidade muscular, tremores e confusão mental.

Em pacientes com varizes esofágicas (sinal de doença hepática grave) é fundamental estar atenta ao coma hepático, pois o fígado muito doente não absorve de maneira eficaz a amônia, assim como não a transforma em uréia. A amônia vai ao sistema nervoso central onde é tóxico. A observação aguçada desses sintomas garante a pronta intervenção de enfermagem.

- 5) Debater com a paciente sobre a possibilidade de escolher um horário do dia para evacuar. A fim de tentar diminuir sua constipação.

4.5. Ansiedade

Ansiedade e medo são respostas emocionais à ameaça de perigo real ou imaginário, originando modificações fisiológicas e comportamental do paciente, variando com o grau de ansiedade, a estrutura de personalidade e a maneira pela qual o indivíduo adota para poder enfrentar a ansiedade.

Frente à doença, qualquer preocupação secundária pode gerar uma ansiedade terrível, pois suas defesas orgânicas estão diminuídas.

No início de uma doença o indivíduo geralmente reage da mesma forma que em outras situações difíceis de sua vida, ou seja, de maneira complexa onde são envolvidos o intelecto e as emoções. Há momentos que intelectualmente o indivíduo usa sua inteligência para prever as conseqüências de seus atos, corrigir seus erros ou até mesmo é capaz de estabelecer maneiras de evitar outros erros. Usa, portanto, sua capacidade de raciocinar e pensar. Mas, quando a doença interfere de maneira alarmante no funcionamento físico, a ansiedade aumenta, sua inteligência falha e vários mecanismos de ação são usados como proteção frente ao impacto.

O principal mecanismo fisiológico operante na ansiedade é a "reação de alarme" que o organismo utiliza para proteger-se do risco decorrente de estimulação do sistema nervoso vegetativo. A porção simpática do sistema é geralmente mais afetada sendo que, se o estímulo for suficientemente forte, a porção parassimpática também pode ser igualmente afetada.

Cada pessoa reage à ansiedade de forma diferente: umas conversam em excesso, outras choram, umas usam o mutismo, e a hiperatividade é usada por outras e assim por diante.

A paciente refere sentir uma ansiedade que, segundo suas palavras, "é grande demais". Não gosta de receber medicação para angústia, pois, quando a toma, sente-se sonolenta e "mais ansiosa".

Apesar de sua ansiedade, que se manifesta através do falar, do chorar e do se queixar, dorme 7 horas por noite.

Diz sentir-se muito solitária, pois mora só, mas apesar disso, não aceita morar com os filhos, embora todos eles "insistentemente" a desejem no convívio. Gosta de poder ter sua própria casa e dirigi-la como quiser.

Até há pouco tempo fazia bastante croché, tricô e doces, porém, "com a doença", suas atividades diminuíram e o que mais faz atualmente é assistir televisão que, por sinal, gosta muito.

Em suas queixas diz sentir saudades do tempo em que comia bastante, trabalhava o suficiente e fazia visita aos filhos e amigos. Em nenhum momento fala de medo da morte que, segundo ela, "é um fato consumado". Também expressa o não querer saber demais sobre o que tem, pois já sabe o que interessa: "Seu fígado está doente".

Prescrição de Enfermagem	Fundamentação
1) Conversar com a paciente pelo período mínimo de 15 minutos três vezes ao dia, a fim de que possa expressar seus sentimentos, se assim o desejar.	O sentir-se desejada e procurada para estabelecer um diálogo, torna-la-á mais confiante e aceita, diminuindo sua ansiedade.
2) Questionar junto a paciente a possibilidade de solicitar aos familiares material para trabalho manual.	O trabalho manual desvia pensamentos negativos, faz passar o tempo mais rapidamente e, conseqüentemente, também aliviará a ansiedade.
3) Informar o paciente sobre a existência de sala de Recreação no Hospital: há revistas, outros pacientes para conversar, televisão, jogos, etc..	A recreação é uma das formas de distração que desvia também pensamentos negativos, faz passar o tempo e diminui a ansiedade.
4) Questionar junto a seus filhos uma estratégia para que a paciente sinta-se menos solitária, quando regressar à casa.	A solidão propicia medos e angústias.
5) Explicar a paciente a inter-relação entre tratamento e compensação de sua doença.	Consciente dessa inter-relação tornar-se-á participante ativa do tratamento e terá esperanças no amanhã.

5. CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem baseada nos problemas apresentados pelo paciente e não em sua patologia, propicia à enfermeira um cuidado centralizado, uma vez que através da detecção dos problemas ela terá uma melhor condição de conhecer o paciente como um todo e conseqüentemente dar-lhe um cuidado único.

SUMMARY: The purpose of this paper is to demonstrate a nursing assistance centered on the patient instead of in his pathology, based on his problems, these problems scientifically supported, with its corresponding nursing prescriptions and its foundations.

6. BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, Zilton A. et alii. O diagnóstico das cirroses em material de necrópsias. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 24(5):152-6, maio 1972.
2. BELAND, Irene L. & PASSOS, Joyce. *Enfermagem Clínica*. São Paulo, EDU/EDUSP, 1978. V. I, II e III.
3. BRUNNER, Lilian S. et alii. *Enfermeria medicoquirurgica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. p. 549-52.
4. GUYTON, A. C. O fígado e o Sistema Biliar. In: ____ *Tratado de fisiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1973. cap. 74, p. 825-9.
5. SHERMAN, D. W. et alii. Realistic nursing goals in terminal cirrhosis. *Nursing*, Horsham, 8(6):42-6, Jun. 1978.
6. SMITH, Dorothy M. & GERMAIN, Carol P. H. *Care of the adult patient*. 4th ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, p.771-5, 1975.
7. SNIVELL Jr., W. D. et alii. Sodium – restricted diet: Review and current status. *Nursing Forum*, New Jersey, 13:59-86, 1974.
8. WILLIAMS, S. Where now? A social problem. *Nursing Times*, London, 76(35):1532-3, 28 aug. 1980.

Endereço do Autor: Deborah de Azevedo Veiga
Author's Adress: Rua Olavo Bilac, 126 Ap. 202
Fone: 25-6791
90.000 – PORTO ALEGRE (RS) BRASIL.