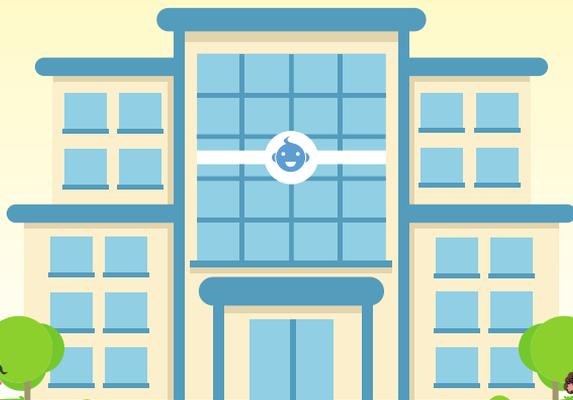
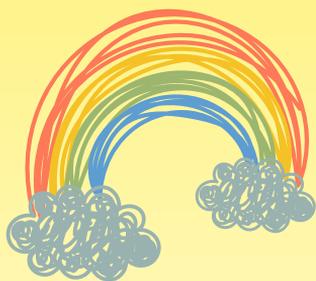




Entre Cores e Cuidados

RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO



EDUESPI

Entre Cores e Cuidados

RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

ORGANIZADORES

Roberta Fortes Santiago
Michele Cabral Lima
Maria Eduarda Soares Frota

AUTORES

Brena Letícia da Silva Bacelar
Domício Lima da Silveira Júnior
Fabiana Batista Ribeiro
Maria Eduarda Soares Frota
Maria Victória Pereira Veloso
Michele Cabral Lima
Mykaelle Soares Lima



EdUESPI

2025



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI

Evandro Alberto de Sousa

Reitor

Jesus Antônio de Carvalho Abreu

Vice-Reitor

Mônica Maria Feitosa Braga Gentil

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

Josiane Silva Araújo

Pró-Reitora Adj. de Ensino de Graduação

Rauriys Alencar de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Fábia de Kássia Mendes Viana Buenos Aires

Pró-Reitora de Administração

Rosineide Candeia de Araújo

Pró-Reitora Adj. de Administração

Lucídio Beserra Primo

Pró-Reitor de Planejamento e Finanças

Joseane de Carvalho Leão

Pró-Reitora Adj. de Planejamento e Finanças

Ivoneide Pereira de Alencar

Pró-Reitora de Extensão, Assuntos Estudantis e Comunitários

Marcelo de Sousa Neto

Editor da Universidade Estadual do Piauí

Universidade Estadual do Piauí

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI



Rafael Tajra Fonteles **Governador do Estado**

Themístocles de Sampaio Pereira Filho **Vice-Governador do Estado**

Evandro Alberto de Sousa **Reitor**

Jesus Antônio de Carvalho Abreu **Vice-Reitor**

Administração Superior

Mônica Maria Feitosa Braga Gentil **Pró-Reitora de Ensino de Graduação**

Josiane Silva Araújo **Pró-Reitora Adj. de Ensino de Graduação**

Rauriys Alencar de Oliveira **Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Fábia de Kássia Mendes Viana Buenos Aires **Pró-Reitora de Administração**

Rosineide Candeia de Araújo **Pró-Reitora Adj. de Administração**

Lucídio Beserra Primo **Pró-Reitor de Planejamento e Finanças**

Joseane de Carvalho Leão **Pró-Reitora Adj. de Planejamento e Finanças**

Ivoneide Pereira de Alencar **Pró-Reitora de Extensão, Assuntos
Estudantis e Comunitários**

Marcelo de Sousa Neto **Editor**

Organizadores **Revisão**

Organizadores **Capa e Diagramação**

Editora e Gráfica UESPI **E-book**

Endereço eletrônico da publicação: <https://editora.uespi.br/index.php/editora/catalog/book/263>

C797 Entre cores e cuidados: relatos de experiência em um hospital pediátrico /
Organizador por: Roberta Fortes Santiago, Michele Cabral Lima e Maria
Eduarda Soares Frota. - Teresina: FUESPI, 2025.
73f.: il.

ISBN Digital: 978-85-8320-270-7.

1. Enfermagem. 2. Atenção Integral à Saúde da Criança. 3. Criança
Hospitalizada. I. Santiago, Roberta Fortes (Org.) . II. Lima, Michele Cabral
(Org.) . III. Frota, Maria Eduarda Soares (Org.) . IV. Título.

CDD: 362.1

Ficha elaborada pelo Serviço de Catalogação da Universidade Estadual do Piauí – UESPI
JOSÉ EDIMAR LOPES DE SOUSA JÚNIOR (Bibliotecário) CRB-3ª/1512

Editora da Universidade Estadual do Piauí - EdUESPI

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados

Sumário

APRESENTAÇÃO07

01

PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM ACIDÚRIA GLUTÁRICA TIPO I À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY09

MICHELE CABRAL LIMA
MYKAELLE SOARES LIMA

02

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA COM MICROCEFALIA CAUSADA PELA SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA: RELATO DE EXPERIÊNCIA À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY19

MARIA EDUARDA SOARES FROTA
ROBERTA FORTES SANTIAGO

03

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM OSTEOPETROSE AUTOSSÔMICA RECESSIVA SOB À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA31

DOMÍCIO LIMA DA SILVEIRA JÚNIOR
ROBERTA FORTES SANTIAGO

04

PROCESSO DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDO EM PACIENTE COM NEFRITE LÚPICA À LUZ DA TEORIA DE IMOGENE KING42

FABIANA BATISTA RIBEIRO
MYKAELLE SOARES LIMA

05

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE PEDIÁTRICA PORTADORA DE SÍNDROME DE WEST À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA52

MARIA VICTÓRIA PEREIRA VELOSO
MYKAELLE SOARES LIMA

06

PROCESSO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA: XERODERMA PIGMENTOSO62

BRENA LETÍCIA DA SILVA BACELAR
MYKAELLE SOARES LIMA
ROBERTA FORTES SANTIAGO

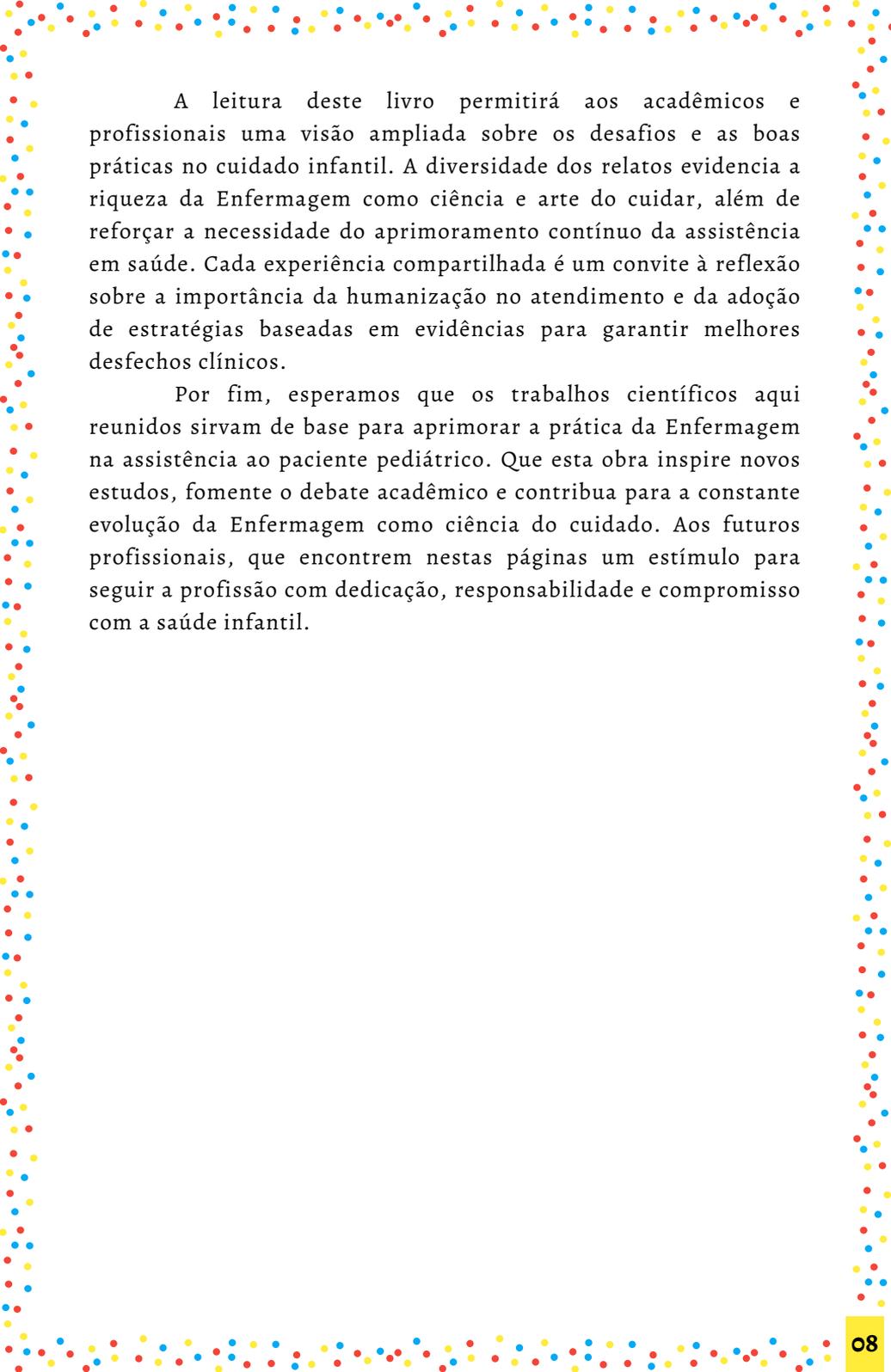
SOBRE OS ORGANIZADORES E AUTORES72

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos esta obra, fruto do estágio supervisionado em Saúde da Criança, realizado pelos alunos do último período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí. Sob a orientação das professoras Mykaelle Soares Lima e Roberta Fortes Santiago, este livro reúne relatos de experiências que refletem a aplicação prática da Enfermagem baseada em evidências científicas. A produção científica aqui apresentada reforça o compromisso da Enfermagem com a qualificação da assistência, proporcionando um olhar crítico e reflexivo sobre a atuação profissional no contexto pediátrico.

A Enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência à saúde infantil, atuando de maneira ativa na prevenção de doenças e na promoção do bem-estar das crianças. Conforme consolidados de publicações científicas, a Enfermagem é responsável por ações diretas de cuidado nos serviços de saúde do Brasil, sendo essencial na redução da mortalidade infantil e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse protagonismo reforça a necessidade de uma formação acadêmica sólida e embasada em conhecimentos científicos atualizados, garantindo um atendimento humanizado e seguro ao paciente pediátrico.

O principal objetivo deste livro é contribuir para a produção acadêmica em Enfermagem, oferecendo relatos que possam servir como referência para futuros profissionais da área. As experiências descritas demonstram a complexidade do cuidado à criança e a importância do embasamento técnico e teórico para uma assistência qualificada. Dessa forma, a obra não apenas documenta as vivências dos estudantes, mas também se configura como um material didático e reflexivo para aqueles que desejam aprofundar seus conhecimentos na assistência pediátrica.



A leitura deste livro permitirá aos acadêmicos e profissionais uma visão ampliada sobre os desafios e as boas práticas no cuidado infantil. A diversidade dos relatos evidencia a riqueza da Enfermagem como ciência e arte do cuidar, além de reforçar a necessidade do aprimoramento contínuo da assistência em saúde. Cada experiência compartilhada é um convite à reflexão sobre a importância da humanização no atendimento e da adoção de estratégias baseadas em evidências para garantir melhores desfechos clínicos.

Por fim, esperamos que os trabalhos científicos aqui reunidos sirvam de base para aprimorar a prática da Enfermagem na assistência ao paciente pediátrico. Que esta obra inspire novos estudos, fomenta o debate acadêmico e contribua para a constante evolução da Enfermagem como ciência do cuidado. Aos futuros profissionais, que encontrem nestas páginas um estímulo para seguir a profissão com dedicação, responsabilidade e compromisso com a saúde infantil.

CAPÍTULO

01

PROCESSO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM ACIDÚRIA GLUTÁRICA TIPO I À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Michele Cabral Lima

Enfermeira, Universidade Estadual do Piauí.

Mykaille Soares Lima

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência vivenciada por discentes na aplicação do Processo de Enfermagem (PE) a paciente com acidúria glutárica tipo 1 (AG1) à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy.

Metodologia: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implementação do PE a uma criança com AG1 guiado à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy, desenvolvido em um hospital pediátrico de grande porte de uma capital do nordeste brasileiro, em outubro de 2024. **Resultados e Discussão:** Na teoria de Roy, o PE é composto por seis etapas: Avaliação Comportamental, Avaliação de Estímulos, Diagnóstico de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção e Avaliação. Estabeleceu-se um diálogo atencioso com a mãe da paciente pediátrica com AG1 acerca dos antecedentes de saúde e da história da internação atual e, logo após, foi realizado o exame físico céfalocaudal. **Considerações finais:** Sendo assim, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce para a prevenção de danos irreversíveis que modificam todos os aspectos da vida da criança com AG1. Evidencia-se a notoriedade da Teoria da Adaptação de Callista Roy no processo de cuidado holístico, na qual o enfermeiro é responsável pela prestação da assistência integral e sistematizada.

INTRODUÇÃO

Definida como um erro inato do metabolismo, a acidúria glutárica tipo 1 (AG-1) é uma doença genética rara com uma incidência mundial estimada entre 1:90.000 e 1:120.000 recém-nascidos. É derivada de uma herança autossômica recessiva, a qual acarreta o déficit da glutaril-CoA desidrogenase (GCDH), enzima responsável pelo catabolismo do glutaril-CoA na via metabólica de degradação da lisina, hidroxilisina e triptofano. Desse modo, o bloqueio da via gera acúmulo de metabólitos neurotóxicos como o glutaril-CoA, glutaconil-CoA e, subsequentemente, de ácido glutárico e 3-hidroxisglutárico (Pastor; García; Martín, 2024).

Nesse viés, inicialmente, a maior parcela dos bebês afetados pela AG-1 é assintomática ou podem apresentar alguns sintomas neurológicos, os quais dificultam a identificação precoce devido à inespecificidade. Em virtude do atraso no diagnóstico, cerca de 80% dos bebês desenvolvem danos neurológicos irreversíveis, principalmente, entre 3 a 6 meses de vida. Dessa forma, a sintomatologia inclui macrocefalia, crise encefalopática aguda, hipotonia, coreoatetose, discinesia, convulsões e alterações oftalmológicas além do déficit no desenvolvimento psicomotor que se torna permanente (Boy *et al.*, 2023; Bian *et al.*, 2023).

O diagnóstico da AG-1 é feito a partir da detecção dos ácidos orgânicos em fluidos corporais (urina, plasma ou líquido cefalorraquidiano) e em tecidos usando cromatografia gasosa/espectrometria de massa e, também, por meio de exames genéticos. Apesar de não ser triada no Teste do Pezinho oferecido pelo Ministério da Saúde, a AG1 pode ser detectada pelo Teste da Bochechinha, um exame genético feito pelas instituições privadas de saúde. Ressalta-se que o diagnóstico no período neonatal é ideal para a implementação do tratamento adequado e otimizar o prognóstico (Cruz; Benavides, 2024; Boy *et al.*, 2023).

Na maioria das vezes, patologias raras implicam em períodos de hospitalização prolongados que afetam diretamente a criança e a família em aspectos psicológicos, emocionais e afetivos e, portanto, exigem uma assistência humanizada e integral por parte da equipe multiprofissional de saúde. Nesse sentido, como compo-

-nente essencial, o processo de cuidado da equipe de enfermagem deve ser sistematizado e articulado por meio do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de intervenções baseadas nas necessidades específicas de cada paciente (Suzart *et al.*, 2024).

Desse modo, por meio do PE, a SAE deve ser fundamentada em evidências científicas, as quais incluem as teorias de enfermagem como uma ferramenta de respaldo para cuidar do paciente. Nessa perspectiva, a Teoria da Adaptação de Callista Roy orienta o enfermeiro a priorizar o paciente em seu cuidado e os fatores internos e externos que possam interferir na sua recuperação para promover a adaptação do indivíduo à situação e ao ambiente em que ele está inserido e assegurar a sua integridade física, mental e social. Similarmente, evidencia-se que o PE deve ser individualizado e integral para atender todas as demandas exigidas pelo quadro do paciente (Silva *et al.*, 2024; Lacerda *et al.*, 2024).

Sendo assim, o presente estudo se justifica por tratar de uma importante patologia rara com diagnóstico complexo, além da relevância da descrição da experiência da assistência a pacientes com doenças raras como AG-1 e da escassez de estudos na área de Enfermagem que abordam a temática. Portanto, o objetivo foi relatar a experiência vivenciada por discentes na aplicação do Processo de Enfermagem a paciente com acidúria glutárica tipo 1 à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da implementação do processo de enfermagem a uma criança com acidúria glutárica tipo 1 guiado à luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy, a qual estabelece a promoção da adaptação do indivíduo na manutenção da saúde e da qualidade de vida ou no processo de morte com dignidade, a partir de quatro modos de adaptação: físico/fisiológico, autoconceito, interdependência e papel funcional. Conforme Roy, o indivíduo é um sistema holístico-adaptativo, composto pelo físico, mental, so-

-al e espiritual, e pode ser afetado por estímulos ambientais, bem como adaptar-se a eles (Silva *et al.*, 2024).

O estudo foi desenvolvido em um hospital pediátrico de grande porte de uma capital do nordeste brasileiro, no período de outubro de 2024, durante a disciplina de Estágio Supervisionado I: Saúde da Criança e do Adolescente, componente curricular do curso de bacharelado em Enfermagem de uma instituição estadual de ensino superior.

Com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital foi fundado em 1986 e é o único em território estadual especializado em pediatria. Oferece serviços de consultas nas mais diversas especialidades, cirurgias, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, imunização, radiologia, laboratório e farmácia.

No estágio, com duração de seis horas diárias, os discentes possuíam contato contínuo com crianças e adolescentes com as mais diversificadas condições e patologias, dentre elas, a acidúria glutárica tipo I, mediante a aplicação das etapas do Processo de Enfermagem (PE) através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no seguimento do cuidado integral. Apesar da aplicação da SAE fazer parte da rotina na instituição, o processo descrito nesse estudo foi executado apenas durante o período de permanência dos discentes na instituição de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no Processo de Enfermagem, é a garantia da manutenção da qualidade da assistência prestada nas instituições de saúde. Na teoria de Roy, o Processo de Enfermagem é composto por seis etapas: Avaliação Comportamental, Avaliação de Estímulos, Diagnóstico de Enfermagem, Estabelecimento de Metas, Intervenção e Avaliação (Roy; Andrews, 2001; Dantas *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a Avaliação do Comportamento é a fase na qual os dados são coletados durante a anamnese e o exame físico do paciente relacionando-os aos quatro modos adaptativos e aos estímulos presentes. O modo fisiológico trata das respostas do cor-

-po aos estímulos ambientais, o do autoconceito reflete os aspectos subjetivos, o da interdependência relaciona o ser com o outro e o do papel funcional aborda a função social. Para a avaliação dos estímulos, Roy os classifica em focais (características do indivíduo), contextuais (detectados na situação) e residuais (características individuais com influência no contexto) (Silva *et al.*, 2024; Krauzer; Brocardo; Scarsi, 2011).

Para a coleta de dados iniciais, estabeleceu-se um diálogo atencioso com a mãe da paciente pediátrica com Acidúria Glutárica Tipo 1 acerca dos antecedentes de saúde e da história da internação atual e, logo após, foi realizado o exame físico céfalocaudal. O quadro 1 relaciona as informações colhidas com a primeira e a segunda etapa do processo de enfermagem de Roy.

Quadro 1 - Aplicação da avaliação do comportamento baseada na Teoria de Roy.

Modo Fisiológico	Modo do Autoconceito	Modo da Interdependência	Modo do Papel Funcional
Afasia; Hipotonia; Palidez; Desnutrição; Deformações músculo-esqueléticas.	Irritação; Choro.	Interação com o ambiente por meio da abertura ocular espontânea, sorriso e sons incompreensíveis.	Papel social disfuncional devido a condição.
Estímulos focais	Estímulos contextuais	Estímulos residuais	

Fonte: Autores, 2024.

O Diagnóstico de Enfermagem, a terceira etapa do PE descrito por Roy, é baseado na enumeração de problemas adaptativos (Bezerra *et al.*, 2024). No presente estudo, estes foram associados aos diagnósticos de Enfermagem da taxonomia NANDA International (NANDA-I), conforme o quadro 2.

Na quarta etapa, Roy refere-se aos comportamentos que devem ser alcançados pelo indivíduo em questão mediante o Estabelecimento de Metas com a estruturação do prazo em longo, médio ou curto prazo (Ramos-Garzón; Pérez-Jaimes; Rueda-Díaz, 2023). Neste estudo, esses objetivos foram elaborados fundamentados na taxonomia de Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e estão dispostos no quadro 3.

Quadro 2 - Problemas adaptativos e diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)

Problemas adaptativos (Teoria de Callista Roy)	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)
Nutrição menor que as necessidades do organismo	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais evidenciado por hipotonia muscular e peso corporal abaixo da faixa de peso ideal para idade e sexo relacionado à músculos necessários à deglutição e à mastigação enfraquecidos.
Peso 20/25% acima ou abaixo da média	
Mobilidade, andar e/ou coordenação restritas	Levantar-se prejudicado evidenciado por dificuldade para estender/flexionar/mover um ou os dois joelhos e quadris associado a distúrbio neurológico e metabolismo prejudicado.
	Mobilidade física prejudicada evidenciada por amplitude de movimentos diminuída relacionada à força muscular diminuída e massa muscular insuficiente associada a deficiências do neurodesenvolvimento, doenças neuromusculares e metabolismo prejudicado.
	Mobilidade no leito prejudicada evidenciada por dificuldade para mover-se entre a posição prona e a supina, entre a posição sentada e a supina, para reposicionar-se no leito, para rolar no leito e para virar-se de um lado para o outro associado à doença crítica.
	Sentar-se prejudicado evidenciado por dificuldade para flexionar ou mover os joelhos e os quadris associado a distúrbio neurológico e metabolismo prejudicado.
Deficiência de um sentido primário	Comunicação verbal prejudicada evidenciado por afasia e anartria associada a doenças no sistema nervoso central.
Infecção	Risco de infecção relacionado a desnutrição e integridade da pele prejudicada associada a procedimento invasivo.
Mobilidade, andar e/ou coordenação restritas	Risco de quedas na criança relacionado a manifestações neurocomportamentais e mobilidade física prejudicada.
Potencial para lesão	Risco de lesão por pressão na criança relacionado à desnutrição protéico-calórica, dificuldade para manter a posição na cadeira e no leito e mobilidade física diminuída.
Distanciamento de papel	Desenvolvimento atrasado da criança evidenciado por dificuldade consistente para desempenhar habilidades motoras típicas da faixa etária associado a doenças genéticas inatas.
Fracasso de Papel	

Fonte: Autores, 2024.

A etapa de Intervenção é composta por cuidados de enfermagem para modificar os estímulos focais e contextuais, conceituados na Teoria de Roy (Roy; Andrews, 2001). Neste estudo, conforme o quadro 4, as intervenções foram estruturadas com embasamento na taxonomia Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).

Quadro 3 - Relação entre os Diagnósticos de Enfermagem, os Resultados Esperados e a Teoria de Callista Roy

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)	Resultados Esperados (NOC)	Estruturação do prazo (Teoria de Callista Roy)
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de nutrientes de (1) desvio grave da variação normal aumenta para (4) leve desvio da variação normal; • Percentil de peso para a idade de (1) desvio grave da variação normal aumenta para (4) leve desvio da variação normal. 	Médio prazo
Levantar-se prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Tônus muscular de (1) gravemente comprometido aumenta para (2) substancialmente comprometido; • Controle motor central de (2) gravemente comprometido aumenta para (3) muito comprometido; • Movimento dos músculos e das articulações de (1) gravemente comprometido aumenta para (2) muito comprometido. 	Longo prazo
Mobilidade física prejudicada		
Mobilidade no leito prejudicada		
Sentar-se prejudicado		
Risco de quedas na criança	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca barreiras para evitar quedas de (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado. 	Curto prazo
Comunicação verbal prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de linguagem não verbal de (3) substancialmente comprometido aumenta para (4) levemente comprometido. 	Médio prazo
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de controle de riscos de infecção de (4) frequentemente demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado. 	Curto prazo
Risco de lesão por pressão na criança	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras por pressão de (5) nenhuma mantém em (5) nenhuma. 	Curto prazo
Desenvolvimento atrasado da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha o nível de capacidade de (1) nunca demonstrado aumenta para (2) raramente demonstrado. 	Longo prazo

Fonte: Autores, 2024.

Ademais, na etapa de Avaliação, examina-se a eficácia das ações adotadas baseando-se em dados obtidos na adaptação, sendo relevante para o reajuste das metas e a manutenção da continuidade do cuidado, bem como para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência (Frazão *et al.*, 2013; Costa *et al.*, 2016).

Quadro 4 - Relação entre os Diagnósticos e as Intervenções de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer metas realistas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional; • Monitorar a adequação da prescrição da dieta para atender diariamente as necessidades nutricionais, como apropriado; • Monitorar quanto ao posicionamento correto da sonda, de acordo com o protocolo institucional; • Administrar alimentação enteral, conforme apropriado; • Elevar a cabeceira da cama de 30° a 45° durante a nutrição; • Irrigar a sonda depois de cada alimentação intermitente; • Monitorar o estado hídrico e eletrolítico e o peso diariamente.
Levantar-se prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico; • Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário; • Colaborar com os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e recreacionais no desenvolvimento e realização do programa de exercícios, conforme apropriado; • Explicar a razão para o tipo de exercício e de protocolo para o paciente/família; • Usar os princípios da mecânica corporal junto com manuseio seguro do paciente e auxílios para movimento; • Auxiliar a família a identificar exercícios de postura apropriados; • Monitorar a melhora na postura/mecânica corporal do paciente.
Mobilidade física prejudicada	
Mobilidade no leito prejudicada	
Sentar-se prejudicado	
Risco de quedas na criança	
Comunicação verbal prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os comportamentos emocionais e físicos como formas de comunicação.
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente; • Garantir manuseio asséptico do acesso venoso periférico.
Risco de lesão por pressão na criança	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar uma ferramenta de avaliação de risco para monitorar os fatores de risco do indivíduo; • Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas pelo menos; • Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia ou durante os reposicionamentos; • Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito; • Assegurar uma ingestão dietética adequada, utilizando suplementos, quando apropriado; • Instruir a família ou cuidador sobre sinais de lesão da pele.
Desenvolvimento atrasado da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades especiais da criança e adaptações necessárias, conforme apropriado; • Ensinar aos cuidadores sobre marcos do desenvolvimento normal e comportamentos associados; • Facilitar o contato dos cuidadores com os recursos comunitários, conforme apropriado; • Encaminhar os cuidadores ao grupo de apoio e atendimento especializado, conforme apropriado.

Fonte: Autores, 2024.

Portanto, a relação da Sistematização da Assistência de Enfermagem com a Teoria da Adaptação de Callista Roy enfatiza a relevância do Processo de Enfermagem no cuidado holístico em todos os âmbitos da saúde para o bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Silva *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, com base no relato descrito, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce para a prevenção de danos neurológicos irreversíveis que inevitavelmente modificam todos os aspectos da vida da criança com Acidúria Glutárica Tipo 1. Evidencia-se a notoriedade da Teoria da Adaptação de Callista Roy no processo de cuidado holístico, na qual o enfermeiro é o protagonista sendo parte essencial da equipe multiprofissional, líder da equipe de enfermagem e responsável pela prestação da assistência integral e sistematizada.

Além disso, destaca-se que prestar assistência à paciente foi uma experiência enriquecedora para os acadêmicos, a qual foi fortalecida pela construção de conhecimento teórico-prático-científico e pelo desenvolvimento de habilidades e competências pertinentes ao trabalho do profissional enfermeiro. Por fim, o estudo foi limitado pela escassez de pesquisas sobre Acidúria Glutárica Tipo 1 e outras patologias raras na área de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Tamires Barbosa et al. Percepção de gestantes sobre os impactos emocionais da pandemia de COVID-19 à luz do modo autoconceito da Teoria da Adaptação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 26, p. 77695-77695, 2024.

BIAN, B. et al. Glutaric Aciduria Type 1: Comparison between Diffusional Kurtosis Imaging and Conventional MR Imaging. **American Journal of Neuroradiology**, v. 44, n. 8, p. 967-973, 2023.

BOY, Nikolas et al. Recommendations for diagnosing and managing individuals with glutaric aciduria type 1: third revision. **Journal of inherited metabolic disease**, v. 46, n. 3, p. 482-519, 2023.

BULECHEK, G; BUTCHER, HK; DOCHTERMAN, J; WAGNER, CM. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

COSTA, Cecília Passos Vaz et al. Aplicação da teoria de enfermagem de Callista Roy ao paciente com acidente vascular cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 1, p. 352-360, 2016.

CRUZ, Laís Santos da; BENAVIDES, Valeriane Maia Siravegna. Acidemia glutárica tipo I: Relato de caso em pediatria. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 1, p. e2513144611-e2513144611, 2024.

DANTAS, Anna Livia de Medeiros et al. Diagnósticos de enfermagem e modelo adaptativo de Roy: análise em pacientes críticos. **Aquichan**, v. 17, n. 3, p. 316-327, 2017.

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz et al. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, p. 45-52, 2013.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023**. 2021. p. 544-544.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Rio de Janeiro: Artmed, 2004.

KRAUZER, Ivete Maroso; BROCARD, Dania; SCARSI, Telma. A metodologia de Callista Roy aplicada em clientes submetidos à intervenção hemodinâmica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 183-193, 2011.

LACERDA, Emanuella Pereira et al. Saúde do trabalhador e da trabalhadora: reflexões à luz da Teoria de Callista Roy. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 8, p. e5239-e5239, 2024.

PASTOR, Ana Isabel Elola; GARCÍA, Belén Prieto; MARTÍN, Juan José Díaz. Evaluación de los primeros 5 años de cribado neonatal de aciduria glutárica tipo 1 en Asturias. In: **Anales de Pediatría**. Elsevier Doyma, 2024. p. 318-324.

RAMOS-GARZÓN, Judy Ximena; PÉREZ-JAIMES, Giovanni Andrés; RUEDA DÍAZ, Leidy Johanna. Teoria específica da situação do diagnóstico de enfermagem da disreflexia autonômica com baseada no modelo de adaptação de Roy. **Aquichan**, v. 23, n. 4, 2023.

ROY, C; ANDREWS, H. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Instituto Piaget, 2001.

SILVA, Anna Carolina Souza et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem à Paciente Politraumatizado à Luz da Teoria de Callista Roy. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 13, n. Esp1, p. 324-332, 2024.

SUZART, Larissa Carlos et al. Assistência de enfermagem à criança com síndromes raras: Relato de experiência. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 1, n. 2, p. 348-357, 2024.

CAPÍTULO 02

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA COM MICROCEFALIA CAUSADA PELA SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA: RELATO DE EXPERIÊNCIA À LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY

Maria Eduarda Soares Frota

Enfermeira, Universidade Estadual do Piauí.

Roberta Fortes Santiago

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência no desenvolvimento do processo de enfermagem à criança hospitalizada com microcefalia causada pela síndrome congênita do vírus zika à luz da teoria da adaptação de Roy. **Metodologia:** Versa-se sobre um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, que seguiu as etapas do processo de enfermagem descritas na resolução COFEN N° 736/2024. **Resultados e Discussão:** A experiência descrita neste relato se refere ao acompanhamento de uma criança em idade escolar, que teve como principal cuidadora a mãe. Na primeira etapa, a acadêmica coletou dados objetivos e subjetivos da criança no período em que a acompanhou. Em seguida, foram elencados 12 diagnósticos de enfermagem à luz da teoria de Roy, seguidos das intervenções de enfermagem e resultados esperados para o paciente. Procedeu-se às etapas de implementação e evolução de enfermagem. **Conclusão:** A abordagem possibilitou uma visão integrada entre teoria e prática, destacando a aplicação de intervenções de enfermagem que visam não só o alívio dos sintomas, mas também a adaptação funcional e emocional dos envolvidos.

INTRODUÇÃO

O vírus Zika (ZIKV) é um arbovírus composto por RNA, pertencente ao gênero *Flavivirus* e à família *Flaviviridae*, transmitido por artrópodes, predominantemente pelo mosquito *Aedes aegypti*, que também atua como vetor para dengue, chikungunya e febre amarela (Marbán-Castro et al., 2021). Tornou-se conhecido, pela primeira vez, em 1947, em Uganda, de forma isolada, em macacos na floresta. Em humanos, foi identificado em 1953, na Nigéria, marcando o início da disseminação geográfica do vírus para os continentes africano, asiático, oceânico e nas Américas (Brasil, 2022).

Em 2015, o ZIKV ganhou notoriedade global devido a ocorrência de surtos na região nordeste do Brasil, associando essa infecção à microcefalia e a outros distúrbios neurológicos. Posteriormente, o vírus se alastrou pelas américas e foi declarado uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Viegas, Ventura e Nunes, 2022).

O período de incubação do ZIKV é de aproximadamente 7 dias, sendo que a maioria dos casos permanece assintomática ou manifesta sintomas brandos. Entre as principais manifestações clínicas estão exantema, febre, mialgia, artralgia e conjuntivite, características comuns a outras arboviroses, o que torna a confirmação laboratorial imprescindível. Ressalta-se que a infecção por tal vírus durante a gestação é um fator de risco para a ocorrência de microcefalia e outras anomalias congênitas, caracterizando a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) (WHO, 2022).

Estima-se que 5% a 15% dos recém-nascidos de mulheres infectadas durante a gravidez apresentem complicações relacionadas ao vírus. A SCZ apresenta como principais manifestações clínicas a microcefalia, que pode estar presente ao nascimento, se desenvolver no período pós-natal ou, em alguns casos, não ocorrer. Além disso, a SCZ pode causar distúrbios musculoesqueléticos, auditivos e oculares (WHO, 2022; Santos et al., 2023).

Conforme dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, entre os anos de 2015 e 2023, foram notificados no Brasil 22.251 casos suspeitos de SCZ. Desses, 5.570 foram confirmados e 2.877 permanecem sob investigação. Entre os casos confirmados, 75,5% ocorreram na região Nordeste (Brasil, 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde, a microcefalia é definida quando o recém-nascido apresenta um perímetro cefálico inferior a 2 desvios-padrão em relação à média para a idade gestacional. Essa condição resulta em comprometimentos significativos em diversas áreas do neurodesenvolvimento. Diante desse quadro, torna-se essencial a implementação de intervenções que favoreçam a adaptação e promovam o melhor desenvolvimento funcional dos indivíduos acometidos (Brasil, 2021; Farias *et al.*, 2023).

Diante do exposto, tem-se que os serviços de saúde e a equipe multiprofissional desempenham um papel crucial na abordagem das necessidades dessas crianças. Nesse sentido, a atuação da enfermagem é determinante para a elaboração de planos assistenciais individualizados, que considerem as especificidades de cada paciente, contribuindo para uma resposta adaptativa e otimizada às demandas de cuidado (Farias *et al.*, 2023).

Portanto, elencou-se como questão norteadora deste relato o estudo da assistência de enfermagem à criança hospitalizada com microcefalia causada pela síndrome congênita do vírus zika. Definiu-se como objetivo relatar a experiência no desenvolvimento do processo de enfermagem à criança hospitalizada com microcefalia causada pela síndrome congênita do vírus zika à luz da teoria da adaptação de Roy.

METODOLOGIA

Versa-se sobre um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Tal metodologia, conforme Daltro e Faria (2019), permite a construção documental sobre determinado tema, a partir de uma perspectiva subjetiva e singular que fomenta novas interpretações e reflexões sobre a temática, possibilitando o surgimento de novas questões e caminhos para investigação.

Tal experiência foi vivenciada no mês de outubro de 2024, na graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí, durante a disciplina de estágio supervisionado em Enfermagem Pediátrica e Neonatal, no 9º período do curso, em um Hospital Infantil localizado em Teresina – Piauí. Essa instituição destaca-se por ser a única do estado especializada em pediatria, com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, funciona com 86 leitos, organizados entre pediatria clínica, cirurgia geral, neurocirurgia e unidades de terapia intensiva.

O processo de enfermagem foi realizado com base na Resolução N° 736, de 17 de janeiro de 2024, do Conselho Federal de Enfermagem, à luz da Teoria da Adaptação, de Callista Roy e respeitando as normas e rotinas do hospital. Para a construção do plano assistencial, foram seguidos os seguintes passos: Avaliação de Enfermagem, que consiste na coleta de dados objetivos e subjetivos do cliente; Diagnóstico de Enfermagem, fundamentado na Taxonomia North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I); Planejamento de Enfermagem, baseado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); Implementação de Enfermagem; e Evolução de Enfermagem (COFEN, 2024).

REFERENCIAL TEÓRICO

Para Callista Roy, a Enfermagem é uma profissão direcionada ao cuidado em saúde, focando nos processos vitais dos seres humanos e na promoção da saúde. A teórica enfatiza que a integração entre prática e ciência amplia a capacidade de adaptação, permitindo uma transformação ambiental mais eficaz da pessoa, que pode ser entendida como um indivíduo, uma família, organizações, comunidades ou a sociedade (Paiva; Freitag; Magalhães, 2008).

Compreende-se que a pessoa está continuamente exposta a uma variedade de circunstâncias e influências que impactam seu desenvolvimento. O ambiente é visto como o conjunto de fatores que cercam e influenciam o comportamento humano. Embora a sa-

-úde não isente a pessoa de enfrentar eventos inevitáveis, a habilidade de lidar com essas situações deve ser a mais eficaz possível. Assim, a saúde é entendida como um resultado da interação adaptativa entre o indivíduo e seu ambiente (Paiva; Freitag; Magalhães, 2008).

Nesse contexto, a Teoria da Adaptação de Roy postula que o propósito da enfermagem é promover a adaptação de indivíduos e grupos em relação aos quatro modos de adaptação, sendo estes: o modo de adaptação físico-fisiológico, que trata da resposta do indivíduo como ser físico aos estímulos ambientais, refletindo-se nas atividades fisiológicas do organismo. As cinco necessidades básicas para a integridade fisiológica, para Roy, incluem oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e de proteção (Coelho; Mendes, 2011).

Os demais modos de adaptação elencados por Roy são de natureza psicossocial. O modo de adaptação do autoconceito abrange os aspectos psicológicos e espirituais do ser humano, incluindo a imagem corporal, a autoconsciência e os valores éticos e morais. Já o modo de adaptação referente ao desempenho de papel diz respeito aos papéis sociais que o indivíduo assume, fundamental para a preservação da integridade social e para a compreensão da própria identidade em relação aos outros. Por fim, o modo de adaptação interdependência concentra-se nas relações próximas entre as pessoas (Coelho; Mendes, 2011).

Portanto, a Teoria da Adaptação de Roy se integra ao processo de enfermagem ao oferecer um modelo que orienta a identificação e a resposta às necessidades dos pacientes. Ao focar na adaptação dos indivíduos em relação a fatores físicos, psicossociais e ambientais, essa teoria possibilita que os enfermeiros desenvolvam intervenções personalizadas que promovam o bem-estar da pessoa.

Dessa forma, tal teoria não apenas fundamenta a prática, mas também facilita a conexão entre intervenções específicas e abordagens multiprofissionais, reforçando a importância do cuidado centrado na pessoa (Brandão *et al.*, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência descrita neste relato se refere ao acompanhamento de uma criança em idade escolar, que teve como principal cuidadora a mãe. Foi admitido no hospital infantil para realização do procedimento cirúrgico de rizotomia cervical. A rizotomia é uma intervenção neurocirúrgica realizada para reduzir a hipertonía, especialmente em casos onde os tratamentos convencionais, como medicamentos antiespasmódicos e terapias de suporte, são insuficientes (Kelly *et al.*, 2024).

Nesse procedimento, são cortadas ou lesionadas seletivamente as raízes nervosas que transmitem sinais anormais, diminuindo a rigidez e espasticidade. A rizotomia dorsal é utilizada em casos específicos de espasticidade em membros superiores, enquanto a rizotomia cervical pode ser usada para tratar condições como torcicolo e hipertonía segmentar. As duas podem ser combinadas para obter resultados mais efetivos em casos de hipertonía grave (Kelly *et al.*, 2024).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nesta etapa, a acadêmica coletou dados objetivos e subjetivos da criança no período em que a acompanhou. Isto é, foi possível compreender, por meio de entrevista com a responsável, revisão do prontuário e exame físico, as áreas onde o paciente está enfrentando dificuldades de adaptação, bem como os fatores internos e externos que podem afetar o equilíbrio e as respostas adaptativas da pessoa, conforme o teorizado por Roy.

Observou-se que o estado clínico do paciente foi condizente com o descrito na literatura, como em Bosaipo *et al.* (2021). No entanto, considerando a singularidade do paciente, foram identificados achados importantes que influenciaram as etapas subsequentes, conforme descrito no Quadro 01. Na etapa de avaliação, utilizou-se a ferramenta Classificação de Pacientes Pediátricos para o Cuidado de Enfermagem para determinar o nível de assistência necessário, classificando o paciente como de alta dependência (Castro; Almeida, 2020).

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados para assistência de enfermagem ao paciente com microcefalia causada pela síndrome congênita do Vírus Zika elencados por modo de adaptação. Teresina - PI, 2024.

Modo de Adaptação Físico-Fisiológico	
DE: Constipação relacionada à mobilidade física prejudicada, evidenciada por transtornos neurocognitivos	
Intervenções de enfermagem: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar e registrar a cor, volume, frequência e consistência das evacuações do paciente;• Orientar paciente e cuidador a registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes;• Administrar laxante conforme prescrição médica;• Monitorar e registrar a ingestão alimentar do paciente, verificando se ele está recebendo uma dieta equilibrada e adequada em termos de quantidade e qualidade nutricional;• Avaliar a ocorrência de dor, desconforto ou distensão abdominal relacionados à constipação.	Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none">• Constipação de (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (4) raramente demonstrado;• Evacuação de fezes, no mínimo a cada 3 dias de (3) algumas vezes demonstrado para (5) consistentemente demonstrado.
DE: Mobilidade física prejudicada relacionada a disfunção cognitiva e rigidez articular, evidenciada por contraturas e deficiências do desenvolvimento	
Intervenções de enfermagem: <ul style="list-style-type: none">• Fornecer suporte e auxílio a paciente durante as atividades de mobilização e transferência;• Ofertar cadeira de rodas ou maca quando necessário;	Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none">• Movimentos realizados com facilidade de (2) muito comprometido aumenta para (4) levemente comprometido.• Desempenho no posicionamento do corpo de (3) moderadamente comprometido aumenta para (4) levemente comprometido.
DE: Dor aguda relacionada a agente físico lesivo, evidenciada por expressão facial de dor	
Intervenções de enfermagem: <ul style="list-style-type: none">• Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;• Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência;• Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.• Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor;• Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio;	Resultados esperados: <ul style="list-style-type: none">• Desconforto de (3) moderado aumenta para (5) nenhum.

DE: Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos

Intervenções de enfermagem:

- Observar e avaliar o local de inserção de cateteres quanto ao aparecimento de sinais flogísticos;
- Realizar troca de AVP conforme protocolo da instituição;
- Realizar a higienização adequada das mãos antes e após a realização de procedimentos invasivos;

Resultados esperados:

- Prática de limpeza das mãos de (2) raramente demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;
- Uso de precauções universais de (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;
- Monitoração do ambiente com relação a fatores associados a risco de infecção (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;

DE: Integridade tissular prejudicada relacionada a secreções, evidenciada por integridade da pele prejudicada

Intervenções de enfermagem:

- 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;

Resultados esperados:

- Integridade tecidual de (3) moderadamente comprometida aumenta para (5) não comprometida;

DE: Risco de lesão por pressão na criança relacionado a mobilidade física diminuída e pressão sobre saliência óssea

Intervenções de enfermagem:

- Observar regularmente o estado da pele do paciente, registrando alterações;
- Orientar a acompanhante quanto a mudança de decúbito;
- Evitar o cisalhamento;
- Realizar a hidratação da pele com cremes hidratantes;

Resultados esperados:

- Ajusta as estratégias de controle de riscos de (3) algumas vezes demonstrados aumenta para (5) consistentemente demonstrado;

DE: Risco de quedas na criança relacionada a mobilidade física prejudicada e disfunção neurocognitiva

Intervenções de enfermagem:

- Manter grades elevadas;
- Orientar acompanhante acerca do risco de quedas;
- Manter pertences próximos ao paciente;
- Ofertar dispositivos de apoio (cadeira de rodas) e auxílio à locomoção conforme necessário;

Intervenções de enfermagem:

- Coloca barreiras para evitar quedas de (4) frequentemente demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;
- Oferece assistência à mobilidade de (4) frequentemente demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;

Modo de Adaptação Interdependência

DE: Desenvolvimento atrasado na criança relacionado a dificuldade consistente para desempenhar habilidades cognitivas típicas da faixa etária evidenciado por distúrbios congênitos

Intervenções de enfermagem:

- Construir uma relação de confiança com a criança;
- Identificar necessidades especiais da criança e as adaptações necessárias, quando apropriado;
- Demonstrar aos cuidadores as atividades que promovem desenvolvimento;
- Encorajar a criança a interagir com os outros imitando papéis nas interações sociais;

Resultados esperados:

- Desenvolve relações próximas de (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (5) consistentemente demonstrado;
- Expressa sentimentos de forma construtiva de (3) algumas vezes demonstrado aumenta para (4) frequentemente demonstrado;

Modo de Adaptação do Desempenho de Papel

DE: Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a disfunção cognitiva evidenciada por prejuízo musculoesquelético

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar a capacidade de deglutir do paciente;
- Identificar a dieta prescrita;
- Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição;
- Monitorar o estado de hidratação do paciente, conforme apropriado;

Resultados esperados:

- Completa uma refeição de (3) moderadamente comprometido aumenta para (5) não comprometido;

DE: Déficit no autocuidado para banho relacionado a disfunção cognitiva, manifestações neurocomportamentais e mobilidade física prejudicada, evidenciado por dificuldade para lavar o corpo

Intervenções de enfermagem:

- Determinar quantidade e tipo de assistência necessários;
- Monitorar a integridade da pele do paciente;
- Estabelecer uma relação de confiança e empatia com o paciente, para promover uma colaboração efetiva no cuidado pessoal;
- Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado;

Intervenções de enfermagem:

- Manutenção de uma boa higiene de (4) levemente comprometido aumenta para (5) não comprometido;

DE: Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado a disfunção cognitiva evidenciado por prejuízo musculoesquelético

Intervenções de enfermagem:

- Estar disponível para ajudar a vestir o paciente, se necessário;
- Manter a privacidade enquanto o paciente se veste;
- Ajudar a amarrar, abotoar e usar fechos, se necessário;

Resultados esperados:

- Veste as roupas na parte superior do corpo de (1) gravemente comprometido aumenta para (3) moderadamente comprometido;
- Veste as roupas na parte inferior do corpo de (1) gravemente comprometido aumenta para (3) moderadamente comprometido;

Modo de Adaptação do Autoconceito

DE: Comunicação verbal prejudicada relacionada a disfunção cognitiva, evidenciada por afasia

Intervenções de enfermagem:

- Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado;
- Evitar falar aos gritos com o paciente com distúrbios de comunicação;
- Dar reforço positivo e elogios, conforme apropriado;
- Realizar conversas de uma via, conforme apropriado;

Resultados esperados:

- Reconhecimento de mensagens recebidas de (3) moderadamente comprometido aumenta para (4) levemente comprometido.

Fonte: Autores, 2024.

IMPLEMENTAÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Foram apresentadas à equipe de saúde, pela acadêmica de enfermagem, as prescrições planejadas para o cuidado da criança, de acordo com as necessidades identificadas no processo de enfermagem e respeitando as normas e rotinas do setor. A implementação foi conduzida em alinhamento com a equipe, assegurando a integração das ações e a adesão aos protocolos. Em sequência, realizou-se a evolução de enfermagem para monitorar os resultados obtidos, permitindo a avaliação contínua da resposta adaptativa da criança.

À luz da Teoria da Adaptação de Roy, o processo de enfermagem contribui para adaptar as intervenções, auxiliando o paciente e sua cuidadora a enfrentarem os desafios da hospitalização. Tal modelo teórico contribui para a adaptação às mudanças impostas pela condição de saúde, favorecendo respostas positivas e uma melhor qualidade de vida (Brandão *et al.*, (2019).

CONCLUSÃO

Portanto, o presente relato, fundamentado na Teoria da Adaptação de Roy, contribuiu para aprofundar o conhecimento da acadêmica sobre práticas de cuidado especializadas e centradas nas necessidades adaptativas do paciente pediátrico e sua família. A abordagem possibilitou uma visão integrada entre teoria e prática, destacando a relevância da equipe de enfermagem na apli-

-cação de intervenções que visam não só o alívio dos sintomas, mas também a adaptação funcional e emocional dos envolvidos.

Apesar das limitações deste estudo, como a subjetividade do caso, delimitada pela singularidade dos cuidados prestados a cada paciente, espera-se que esse relato elucidie a necessidade de novas investigações que abordem a assistência de enfermagem a pacientes com tal patologia. Esse aprofundamento pode contribuir para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais eficazes e humanizadas, ampliando a competência técnica e científica dos profissionais.

REFERÊNCIAS

Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BOSAIPO, Daniela Santos *et al.* Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 2271-2280, jun. 2021. [Http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.19152019](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.19152019).

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes *et al.* Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, n. 2, p. 577-581, abr. 2019. [Http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Zika Vírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância em Saúde e Ambiente. **Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: Brasil, 2015 a 2023**. Brasília, v. 5, Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus>. Acesso em: 21 out. 2024. Acesso em 21 out. 2024.

Bulechek, G. M. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CASTRO, Amparito del Rocío Vintimilla; ALMEIDA, Ana Paula. Classificação De Pacientes Pediátricos Para O Cuidado De Enfermagem: Validação De Instrumento Reestruturado. **Enfermagem em Foco**, [s. l], v. 4, n. 11, p. 144-152, fev. 2020.

COFEN. Conselho Federal De Enfermagem. **Resolução Cofen nº 736/2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em 23 out. 2024.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 4 jun. 2019. [Http://dx.doi.org/10.12957/epp.2019.43015](http://dx.doi.org/10.12957/epp.2019.43015).

FARIAS, Fabíola Pereira Paixão et al. Cuidado De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde Às Crianças Com Microcefalia Relacionada Ao Zika Vírus. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Curitiba, v. 27, n. 4, p. 1750-1763, 28 abr. 2023. [Http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v27i4.2023-011](http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v27i4.2023-011).

KELLY, Ryan *et al.* Cervicothoracic ventral-dorsal rhizotomy for bilateral upper-extremity hypertonia in cerebral palsy: illustrative case. **Journal Of Neurosurgery: Case Lessons**, [S.L.], v. 7, n. 14, p. 1-4, 1 abr. 2024. [Http://dx.doi.org/10.3171/case2438](http://dx.doi.org/10.3171/case2438).

MARBÁN-CASTRO, Elena *et al.* Zika virus infection in pregnant women and their children: a review. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, Londres, v. 265, p. 162-168, out. 2021. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.012).

Moorhead, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

Paiva Rodrigues, D.; Freitag Pagliuca, L. M.; Magalhães Da Silva, R. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 165, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4503>. Acesso em: 21 out. 2024.

SANTOS, Maria Luiza Bernardes dos *et al.* Evaluation and monitoring of eye findings in children exposed to Zika virus during gestation: 3 years of follow-up. **Journal Of Tropical Pediatrics**, Oxford, v. 69, n. 5, p. 1-8, set. 2023. [Http://dx.doi.org/10.1093/tropej/fmado30](http://dx.doi.org/10.1093/tropej/fmado30).

VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; NUNES, João. Uma leitura crítica das emergências em saúde global: o caso da epidemia de zika de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4075-4084, nov. 2022. [Http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022711.06852022](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022711.06852022).

WHO. World Health Organization. **Zika virus**. Genebra: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/zika-virus>. Acesso em: 21 out. 2024.

CAPÍTULO

03

PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM OSTEOPETROSE AUTOSSÔMICA RECESSIVA SOB À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Domício Lima da Silveira Júnior

Graduando em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí.

Roberta Fortes Santiago

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: descrever o Processo de Enfermagem na assistência a pacientes pediátricos portadores da Osteopetrose Autoossômica Recessiva. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma produção descritiva, exploratória, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital pediátrico de grande porte, referência no atendimento infantil no estado do Piauí, durante o mês de outubro de 2024. **Resultados e Discussões:** O Processo de Enfermagem foi aplicado a uma paciente pediátrica com Osteopetrose Autoossômica Recessiva, foram estabelecidos 12 Diagnósticos de Enfermagem, com a elaboração de um plano assistencial que contemplou todos os diagnósticos feitos, bem como foram estabelecidos os resultados esperados após a aplicação do plano assistencial. **Considerações finais:** Diante do apresentado, a realização deste estudo proporcionou uma vivência acadêmica e profissional de imensurável valor, visto que foi possível realizar o exercício do Processo de Enfermagem frente a uma patologia genética rara que acomete com considerável agressividade os pacientes pediátricos.

INTRODUÇÃO

A Osteopetrose (OPT) é um distúrbio genético caracterizado principalmente por uma disfunção proporcional entre o processo de reabsorção e remodelação óssea, influenciada diretamente pela atividade deficitária dos osteoclastos. Como consequência, os ossos apresentam um considerável aumento na densidade mineral, desequilibrando a relação entre componentes orgânicos e inorgânicos dos ossos, fato que ocasiona o processo de fragilização óssea, facilitando a ocorrência de fraturas e outros tipos de deformidades esqueléticas (Penna; Villa; Capó, 2021).

No panorama epidemiológico, Shadur et al. (2018) destaca que a Costa Rica é o país com maior incidência de casos de osteopetrose no mundo, registrando 3,4 casos a cada 100.000 nascidos vivos. No Brasil, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2013 e 2023, foi registrado apenas um caso de nascido vivo diagnosticado com Osteopetrose, bem como registra-se também um total de 12 óbitos infantis de pacientes com a patologia no mesmo intervalo de tempo (Brasil, 2024).

No aspecto patológico, a Osteopetrose pode apresentar variações clínicas e genéticas, visto que ela pode ser de origem autossômica recessiva ou de origem autossômica dominante. As mutações genéticas que estão incluídas dentro do espectro da OPT promovem formas diferentes da doença se manifestar em cada indivíduo. Dentre as formas mais conhecidas, destacam-se: a Osteopetrose maligna infantil de transmissão autossômica recessiva (ARO), a Osteopetrose de transmissão autossômica recessiva intermediária (IAO) e a Osteopetrose autossômica dominante (ADO) (Spinnato *et al.*, 2022).

Colocando luz sobre a manifestação autossômica recessiva da OPT, também conhecida como osteopetrose infantil maligna, observa-se que ela é a variante de OPT com o prognóstico mais sombrio. Os sintomas geralmente começam a se manifestar ainda na primeira infância e podem ser bastante diversos, tais como: fraturas de repetição, problemas de crescimento e desenvolvimento, diminuição da acuidade visual, nistagmos, reti-

-nopatias, esplenomegalia, hepatomegalia, anemia grave e trombocitopenia (Tfifha *et al.*, 2017).

Dentro desse contexto, além da importância de estabelecer planos assistenciais para o tratamento dos sintomas causados pela ARO, é fundamental enaltecer o protagonismo do transplante de células-tronco hematopoéticas no que diz respeito às terapias com potencial curativo para a osteopetrose. Segundo dados de Gaytán-Morales *et al.* (2021), um transplante bem sucedido de células-tronco hematopoéticas de um doador 100% compatível proporcionou a cura da ARO a um paciente de 3 anos de idade, que evoluiu em acompanhamento ambulatorial sem danos neurológicos progressivos e sem complicações hematológicas.

De forma semelhante, a eficácia do transplante de células-tronco hematopoéticas também foi validada Cao *et al.* (2019), quando ele aponta em seu estudo o aumento significativo do diâmetro do canal óptico de paciente com osteopetrose, que anteriormente possuíam o canal óptico diminuído em razão da ARO, ao serem submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas.

Diante do apresentado, o presente estudo objetiva descrever a experiência na aplicação do Processo de Enfermagem na assistência a pacientes pediátricos portadores da Osteopetrose Autossômica Recessiva, a fim de contribuir com a produção literária existente sobre a temática e ampliar a visão científica dos enfermeiros frente a uma patologia tão complexa.

METODOLOGIA

O presente estudo se trata de uma produção descritiva, exploratória, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital pediátrico de grande porte, referência no atendimento infantil no estado do Piauí, durante o mês de outubro de 2024, no decorrer da disciplina de Estágio Supervisionado I da graduação em Enfermagem de uma instituição pública estadual de ensino superior.

O Estágio Supervisionado I marca os momentos finais da graduação em Enfermagem, dessa maneira, os acadêmicos conseguem desenvolver atividades assistenciais com mais indepen-

dência, autonomia, vivenciando o exercício profissional do enfermeiro com mais veracidade.

Dentro do campo de estágio, foi possível estabelecer um contato mais íntimo com pacientes pediátricos portadores das mais diversas patologias. Nesse contexto, o presente estudo surge como um registro retrospectivo da aplicação do Processo de Enfermagem por um acadêmico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dentro da prática profissional dos enfermeiros, a percepção de cada profissional sobre a assistência de enfermagem a ser prestada aos pacientes, pode ser muito singular. Nesse sentido, as Teorias de Enfermagem atuam no Processo de Enfermagem como pilares científicos para o enfermeiro, visto que ao oferecerem uma linha de raciocínio a ser seguido, afastam as práticas profissionais dos enfermeiros do empirismo e promovem respaldo científico aos mesmos (Fonseca Santos *et al.*, 2016).

Em vista disso, ao considerar os paradigmas estabelecidos dentro da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, o paciente deve ser visto como um componente integrante do universo, dotado da capacidade de alterar os estados de equilíbrio e desequilíbrio do tempo e do espaço. Já a enfermagem é vista como uma parte integrante da equipe de saúde, que deve ter como principal objetivo prezar pela manutenção do estado de equilíbrio do paciente, garantido a ele suas necessidades básicas (Horta, 1979).

De forma prática, o processo patológico da Osteopetrose perturba as dinâmicas que a paciente estabelece com os outros elementos do universo, ocasionando um estado de desequilíbrio, e a enfermagem, enquanto agente de mudanças, é responsável por restaurar e fortalecer o estado de equilíbrio dinâmico de tempo e espaço do paciente ao assistir as carências geradas pelas dinâmicas desarmonicas do quadro patológico às suas necessidades humanas básicas (Horta, 1979).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

O Histórico de Enfermagem é o primeiro passo do Processo de Enfermagem, nessa etapa o enfermeiro deve conseguir realizar um levantamento detalhado da história pregressa e do quadro clínico geral do paciente. Essas informações podem ser obtidas através da busca ativa, por meio do exame físico e de entrevistas com o paciente e familiares, e da busca passiva, através da leitura do prontuário do paciente e demais registros de saúde (Horta, 1979).

No caso em questão, o Histórico de Enfermagem foi estabelecido através da análise de registros de saúde, exame físico detalhado e entrevista direta com a paciente e a responsável legal pela mesma. O exame físico e as informações dialogadas foram as ferramentas de maior protagonismo na elucidação dos processos e dinâmicas estabelecidos pela paciente e seus familiares desde o início da apresentação sintomática da Osteopetrose.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os Diagnósticos de Enfermagem são a segunda etapa do Processo de Enfermagem. A partir dos achados do Histórico de Enfermagem, o enfermeiro analisa as informações coletadas e exercendo o seu raciocínio clínico, estabelece os diagnósticos que irão nortear a elaboração do plano terapêutico para sanar as carências assistenciais apresentadas por cada paciente(Horta, 1979).

No caso em questão, foram estabelecidos os seguintes Diagnósticos de Enfermagem a partir da linha de raciocínio preconizada por Wanda Aguiar Horta em sua teoria:

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	
1	Capacidade de transferência prejudicada evidenciada por dificuldade de transferência entre níveis desiguais, relacionada a dor associada à prejuízo musculoesquelético.
2	Deambulação prejudicada evidenciada por dificuldade para deambular uma distância necessária, associada à prejuízo musculoesquelético.
3	Enfrentamento ineficaz evidenciado pela capacidade prejudicada de lidar com uma situação, relacionada a falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação.
4	Risco de sentimento de impotência associado a mobilidade física prejudicada.
5	Risco de infecção relacionado a alteração na integridade da pele, associada a procedimento invasivo.
6	Integridade tissular prejudicada evidenciada por dor aguda, abscesso e integridade da pele prejudicada, relacionada a procedimento invasivo.
7	Risco de queda associado a mobilidade prejudicada, relacionada a visão prejudicada.
8	Risco de retenção urinária associada à postura inadequada no vaso sanitário relacionada ao uso periódico de fraldas.
9	Risco de constipação associada à mobilidade física prejudicada.
10	Déficit no autocuidado para alimentação evidenciado pela dificuldade para levar o alimento à boca, relacionado a mobilidade física prejudicada.
11	Déficit no autocuidado para banho evidenciado pela dificuldade para lavar o corpo, relacionado a mobilidade física prejudicada.
12	Déficit no autocuidado para vestir-se evidenciado por dificuldade para colocar vários itens do vestuário, relacionado a mobilidade física prejudicada.

Fonte: (NANDA, 2021).

PLANO TERAPÊUTICO

O terceiro passo do Processo de Enfermagem é a elaboração do plano assistencial que será aplicado ao paciente (Horta, 1979).

Nesse momento o enfermeiro deve estabelecer as prioridades do cuidado, as intervenções que deverão ser realizadas e a forma que elas serão implementadas.

Sob a luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, foram estabelecidas as seguintes intervenções para a melhoria do estado de equilíbrio do paciente:

Quadro 2 - Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1- Capacidade de transferência prejudicada evidenciada por dificuldade de transferência entre níveis desiguais, relacionada a dor associada à prejuízo musculoesquelético.	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente. • Orientar o paciente sobre todas as técnicas de transferência apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência. • Identificar os métodos de prevenção de lesões durante transferências.
2- Deambulação prejudicada evidenciada por dificuldade para deambular uma distância necessária, associada à prejuízo musculoesquelético.	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente. • Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuem para quedas e a forma de reduzir esses riscos. • Mediar a intervenção do profissional fisioterapeuta no acompanhamento multiprofissional da paciente.
3- Enfrentamento ineficaz evidenciado pela capacidade prejudicada de lidar com uma situação, relacionada a falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação.	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade. • Oferecer informações apropriadas e sempre que necessárias. • Encorajar o paciente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos.
4- Risco de sentimento de impotência associado a mobilidade física prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar as características pessoais positivas identificadas pelo paciente. • Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado. • Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior. • Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos.
5- Risco de infecção relacionado a alteração na integridade da pele, associada a procedimento invasivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar o curativo a intervalos apropriados. • Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso. • Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de relatá-los ao profissional de saúde. • Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas.
6- Integridade tissular prejudicada evidenciada por dor aguda, abscesso e integridade da pele prejudicada, relacionada a procedimento invasivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Trocar o curativo a intervalos apropriados. • Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de relatá-los ao profissional de saúde. • Monitorar sinais flogísticos nos pontos de ruptura da integridade tissular. • Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas. • Supervisionar administração das medicações conforme prescrição médica.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
7- Risco de queda associado a mobilidade prejudicada, relacionada a visão prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas. • Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente. • Orientar o paciente a chamar ajuda para movimentar-se, conforme apropriado. • Auxiliar a família a identificar perigos em casa e a modificá-los. • Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuem para quedas e a forma de reduzir esses riscos.
8- Risco de retenção urinária associada à postura inadequada no vaso sanitário relacionada ao uso periódico de fraldas.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar intervalos de diurese. • Orientar paciente e acompanhante quanto ao uso correto de comadres para a diurese no leito. • Fornecer biombos para promover privacidade e segurança ao paciente durante a diurese.
9- Risco de constipação associada à mobilidade física prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a frequência das evacuações. • Solicitar apoio nutricional para elaboração de dieta que favorece a motilidade intestinal.
10- Déficit no autocuidado para alimentação evidenciado pela dificuldade para levar o alimento à boca, relacionado a mobilidade física prejudicada. 11- Déficit no autocuidado para banho evidenciado pela dificuldade para lavar o corpo, relacionado a mobilidade física prejudicada. 12- Déficit no autocuidado para vestir-se evidenciado por dificuldade para colocar vários itens do vestuário, relacionado a mobilidade física prejudicada.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e incentivar paciente e acompanhante quanto a medidas de promoção da independência da paciente. • Fornecer feedback positivo aos avanços apresentados pela paciente. • Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia.

Fonte: BULECHEK, 2010.

RESULTADOS ESPERADOS

O quarto passo do Processo de Enfermagem é a Implementação, o enfermeiro providenciar a realização de todos os pontos que foram estabelecidos no plano assistencial, orientando e coordenando a equipe de enfermagem e dialogando com os demais membros da equipe multiprofissional (Horta, 1979).

Considerando os diagnósticos feitos para o presente caso, esperam-se os seguintes resultados, visando a contemplação das necessidades humanas básicas da paciente e a manutenção do estado de equilíbrio.

Quadro 03 - Resultados Esperados.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados
1- Capacidade de transferência prejudicada evidenciada por dificuldade de transferência entre níveis desiguais, relacionada a dor associada à prejuízo musculoesquelético.	Aumentar o conhecimento do paciente e dos familiares sobre meios de transferência segura para o paciente.
2- Deambulação prejudicada evidenciada por dificuldade para deambular uma distância necessária, associada à prejuízo musculoesquelético.	Aumentar o nível de independência da paciente durante o processo de deambulação.
3- Enfrentamento ineficaz evidenciado pela capacidade prejudicada de lidar com uma situação, relacionada a falta de confiança na capacidade de lidar com uma situação.	Adaptação às mudanças do estado de saúde melhorada.
4- Risco de sentimento de impotência associado a mobilidade física prejudicada.	Melhorar a auto percepção de aspectos positivos sobre si.
5- Risco de infecção relacionado a alteração na integridade da pele, associada a procedimento invasivo.	Manutenção da assepsia durante o processo assistencial prestado à paciente.
6- Integridade tissular prejudicada evidenciada por dor aguda, abscesso e integridade da pele prejudicada, relacionada a procedimento invasivo.	Aumentar o controle da dor e reduzir o risco de infecções nos pontos de ruptura da integridade tissular.
7 - Risco de queda associado a mobilidade prejudicada, relacionada a visão prejudicada.	Aumentar o nível de conhecimento do paciente e familiares sobre medidas de promoção de segurança e prevenção de acidentes.
8- Risco de retenção urinária associada à postura inadequada no vaso sanitário relacionada ao uso periódico de fraldas.	Reduzir o risco de infecções urinárias relacionadas a retenção urinária e aumentar a independência da paciente durante a diurese.
9 - Risco de constipação associada à mobilidade física prejudicada.	Reduzir o risco de constipação e melhorar controle da motilidade intestinal.
10 - Déficit no autocuidado para alimentação evidenciado pela dificuldade para levar o alimento à boca, relacionado a mobilidade física prejudicada. 11 - Déficit no autocuidado para banho evidenciado pela dificuldade para lavar o corpo, relacionado a mobilidade física prejudicada. 12 - Déficit no autocuidado para vestir-se evidenciado por dificuldade para colocar vários itens do vestuário, relacionado a mobilidade física prejudicada.	Aumentar a independência e autonomia e reduzir o risco de sentimento de baixa autoestima.

Fonte: MOORHEAD, 2021.

RESULTADOS ESPERADOS

A Avaliação de Enfermagem é o último passo do Processo de Enfermagem. O enfermeiro deve observar se as metas assistenciais que foram estabelecidas durante o Planejamento foram de fato alcançadas (Horta, 1979).

Após essa análise, o Processo de Enfermagem começa novamente, o enfermeiro coleta novos dados sobre o quadro de saúde do paciente a partir do resultados que foram alcançados, estabelece novos diagnósticos, elabora um novo plano de cuidados e observa os resultados obtidos por ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do apresentado, a realização deste estudo proporcionou uma vivência acadêmica e profissional de imensurável valor, visto que foi possível realizar o exercício do Processo de Enfermagem frente a uma patologia genética rara que acomete com considerável agressividade os pacientes pediátricos, fato que contribuiu para o estímulo e desenvolvimento de habilidades profissionais cruciais, tais como, o julgamento clínico e a capacidade de trabalhar de forma mútua com os demais membros da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (comp.). **Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde**. 2024. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 out. 2024.

BULECHEK, Gloria M. *et al.* **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAO, Wenhong *et al.* Comparison of Optic Canal Diameter in Children With Malignant Infantile Osteopetrosis and Normal Children and the Effects of Hematopoietic Stem Cell Transplantation on the Optic Canal Diameter. **Journal Of Pediatric Ophthalmology & Strabismus**, v. 56, n. 1, p. 35-42, 23 jan. 2019. SLACK, Inc.. <http://dx.doi.org/10.3928/01913913-20180921-01>.

FONSECA SANTOS, L. M. *et al.* **SAE** - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático. Salvador: COREN - BA, 2016.

GAYTÁN-MORALES, José F. *et al.* Hematopoietic stem cell transplantation in a patient with osteopetrosis and mutation in CLCN7: long-term follow-up. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, v. 78, n. 3, p. 327-345, 23 fev. 2021. Publicidad Permanyer, SLU. <http://dx.doi.org/10.24875/bmhim.20000105>.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

MOORHEAD, S. *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2021.

PENNA, Sara; VILLA, Anna; CAPO, Valentina. Autosomal recessive osteopetrosis: mechanisms and treatments. **Disease Models & Mechanisms**, v. 14, n. 5, p. 327-345, 1 maio 2021. The Company of Biologists. <http://dx.doi.org/10.1242/dmm.048940>.

SHADUR, B.; *et al.* Successful hematopoietic stem cell transplantation for osteopetrosis using reduced intensity conditioning. **Pediatric Blood And Cancer**, v. 65, n. 6, 2018.

SPINNATO, Paolo *et al.* Spectrum of Skeletal Imaging Features in Osteopetrosis: inheritance pattern and radiological associations. **Genes**, v. 13, n. 11, p. 1965-1978, 28 out. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/genes13111965>.

TFIFHA, Miniar *et al.* Clinical and imaging features of malignant infantile osteopetrosis. **The Turkish Journal Of Pediatrics**, v. 59, n. 4, p. 452-457, 25 ago. 2017. Hacettepe University Institute of Child Health. <http://dx.doi.org/10.24953/turkjped.2017.04.012>.

CAPÍTULO

04

PROCESSO DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDO EM PACIENTE COM NEFRITE LÚPICA À LUZ DA TEORIA DE IMOGENE KING

Fabiana Batista Ribeiro

Enfermeira, Universidade Estadual do Piauí.

Mykaille Soares Lima

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência da discente do curso de enfermagem de um universidade pública do Piauí com a implementação do Processo de Enfermagem (PE) ao paciente com NL. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com a implementação do PE à luz da Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, ao paciente com NL. O estudo foi desenvolvido em um hospital especializado em pediatria, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de outubro de 2024. **Resultados:** Foi realizada a implementação do PE, de acordo com a Resolução COFEN nº 736/2024. O uso das ferramentas científicas garante que a assistência hospitalar seja mais segura e centrada no cuidado humanizado. **Considerações finais:** Percebeu-se a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com nefrite lúpica, bem como da aplicação do PE. Ao focar na teoria de Imogene King foi possível perceber a relevância de uma abordagem direcionada e estratégica para o cuidado.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune, inflamatória e crônica que acomete múltiplos órgãos e sistemas, afetando principalmente mulheres em idade reprodutiva. Possui uma etiologia multifatorial, com a interação de fatores genéticos, ambientais e infecciosos, os quais levam o paciente a uma perda da tolerância imunológica, com a produção de autoanticorpos patogênicos. A Nefrite Lúpica (NL) caracteriza-se como uma das manifestações do LES, determinada por uma inflamação que ataca os rins, associada, comumente, a causas importantes de morbidade e mortalidade no contexto da LES (Souza; Silva; Coelho, 2017).

A NL é identificada pela presença de proteinúria $> 0,5$ g/24h, presença de cristais na urina e aumento dos níveis séricos de creatinina sem outras causas evidentes. No entanto, dispõe de circunstâncias preocupantes devido ao seu amplo espectro de manifestações, sendo evidenciadas em anormalidades assintomáticas nos sedimentos urinários, bem como síndromes nefríticas ou nefróticas, podendo evoluir rapidamente para Insuficiência Renal (IR). Cerca de 60% dos pacientes com LES podem manifestar a Nefrite Lúpica, dos quais 10% desses pacientes evolui para IR, principalmente pelo envolvimento de alterações nos glomérulos. Soma-se a isso os sintomas secundários específicos da própria LES, a saber, dor, fadiga, depressão e ansiedade, que ampliam o comprometimento sistêmico (Carneiro *et al.*, 2024).

Apesar de os protocolos diagnósticos terem avançado, como a realização de biópsia para análise de tecidos renais em pacientes com NF, os aspectos distintos de apresentação da patologia favorecem para que o reconhecimento de um diagnóstico precoce seja complexo e o início de terapia medicamentosa protelada. Por isso, o cuidado ao paciente com NF deve ser amplo pela equipe multiprofissional, atentando-se, especialmente, para um exame físico e anamnese detalhados, uma escuta ativa de relatos do paciente e familiares próximos, a fim de compreender as preocupações, expectativas e necessidades individuais (Carneiro *et al.*, 2024).

Dessa forma, o paciente com NF possui muitas repercussões clínicas relacionadas à evolução da doença, o qual necessita de um cuidado centrado e contínuo. À vista disso, o Processo de Enfermagem (PE), de modo deliberado e sistemático, deve ser utilizado para que o cuidado de enfermagem seja feito de forma sistematizada. O uso de teorias, protocolos, modelos de cuidado e instrumentos, por exemplo, fundamentam e fornecem base para que o PE seja realizado de forma adequada, de forma que esse processo deve ocorrer de forma inter-relacionada e interdependente. Assim, a fim de integralizar a assistência aos pacientes e direcionar o cuidado, a enfermagem faz o uso das Teorias de Enfermagem, sendo a Teoria do Alcance das Metas, proposta por Imogene King, um forte alicerce para orientar as ações de enfermagem ao paciente com NF (Silva *et al.*, 2024).

A teoria de Imogene King possui como foco a valorização na interação entre enfermeiro e paciente para a determinação, conjunta, das necessidades de cada indivíduo, para que o alcance das metas estabelecidas seja capaz de melhorar as condições de saúde do paciente, visando a autonomia do mesmo. A teoria é composta por três sistemas inter-relacionados, o sistema pessoal, o qual se refere às características pessoais do paciente; o sistema interpessoal, referindo-se à interação enfermeiro-paciente; e o sistema social, o qual aborda sobre o ambiente que o paciente está inserido e como o mesmo pode afetar a situação de saúde (Silva *et al.*, 2024).

Logo, a Teoria do Alcance das Metas foi utilizada para embasar o presente estudo, haja vista que os pacientes com NF, usualmente, possuem dificuldade em aderir aos tratamentos pela quantidade de medicamentos intrínsecos à terapêutica, além das contínuas internações para intervenções pontuais e/ou gerais. Nesse sentido, há a necessidade de os pacientes com NF precisarem ter uma maior interação com o enfermeiro para a definição de metas alcançáveis e realistas, que serão feitas pela personalização do cuidado com a implementação do PE.

Assim, o presente relato tem como objetivo descrever a experiência da discente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) com a implementação do PE ao paciente

com nefrite lúpica, com destaque ao impacto que uma assistência estruturada e orientada por uma teoria de enfermagem possui.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com a implementação do Processo de Enfermagem à luz da Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, ao paciente com Nefrite Lúpica. A base da teoria é o desenvolvimento de metas entre o paciente e o enfermeiro, de forma a considerar todo o contexto social, cultural e econômico no qual o paciente está inserido, para que as metas possam ser atingíveis para ambos.

O estudo foi desenvolvido em um hospital especializado em pediatria, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de outubro de 2024 durante a disciplina de Estágio Supervisionado I de uma instituição de ensino superior pública, localizada em uma capital do Nordeste. A supervisão foi acompanhada por uma enfermeira docente, doutora em enfermagem, que possui vínculo com a instituição de ensino.

O hospital, fundado em 16 de março de 1986, possui atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual conta, enquanto a realização do estudo, com 17 especialidades pediátricas, além de ofertar consultas ambulatoriais, imunização, cirurgias e nove leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os ambientes do hospital são humanizados, com áreas pintadas em cores atraentes para o público infantil, além de possuir brinquedoteca e sala de aula para que o estresse causado pelos procedimentos médicos seja amenizado.

Durante a vivência de estágio diversas patologias foram apresentadas e acompanhadas com a evolução diária da Sistematização do Processo de Enfermagem (SAE), entre elas, a Nefrite Lúpica. Foi possível realizar o Processo de Enfermagem com o paciente diariamente durante sua internação no hospital. Adicionalmente, como forma de fundamentar e aprofundar os conhecimentos relativos à patologia, foi realizada uma pesquisa bibliográfica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A teoria de Imogene King, denominada Teoria do Alcance de Metas, destaca-se na Enfermagem por sua visão interativa e orientada à comunicação eficaz entre enfermeiros e pacientes para alcançar objetivos de saúde. Desenvolvida em 1960, a teoria explicita o relacionamento entre indivíduo, grupo e sociedade, identificando o papel crucial da comunicação e das interações interpessoais na promoção da saúde. Por meio desse modelo, King descreve a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas interatuantes (o pessoal, o interpessoal e o social), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade (Bezerra; Guedes; Silva, 2020).

O sistema pessoal possui como foco as experiências e percepções individuais, o interpessoal explora a interação entre pessoas, e o exame social dos grupos e contextos mais amplos que influenciam os indivíduos. Esses sistemas são interdependentes, afetando tanto a percepção dos profissionais de saúde quanto a dos pacientes e, por isso, devem ser considerados no planejamento do cuidado. Dessa forma, o modelo permite ampliar a percepção dos profissionais, favorecendo a prática de cuidado centrada na interação enfermeiro-paciente, com o principal foco de conquistar os objetivos propostos (Belchior *et al.*, 2022).

A comunicação entre enfermeiro e paciente é central para a teoria de King, pois permite a criação de um ambiente colaborativo e propício à tomada de decisão conjunta, essencial para alcançar os objetivos desejados. Assim, o enfermeiro atua como facilitador no estabelecimento de metas, baseando-se na compreensão das necessidades do paciente e incentivando-o a participar do processo de cuidado. Isso fortalece o papel do paciente como protagonista de sua própria saúde, contribuindo para uma prática mais empática e eficaz na Enfermagem. Estudos recentes já comprovam a relevância da comunicação na enfermagem moderna, reforçando a teoria de King como uma referência fundamental para a prática (Belchior *et al.*, 2022).

Por fim, a Teoria do Alcance de Metas tem aplicação prática em diversos contextos de saúde, pois permite aos enfermeiros adaptar o plano de cuidados às necessidades específicas de cada paciente, buscando a colaboração e o comprometimento para resultados de saúde mais intensos. Essa abordagem holística e interativa tem sido amplamente valorizada no cuidado de enfermagem, pois facilita a individualização do cuidado e promove uma melhor qualidade de vida ao paciente. A teoria de Imogene King permanece uma ferramenta fundamental para a prática de enfermagem baseada em metas claras e interações efetivas, orientando o enfermeiro a apoiar o paciente na conquista de seus objetivos de saúde (Rivera-Rojas *et al.*, 2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possui grande relevância na garantia de qualidade e segurança do paciente, tornando possível que os profissionais de enfermagem façam a identificação das necessidades humanas básicas afetadas ou em risco nos pacientes e, em vista disso, estabeleçam os diagnósticos e as respectivas intervenções, viabilizando um cuidado individualizado e integral (Oliveira *et al.*, 2020).

O Processo de Enfermagem, conforme estabelecido pela Resolução COFEN 736/2024, é uma metodologia científica que orienta a prática profissional e organiza o cuidado de enfermagem de forma sistemática e contínua. É elencado por cinco etapas, a saber, avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e evolução. Essas fases são inter-relacionadas e discorrem sobre a individualidade de cada paciente, por isso a importância do registro adequado em prontuários e sistemas de informação, garantindo a rastreabilidade e a segurança do cuidado prestado.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Trata-se da primeira etapa do PE. Por se tratar de uma criança que já conseguia ter uma boa comunicação, as perguntas foram direcionadas a ela, e um familiar ajudou com algumas respostas. No momento, realizou-se uma anamnese detalhada, com a coleta das queixas principais, do histórico da doença atual, o

antecedentes pessoais e familiares, bem como os hábitos sociais e de vida. Além disso, houve a realização do exame físico céfalo-caudal, com inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA 2021-2023)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados esperados (NOC)
Distúrbio na imagem corporal, evidenciado por esconder partes do corpo, relacionado a baixa autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade; • Encorajar o paciente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos; • Ajudar o paciente a dar-se conta da singularidade de cada indivíduo; • Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapta se às mudanças no estado de saúde de algumas vezes demonstrado (3) para consistentemente demonstrado (4)
Volume de líquido excessivo, evidenciado por edema e ganho de peso em um curto período de tempo, associado a desvios na eliminação de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar diariamente e monitorar tendências; • Manter registro preciso da ingestão e eliminação; • Avaliar a localização e extensão do edema; • Monitorar o aparecimento de indícios de sobrecarga/retenção de líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitora edema de algumas vezes demonstrado (3) para frequentemente demonstrado (4); • Relata piora dos sintomas da doença de frequentemente demonstrado (4) para consistentemente demonstrado (5).
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a volume de líquido excessivo, associado a disfunção renal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico; • Manter registro preciso de ingestão e eliminação; • Promover orientação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece sinais e sintomas indicativos de risco de raramente demonstrado(2) para frequentemente demonstrado (4).
Tolerância à atividade diminuída, evidenciada por expressão de fadiga, relacionado a sintomas depressivos	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a incorporar um regime de atividades/exercícios de rotina; • Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios da atividade/exercício prescritos; • Informar o paciente sobre as atividades apropriadas com base na condição física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidade de realizar as atividades da vida diária de moderadamente comprometida (3) para não comprometida (5); • Ritmo de deambulação de levemente comprometido (4) para não comprometido (5).
Comunicação verbal prejudicada, evidenciada por vontade diminuída para participar em interação social, relacionada a baixa autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar comunicação; • Ouvir ativamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso da linguagem falada de levemente comprometida (4) para não comprometida (5); • Trocas de mensagem de forma precisa de levemente comprometida (4) para não comprometida (5)

<p>Sentimento de impotência, evidenciado por fadiga, relacionado a baixa autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estar aberto a expressões individuais de preocupações; • Expressar empatia com os sentimentos individuais; • Monitorar a tolerância do paciente à atividade; • Estabelecer uma relação de apoio com o paciente e a família; • Auxiliar o paciente a controlar a fadiga planejando períodos frequentes de repouso, espaçando as atividades e limitando as demandas diárias, conforme apropriado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação de confiança de moderadamente adequado(3) para totalmente adequado (5); • Produtividade diminuída de moderado (3) para nenhum (5).
<p>Engajamento diminuído em atividades de recreação, evidenciado por cochilos frequentes, relacionado a motivação inadequada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais; • Oferecer atividades recreativas voltadas à redução da ansiedade; • Monitorar a resposta emocional, física e social à atividade recreativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa de brincadeiras de raramente demonstrado (2) para frequentemente demonstrado (4); • Seleciona atividades de lazer de interesse de raramente demonstrado (2) para frequentemente demonstrado (4).
<p>Mobilidade física prejudicada, evidenciado por expressão de desconforto, relacionado à tolerância à atividade diminuída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre os benefícios de um regime de atividade física rotineira; • Oferecer programas individualizados de exercício e encaminhar a fisioterapeuta ou a programas de exercício, quando apropriado, para evitar dependência; • Encorajar a deambulação; • Estimular aumento de mobilidade e exercícios, conforme apropriado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimentos realizados com facilidade de levemente comprometido (4) para não comprometido (5)
<p>Risco de infecção, evidenciado pela integridade da pele prejudicada, associado a procedimento invasivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar ao paciente e familiares como evitar infecções; • Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos; • Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente; • Instituir precauções universais; • Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos fatores que contribuem com a transmissão de infecção de conhecimento limitado (2) para conhecimento substancial (4); • Realização de ações que transmitem a infecção de conhecimento substancial(4) para conhecimento vasto (5).
<p>Conforto prejudicado, evidenciado por desconforto com a situação, associado ao regime de tratamento e aos sintomas relacionados à doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso; • Criar um ambiente calmo e de apoio; • Dar possibilidade de escolha, sempre que possível, para as atividades sociais e de visitação; • Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação com o ambiente físico de moderadamente comprometido (3) para levemente comprometido (4); • Bem-estar físico de moderadamente comprometido (3) para levemente comprometido (4).

Fonte: NANDA, 2021; NIC, 2010; NOC, 2016.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A avaliação de enfermagem é um passo essencial para determinar se os cuidados prestados ao paciente estão sendo efetivos. Por se tratar de um paciente com nefrite lúpica, a qual possui variações sintomáticas frequentes, é importante o monitoramento do estado clínico do paciente, com a realização de um exame físico minucioso, bem como de uma escuta ativa sobre as possíveis queixas do paciente.

Assim, mesmo com diagnósticos e intervenções voltados à individualização do paciente, faz-se importante uma análise diária e sistemática para observar se as ações realizadas ainda atendem às necessidades do paciente. Um dos pontos importantes da avaliação para a patologia em destaque é a avaliação da função renal e do balanço hídrico, além do nível de adesão do paciente ao tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do relato realizado, percebe-se a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com nefrite lúpica. Ao focar na teoria de Imogene King é possível ter a percepção da relevância de uma abordagem direcionada e estratégica para o cuidado, a qual é capaz de proporcionar uma assistência integrada e orientada pelas necessidades individuais do paciente. Além disso, King possui um foco importante no estabelecimento de metas compartilhadas entre paciente-enfermeiro, colaborando para uma maior adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, o enfermeiro, por meio da SAE e do PE, posiciona-se como um profissional capacitado para o cuidado complexo desse tipo de patologia, com a abordagem de práticas fundamentadas em teorias.

Assim, o relato também se apresenta como uma experiência enriquecedora ao discente ao fornecer uma visão prática e teórica sobre os cuidados que devem ser ofertados para lidar com pacientes com nefrite lúpica, assim como permite vivências clínicas hospitalares.

REFERÊNCIAS

BELCHIOR, Amilton Victor Tognon et al. TEORIA DE ALCANCE DE METAS DE IMOGENE KING NO PROCESSO DE ENFERMAGEM. **Revista Científica Faema**, [S. L.], v. 13, n. -, p. 1-3, 10 mar. 2022.

BEZERRA, Sara Taciana Firmino; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; SILVA, Lúcia de Fátima da. Perception of nursing in Primary Health Care about patients with hypertension: does king explain?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 1-8, 25 jul. 2020.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; MCCLOSKEY, Joanne. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARNEIRO, Felipe Alexandre Rios et al. Nefrite lúpica: avanços recentes no diagnóstico, tratamento e manejo clínico. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 01-19, 23 ago. 2024. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv7n4-356>.

HERDMAN, T. Heather et al. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. 544 p. **Journal Of Surgery And Clinical Research - Bjsr**, [S. L.], v. 20, n. 2, p. 153-161, nov. 2017.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC: classificação dos resultados de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PAGLIUCA, Lorita Marlena F.. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 3, n. 38, p. 270-279, 29 out. 2003.

OLIVEIRA, Thais Reis et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: análise da produção científica em oncologia: revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 9541-9555, 2020. *Brazilian Journal of Development*. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n2-314>.

RIVERA-ROJAS, Florida et al. Análisis crítico de la teoría de la consecución de objetivos de Imogene King. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.L.], v. , n. 2, p. 1-5, 18 dez. 2023. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/rvi23.17.29335>.

SILVA, Valéria Gomes Fernandes da et al. O cuidado de enfermagem nas relações sorodiferentes: uma análise à luz de Imogene King. **Escola Anna Nery**, [S.L.], p. 01-06, 2024. *Fap UNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2024-0016pt>.

SOUZA, Flávia dos Santos Lugão de; SILVA, João Wagner da; COELHO, Elciana Emerick. NÉFRITE LÚPICA: UMA PÊSQUISA INTEGRATIVA SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM AO PORTADOR DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research-Bjsr**, [S. L.], v. 20, n. 2, p. 153-161, nov. 2017.

CAPÍTULO 05

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE PEDIÁTRICA PORTADORA DE SÍNDROME DE WEST À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA

Maria Victória Pereira Veloso

Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí.

Mykaelle Soares Lima

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: Descrever uma experiência vivida na assistência à paciente pediátrica portadora de Síndrome de West à luz da Teoria de Wanda Horta. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital pediátrico de referência, localizado no Piauí. **Resultados e Discussão:** Wanda Horta determina que a elaboração da assistência de enfermagem ao ser humano, de acordo com seus diagnósticos, deve ser sistematizada. Com isso, foi implementado o Processo de Enfermagem à luz da Teoria das Necessidade Humanas Básicas, a fim de identificar problemas de enfermagem e determinar intervenções efetivas para a paciente. **Considerações finais:** Após a construção do estudo, tornou-se evidente a obtenção de novas habilidades e experiências, bem como a importância da aplicação das teorias de enfermagem no processo de cuidado humanizado e individualizado e na qualidade da assistência.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de West (SW) trata-se de uma forma grave e rara de epilepsia, sendo caracterizada como uma encefalopatia infantil que atinge principalmente neonatos e lactentes, com a ocorrência da tríade: espasmos epilépticos, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações no eletroencefalograma (EEG), geralmente manifestadas em padrão de hipsarritmia (Silva *et al.*, 2023; Araujo *et al.*, 2023).

A síndrome acomete 2 a 5 em cada 10.000 lactentes, com maior incidência em crianças do sexo masculino de 5 a 8 meses de idade, podendo ter uma causa variada, como malformações cerebrais, traumas, doenças metabólicas ou genéticas, traumas ou idiopática. No que diz respeito à fisiopatologia a doença ainda não é completamente compreendida, mas pode ser classificada em duas formas: criptogenética - quando o paciente não apresenta lesão de sistema nervoso central prévia ou comorbidades - e a forma sintomática - quando há causa estrutural ou metabólica associada - (Silva *et al.*, 2023; Pignatari *et al.*, 2024).

Em relação à sintomatologia, Morandi e Silveira (2007, p. 1) revelam que:

A Síndrome de West é definida como uma síndrome neurológica, e é um tipo raro de epilepsia que causa convulsões, chamadas de mioclonias, podendo ser de flexão ou de extensão, mais comumente encontrada de flexão. Os espasmos na síndrome de West podem envolver vários músculos, dependendo de serem em flexão ou extensão dos braços ou pernas, em abdução e adução, simétricos, assimétricos, unilaterais, comumente mistos. Aparecem também na forma de queda de cabeça ou, ainda, com abertura dos olhos e alheamento do meio, com ou sem piscamentos.

Ademais, para o diagnóstico da Síndrome de West, é neces-

-sária a realização de uma anamnese detalhada com investigação voltada para os antecedentes pessoais e familiares do paciente, a história gestacional e perinatal, o início e a frequência dos espasmos, o desenvolvimento psicomotor prévio e atual, bem como o uso de medicamentos. Além disso, devem ser realizados também o exame físico e neurológico do paciente, objetivando avaliar o estado geral do portador da síndrome, os aspectos relacionados à cognição, comportamento e motricidade, como também exames laboratoriais, testes genéticos e exames complementares, especialmente o eletroencefalograma (ECG), haja vista que a hipsarritmia é uma característica obrigatória da SW (Araujo *et al.*, 2023).

O tratamento é baseado principalmente na utilização de anticonvulsivantes com o intuito de reduzir os espasmos infantis, assim como as atividades fisioterapêuticas voltadas para melhora do tônus muscular, do equilíbrio da cabeça e do tronco e do desenvolvimento neuropsicomotor, com o objetivo de tratar ou reduzir as sequelas oriundas da síndrome e evitar o surgimento de outras (Trento, 2019).

Desse modo, após a compreensão da complexidade da Síndrome de West e das repercussões na vida do indivíduo e da família, torna-se ainda mais evidente a importância da atuação multidisciplinar no cuidado, ressaltando especialmente a imprescindibilidade da enfermagem, a qual Wanda Horta definiu como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de recuperar, manter e promover sua saúde e de torná-lo independente desta assistência através da educação (Horta, 1979).

Enquanto ciência, a Enfermagem apresenta a necessidade de um sustentáculo teórico e científico e uma aplicação sistemática, na qual revela-se a importância do conhecimento referente à Sistematização da Assistência de Enfermagem, em especial ao paciente pediátrico portador de Síndrome de West, haja vista às dificuldades enfrentadas pelo indivíduo e pela família. Dessa forma, justifica-se a relevância do presente relato, o qual objetiva desenvolver um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem à paciente pediátrica portadora de Síndrome de West,

haja vista às dificuldades enfrentadas pelo indivíduo e pela família. Dessa forma, justifica-se a relevância do presente relato, o qual objetiva desenvolver um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem à paciente pediátrica portadora de Síndrome de West à luz da Teoria de Wanda Horta e contribuir para a construção da literatura científica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, cujo objetivo é descrever uma experiência vivida na assistência à paciente pediátrica portadora de Síndrome de West à luz da Teoria de Wanda Horta, de forma a contribuir com a construção de conhecimento na área da Enfermagem, por meio da elaboração de um arcabouço teórico-prático.

O estudo foi realizado em um hospital pediátrico de referência, localizado no Piauí, no período de outubro de 2024, durante o cumprimento da disciplina “Estágio Supervisionado I: Saúde da Criança e do Adolescente” do 9º bloco de Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior, que ocorreu sob a supervisão de duas enfermeiras docentes.

A instituição hospitalar na qual se deu a realização do estudo foi fundada em 1986 e possui 86 leitos, sendo, atualmente, o único hospital no estado especializado em Pediatria, com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS). O local oferta os seguintes serviços: consultas em diversas especialidades, cirurgia pediátrica, internação em enfermaria, UTI, imunização infantil, bem como imunização de criança e adulto, com problemas especiais de saúde, através do CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais), radiologia geral e contrastada, laboratório de análise clínicas, farmácia e brinquedoteca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todo contexto socioambiental em que ocorre o cuidado de enfermagem, devendo estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas,

instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos (COFEN, 2024).

Desse modo, foi implementado o Processo de Enfermagem à luz da Teoria de Wanda Horta, com o objetivo de nortear a avaliação de enfermagem, identificar diagnósticos de enfermagem, determinar as intervenções necessárias para garantir uma assistência de qualidade à paciente pediátrica portadora da Síndrome de West.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Consiste na primeira etapa, cujo objetivo é realizar de forma sistematizada o levantamento dos dados referentes à paciente que tornem possível a identificação de seus problemas. Na Síndrome de West ressalta-se a relevância de informações relativas à história gestacional e perinatal, início dos sintomas, desenvolvimento neuropsicomotor prévio e atual e as medicações de uso contínuo (Horta, 1979; Araujo *et al.*, 2023).

No presente caso a anamnese foi realizada a partir da conversa com a mãe, uma vez que trata-se de uma paciente pediátrica. Em seguida, após o levantamento dos dados, foi realizado o exame físico céfalo-caudal da paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os dados anteriormente coletados e avaliados fornecem o aporte necessário para a realização da segunda etapa do Processo de Enfermagem à luz da Teoria de Wanda Horta: a identificação das necessidades do ser humano que necessita de atendimento e a determinação do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

No caso discutido pelo presente estudo, é possível observar uma grande quantidade de diagnósticos, uma vez que, além das demandas comuns aos pacientes pediátricos em relação à manutenção das necessidades básicas, há também um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor derivado da Síndrome de West, bem como outras necessidades associadas às patologias em tratamento.

Em seguida, estão enumerados os Diagnósticos de Enfermagem baseados na Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA);

1. Nutrição desequilibrada relacionada à cavidade oral dolorida, evidenciado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR);
2. Insônia relacionada ao desconforto evidenciada pelo humor alterado;
3. Mobilidade física prejudicada devido ao controle muscular diminuído, evidenciada pela instabilidade postural, associada à doença neuromuscular;
4. Comunicação verbal prejudicada relacionada à disfunção cognitiva;
5. Risco de aspiração associado à nutrição enteral;
6. Risco de integridade tissular prejudicada devido à mobilidade física prejudicada;
7. Integridade da membrana mucosa oral prejudicada evidenciada por dificuldade para comer e desconforto oral;
8. Comportamento desorganizado do lactente evidenciado por humor irritável;
9. Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional associado à nutrição enteral;
10. Risco de quedas na criança relacionado à mobilidade física prejudicada.

PLANO ASSISTENCIAL

Nesta etapa, Wanda Horta define a elaboração da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber, de acordo com seus diagnósticos, o qual é sistematizado, nos termos do assistir em enfermagem. Abaixo, estão relacionadas as Intervenções de Enfermagem à paciente pediátrica portadora de Síndrome de West:

Quadro 1 - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
<p>Nutrição desequilibrada relacionada à cavidade oral dolorida, evidenciado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as tendências de aumento e perda de peso; • Monitorar as gengivas quanto ao edema, aspecto esponjoso, retração gengival e sangramento; • Monitorar a ingestão calórica e nutricional. Oferecer alimentos líquidos e nutritivos, conforme apropriado.
<p>Insônia relacionada ao desconforto evidenciado pelo humor alterado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência; • Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto; • Iniciar/implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque afetivo; • monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente.
<p>Mobilidade física prejudicada devido ao controle muscular diminuído, evidenciada pela instabilidade postural, associada à doença neuromuscular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução do programa de exercícios; • Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado; • Iniciar medidas de controle da dor antes do início do exercício/atividade.
<p>Comunicação verbal prejudicada relacionada à disfunção cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo do paciente; • Oferecer atividades adequadas para estimular o desenvolvimento cognitivo.
<p>Risco de aspiração associado à nutrição enteral e à pneumonia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica antes de alimentar a paciente; • Elevar a cabeceira da cama de 30 a 45° durante a alimentação; • Verificar resíduos gástricos a cada 4 a 6 horas nas primeiras 24 horas.
<p>Risco de integridade tissular prejudicada devido à mobilidade física prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar diariamente a pele do paciente com risco de degradação; • Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas; • Utilizar dispositivos para alívio da pressão, conforme apropriado.
<p>Integridade da membrana mucosa oral prejudicada evidenciada por dificuldade para comer e desconforto oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a mucosa oral regularmente; • Hidratar lábios e mucosa oral, quando necessário; • Aplicar anestésicos tópicos, pastas de proteção oral e analgésicos sistêmicos ou tópicos, conforme prescrição médica.
<p>Comportamento desorganizado do lactente evidenciado por humor irritável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Segurar ao colo e confortar a criança; • Proporcionar momentos de pausa no quarto, conforme apropriado; • Manter atitudes firmes e calmas.
<p>Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional associado à nutrição enteral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar quanto a presença de ruídos intestinais a cada 4 a 8 horas; • Monitorar eliminações intestinais.

Risco de quedas na criança relacionado à mobilidade física prejudicada.

- Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuem para quedas e a forma de reduzir esses riscos;
- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou maca durante a transferência do paciente;
- Manter as grades laterais do berço elevadas.

Fonte: NANDA, 2021; NIC, 2010.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados são decorrentes da implementação do plano assistencial individualizado para cada paciente. A assistência focada no atendimento das necessidades básicas e específicas de cada ser humano objetiva o retorno do equilíbrio do indivíduo.

Os resultados são baseados nos Diagnósticos de Enfermagem e nas Prescrições de Enfermagem. A seguir serão apresentados os Resultados Esperados com base na implementação das Prescrições de Enfermagem, de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Bulechek; Butcher; Dochterman, 2016):

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem e Resultados Esperados.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados
Nutrição desequilibrada relacionada à cavidade oral dolorida, evidenciado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR)	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da nutrição de (02) para (04) em 24 horas.
Insônia relacionada ao desconforto evidenciada pelo humor alterado	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora do padrão e da qualidade do sono de (02) para (04) em 24 horas.
Mobilidade física prejudicada devido ao controle muscular diminuído, evidenciada pela instabilidade postural, associada à doença neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora no desempenho no posicionamento do corpo de (01) para (02).
Comunicação verbal prejudicada relacionada à disfunção cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora no uso da linguagem verbal de (01) para (03); • Melhora no reconhecimento de mensagens recebidas de (01) para (03).
Risco de aspiração associado à nutrição enteral e à pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> • Evita fatores de risco de (02) para (04) em até 24 horas.
Risco de integridade tissular prejudicada devido à mobilidade física prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a hidratação da pele em (04); • Aumentar a integridade tecidual de (03) para (04).
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada evidenciada por dificuldade para comer e desconforto oral	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a lesão na mucosa oral de (02) para (04).

Comportamento desorganizado do lactente evidenciado por humor irritável	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora nos padrões de sono-vigília no lactente de (02) para (04) em até 24 horas; • Melhora nas ações seguras com o lactente de (03) para (04) em até 24 horas.
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional associado à nutrição enteral	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar quanto a presença de ruídos intestinais a cada 4 a 8 horas; • Monitorar eliminações intestinais.
Risco de quedas na criança relacionado à mobilidade física prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente de cuidado à saúde seguro de (2) para (4) em até 24 horas; • Melhora no comportamento de prevenção de quedas de (2) para (4) em até 24 horas.

Fonte: NANDA, 2021; NOC, 2016.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Wanda Horta, ao descrever a evolução de enfermagem enquanto relato diário das mudanças que ocorrem com o ser humano durante a assistência de enfermagem, fornece o aporte principal para a Avaliação de Enfermagem, cujo principal objetivo é avaliar as respostas do indivíduo às ações de enfermagem implementadas. Desse modo, a avaliação de enfermagem é realizada diariamente para que sejam identificadas as necessidades individuais de cada paciente, bem como o prosseguimento da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, torna-se evidente após a construção deste estudo, a obtenção de novas habilidades e experiências, bem como a construção de uma base sólida de conhecimento através da correlação entre a Teoria das Necessidade Humanas Básicas de Wanda Horta e a aplicação do Processo de Enfermagem na assistência à paciente pediátrica portadora da Síndrome de West. Por fim, revela-se a importância da aplicação das teorias de enfermagem no processo de cuidado humanizado e individualizado e na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Artur Henrique Sampaio Lima et al. Síndrome de west em neonatos: avaliação neurológica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 9, p. 846-858, 2023.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** 2024.

JOHNSON, M; MOORHEAD, S; MAAS, ML; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC** .5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

MORANDI, I.K.; SILVEIRA, D.P. 15º Congresso de iniciação científica da Unimep. **Síndrome de West.** São Paulo. 2007.

PIGNATARI, Vinicius Thomaz et al. Bases fisiopatológicas da Síndrome de West: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, p. e8613445608-e8613445608, 2024.

SILVA, Jordana Ferreira et al. Síndrome de West: uma abordagem diagnóstica, evolução clínica e revisão. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 21567-21575, 2023.

TRENTO, Sabrina da Silva Machado. Síndrome de West: um estudo bibliográfico. **REVISTA CIENTÍFICA INTELLETO**, v. 4, n. ESPECIAL, 2019.

CAPÍTULO 06

PROCESSO DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA: XERODERMA PIGMENTOSO

Brena Letícia Da Silva Bacelar

Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí.

Mykaelle Soares Lima

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

Roberta Fortes Santiago

Docente, Universidade Estadual do Piauí.

RESUMO

Objetivo: objetivo deste estudo foi definido como a implementação do Processo de Enfermagem (PE) ao paciente pediátrico com xeroderma pigmentoso, à luz da teoria de Wanda Horta.

Metodologia: O presente estudo, se trata de relato de experiência de caráter descritivo com uma abordagem exploratória, realizado em um hospital pediátrico do Nordeste.

Resultados e discussões: A SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é uma ferramenta importante utilizada pelos enfermeiros para oferecer ao paciente uma assistência holística, segura e sistematizada. Assim, foi implementado o processo de enfermagem para identificar problemas e intervir. **Considerações finais:** Ressalta-se a importância do enfermeiro na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a experiência dos acadêmicos ao implementar o Processo de Enfermagem (PE).

INTRODUÇÃO

Xeroderma pigmentoso (XP) é uma doença genética autossômica recessiva, caracterizada por um defeito congênito na capacidade de reparar danos no DNA causados pela exposição aos raios ultravioleta. Descrita pela primeira vez por Kaposi em 1870, a doença se manifesta na infância e progride com o desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas, que geralmente levam à morte precoce na vida adulta (Pradaa, *et al*, 2022; Oliveira *et al*, 2024).

Foram identificados oito genes e suas respectivas proteínas (XPA, XPB, XPC, XPD, XPE, XPF, XPG e XPV), envolvidos no mecanismo de reparo por excisão de nucleotídeos, essenciais para o controle da XP. Dependendo das mutações específicas, a doença pode ser dividida em oito genótipos, com sete grupos de complementação (XP-A, XP-B, XP-C, XP-D, XP-E, XP-F, XP-G) e uma variante conhecida como XP-V (WU *et al*, 2024).

O XP possui várias manifestações, entre as alterações oculares associadas ao xeroderma pigmentoso, a fotofobia geralmente se manifesta antes das lesões cutâneas, sendo frequentemente seguida por catarata bilateral e um maior risco de tumores oculares, tanto benignos quanto malignos. Em termos de alterações neurológicas, destacam-se o retardo mental, a síndrome piramidal e a neuropatia periférica. Quando a doença é acompanhada por sintomas neurológicos, hipogonadismo e atraso no desenvolvimento físico e estrutural, caracteriza-se a Síndrome de De Sanctis Cacchione (Oliveira *et al*, 2024).

O diagnóstico de xeroderma pigmentoso geralmente ocorre entre 1 e 2 anos de idade, embora a gravidade e a precocidade dos sinais e sintomas variem conforme o gene afetado. Os subtipos A, C, D e G estão associados a formas mais graves da doença. Não há diferença na incidência entre os sexos. O diagnóstico é predominantemente clínico, porém exames laboratoriais especializados podem confirmar a condição, inclusive antes do nascimento, por meio da amniocentese (Oliveira *et al*, 2024).

Por ser uma doença hereditária, não se espera uma cura definitiva para o xeroderma pigmentoso. O tratamento baseia-se em dois princípios fundamentais: proteção rigorosa contra a radia-

-ção ultravioleta (UV) e manejo sintomático das complicações. O prognóstico dos pacientes depende de fatores como: a rapidez do diagnóstico definitivo para iniciar a proteção contra a luz solar; a eficácia da proteção total contra a radiação UV; a detecção e tratamento precoce de cânceres de pele após a exposição solar; o controle dos sintomas neurológicos; e a adequação do tratamento para prevenir a progressão da doença (Moriwaki *et al*, 2017).

Desse modo, destaca a importância da assistência prestada pelo enfermeiro, com base na teoria das necessidades humanas básicas aplicada ao processo de enfermagem, o que motivou a realização deste relato de experiência, visando contribuir para a oferta de um cuidado qualificado e seguro. Assim, o objetivo deste estudo foi definido como a implementação do Processo de Enfermagem (PE) ao paciente pediátrico com xeroderma pigmentoso, à luz da teoria de Wanda Horta.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A teoria de Wanda Horta trata das Necessidades Humanas Básicas, que são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, decorrentes de desequilíbrios nos processos homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Quando o equilíbrio dinâmico está presente, essas necessidades permanecem latentes, mas se manifestam com maior ou menor intensidade conforme o grau de desequilíbrio. Essas necessidades representam condições ou situações que o indivíduo, a família ou a comunidade enfrentam devido ao desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não (Horta, 1979).

As necessidades humanas são universais e comuns a todos os indivíduos; no entanto, a maneira como elas se manifestam e são atendidas pode variar entre as pessoas. Vários fatores influenciam essa manifestação e satisfação, incluindo individualidade, idade, sexo, cultura, nível de escolaridade, condições socioeconômicas, o ciclo saúde-doença e o ambiente físico. Essas necessidades estão profundamente interconectadas, formando um todo integrado. É essencial adotar uma visão holística do ser humano, que deve ser compreendido como um todo indivisível, e não apenas como soma

de suas partes (Horta, 1979).

Segundo Wanda Horta, o processo de enfermagem é um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa proporcionar assistência ao ser humano. Ele se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas etapas. As seis fases principais desse processo são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. Desse modo, o enfermeiro tem o papel essencial em manter o equilíbrio das necessidades humanas (Horta, 1979).

METODOLOGIA

O presente estudo, se trata de relato de experiência de caráter descritivo com uma abordagem exploratória. Com objetivo de descrever a vivência de acadêmicas sobre o PE ao paciente pediátrico com Xeroderma Pigmentoso. Como também, visa proporcionar aos profissionais de enfermagem insights e orientações sobre o processo de enfermagem aplicado a essa patologia.

Este estudo foi conduzido por acadêmicas do nono período do curso de Enfermagem, como parte da disciplina Supervisionado I - Enfermagem Pediátrica e Neonatal Hospitalar, de uma instituição de ensino superior pública do Nordeste. A pesquisa foi realizada em um hospital público pediátrico de referência no Nordeste, fundado em 16 de março de 1986, que possui 86 leitos. A instituição oferece uma gama de serviços, desde consultas em diversas especialidades pediátricas de baixa complexidade até atendimentos de alta complexidade, incluindo unidades de terapia intensiva.

O processo de enfermagem ao paciente com xeroderma pigmentoso foi aplicada com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta. Nesse contexto, as acadêmicas ofereceram cuidados diretos, focados em abordar e equilibrar as necessidades dos pacientes pediátricos hospitalizados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Resolução N° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a aplicação do Processo de Enfermagem (PE). A SAE organiza o trabalho do profissional de Enfermagem, integrando métodos, recursos humanos e ferramentas necessárias para a execução do PE. Este, por sua vez, é um instrumento metodológico que orienta a prática assistencial e a documentação das intervenções de enfermagem.

Nesse sentido, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é uma importante ferramenta utilizada por enfermeiros para oferecer ao paciente uma assistência holística, segura e sistematizada.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, que são significativos para a enfermeira, tornando possível a identificação de seus problemas. Utiliza-se de preferência a entrevista informal, promovendo uma interação enfermeira-paciente. Outras técnicas são úteis e utilizadas durante toda a entrevista, como a observação. No exame físico emprega-se a inspeção, palpação e ausculta, sendo indispensável a apresentação pessoal, explicando-lhe o que se vai fazer e por que.

O histórico de enfermagem inclui a identificação do paciente, a descrição das queixas atuais, o histórico da doença em questão, como o início dos sintomas do xeroderma pigmentoso, sua frequência e características. Também abrange o histórico familiar, verificando se outros membros da família apresentam a doença, além de informações sobre hábitos, como exposição ao sol e uso de medicamentos. Por fim, realiza-se o exame físico de forma cefalocaudal.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

É a segunda fase do processo da enfermagem. Segundo Wanda Horta, o diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira(o), do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Segundo os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, o paciente do presente estudo de caso apresentou os seguintes diagnósticos:

1. **Integridade da pele prejudicada** relacionada a xeroderma pigmentoso evidenciado por descamação, pele ressecada, superfície cutânea rompida e pigmentação alterada.
2. **Conforto prejudicado** relacionado a controle situacional inadequado associado a sintomas da doença e regime de tratamento evidenciado por dificuldade de relaxar, estresse e choro.
3. **Dor aguda** relacionada a agente físico lesivo evidenciado por lesões cutâneas em face e boca, representando expressão facial de dor.
4. **Sobrecarga de estresse** relacionado a estressores repetidos, evidenciado por tensão, raiva e impaciência aumentada.
5. **Fadiga** relacionada a sensibilidade a luz ultravioleta evidenciada por cansaço, esforço físico aumentado e apatia.
6. **Baixa autoestima crônica** relacionada a estigmatização evidenciado pela expressa solidão e comportamento excessivamente conformados.
7. **Risco de lesão na córnea** relacionada à exposição solar por conta do xeroderma pigmentoso.
8. **Risco de infecção** relacionada a lesões cutâneas, procedimento invasivo (AVP) e doença crônica.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Uma intervenção é definida como qualquer ação ou tratamento realizado pelo enfermeiro, fundamentado em conhecimento e julgamento clínico, com o objetivo de melhorar os resultados do paciente/cliente (Bulechek, et al, 2018).

É a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido. O plano assistencial é resultante da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas e o grau de dependência (Horta, 1979). Abaixo, segue algumas intervenções de enfermagem, baseada na NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem):

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Integridade da pele prejudicada	Inspeccionar diariamente a pele de pacientes com risco de ruptura; Limpar com sabonete antibacteriano, conforme apropriado; Descrever as características da lesão, observando tamanho, localização, secreção, cor, sangramento, dor, odor e edema; Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão; Realizar cuidados com a lesão de pele, se necessário.
Conforto prejudicado	Determinar os objetivos do paciente e da família quanto ao controle do ambiente e conforto ideal; Criar um ambiente calmo e acolhedor; Proporcionar um ambiente limpo e seguro; Evitar exposição desnecessária, correntes de ar, calor extremo, ou frigem.
Dor aguda	Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes; Monitorar a dor utilizando um instrumento de classificação válido e confiável apropriado para a idade e a capacidade de comunicação; Prevenir ou controlar os efeitos colaterais da medicação; Notificar o médico se as medidas de controle de dor não obtiverem sucesso.
Sobrecarga de estresse	Identificar os métodos do paciente para lidar com o estresse; Promover técnicas efetivas para reduzir o estresse; Explicar aos pais que a regressão é normal em épocas de estresse, tais como doença ou hospitalização; Proporcionar períodos de repouso para evitar fadiga e reduzir o estresse.
Fadiga	Monitorar evidências de excesso de fadiga física e emocional; Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas de sono; Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou dor durante movimento/atividade; Proporcionar atividades calmas e que distraiam para promover relaxamento.

Baixa autoestima crônica	Auxiliar o paciente a encontrar autoaceitação; Encorajar o contato visual durante a comunicação com os outros; Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado; Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima.
Risco de lesão na córnea	Monitorar o reflexo da córnea; Monitorar sinais e sintomas de ressecamento ocular (p. ex., hiperemia, ardor, prurido, drenagem, dor em torno do olho, dificuldade para abrir os olhos ao caminhar e para movimentar as pálpebras, visão embaçada).
Risco de infecção	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção; Monitorar a vulnerabilidade da infecção; Manter a assepsia para o paciente em risco; Inspeccionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida; Ensinar ao paciente e membros da família como evitar infecções.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados são descrições dos estados, comportamentos ou percepções que o paciente deve atingir como resultado das intervenções de enfermagem, ou seja, o equilíbrio das necessidades humanas. Esses resultados são mensuráveis e servem para avaliar o progresso do paciente em resposta ao cuidado prestado (Moorhead, 2016).

Abaixo, segue os resultados esperados, conforme a NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem):

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Integridade da pele prejudicada	- Paciente terá melhora de integridade da pele de (1) gravemente comprometido para (3) moderadamente comprometido.
Conforto prejudicado	- Paciente terá melhora do conforto de (2) substancialmente comprometido para (4) levemente comprometido.
Dor aguda	- Paciente terá melhora de dor aguda de (4) frequentemente demonstrado para (2) raramente demonstrado.
Sobrecarga de estresse	- Paciente terá melhora de estresse de (2) conhecimento limitado para (4) conhecimento substancial.
Fadiga	- Paciente terá melhora de fadiga de (2) substancial para (4) levemente demonstrado.

Baixa autoestima crônica	- Paciente terá melhora de (2) raramente demonstrado para (4) frequentemente demonstrado.
Risco de lesão na córnea	- Paciente terá melhora de (1) nunca demonstrado para (4) frequentemente demonstrado.
Risco de infecção	- Paciente terá melhora de (1) nunca demonstrado para (4) frequentemente demonstrado.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

A evolução é o registro diário ou periódico das mudanças progressivas que ocorrem no paciente durante o período de assistência profissional. Em resumo, trata-se de uma avaliação global do plano de cuidados, que inclui a prescrição de enfermagem implementada. Caso seja identificado um novo problema de enfermagem, é necessário avaliar se ele está relacionado a necessidades previamente identificadas ou se representa uma nova necessidade que precisa ser diagnosticada (Horta, 1979).

O paciente do estudo de caso estava aguardando o procedimento cirúrgico para a remoção de lesões cutâneas presentes na face, o que exigia uma constante reavaliação de sua condição clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, ressalta-se a importância do enfermeiro na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com xeroderma pigmentoso, com base na teoria de enfermagem de Wanda Horta. Essa abordagem possibilita um cuidado holístico e de qualidade, atendendo às necessidades integrais do paciente. Além disso, é fundamental destacar o momento favorável para os acadêmicos implementarem o processo de enfermagem, identificando falhas e adquirindo conhecimentos.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução COFEN-358/2009**. Brasília, 2009.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORIWAKI, Shinichi, *et al.* Xeroderma pigmentosum clinical practice guidelines. **Journal of Dermatology**, v. 44, p. 1087–1096, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13885>. Acesso em: 09 set. 2024.

OLIVEIRA, Carlos, *et al.* Anestesia em Paciente com Xeroderma Pigmentoso: Relato de Caso. **Rev Bras de Anest**, v. 53, n. 1, jan.-fev. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942003000100006>. Acesso em: 09 set. 2024.

MOORHEAD, S. *et al.* **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PRADAA, Camila D. Cutaneous angiosarcoma in an adolescent girl with Xeroderma Pigmentosum: A case report. **Rev Colomb Cancerol** v. 26, n. 1, p. 111-116, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org.co>. Acesso em: 08 set. 2024.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo (org.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificações 2021-2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HORTA, Wanda A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

WU, Shu Hui, *et al.* Case report: Xeroderma pigmentosum Group A with erythropoietic protoporphyria in a young Chinese patient. **Front. Endocrinol**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1418254>. Acesso em: 08 set. 2024.

Sobre os organizadores e autores



Roberta Fortes Santiago

Professora assistente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).



Michele Cabral Lima

Enfermeira, formada pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI).



Maria Eduarda Soares Frota

Enfermeira, formada pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI).



Brenna Letícia da Silva Bacelar

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

Sobre os organizadores e autores



Domício Lima da Silveira Júnior

Graduando em Enfermagem pela
Universidade Estadual do Piauí (UESPI).



Fabiana Batista Ribeiro

Enfermeira, formada pela Universidade
Estadual do Piauí (UESPI).



Maria Victória Pereira Veloso

Graduanda em Enfermagem pela
Universidade Estadual do Piauí (UESPI).



Mykaelle Soares Lima

Professora substituta do curso de
Enfermagem da Universidade Estadual do
Piauí (UESPI). Mestre em Saúde e Comunidade
pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).



EdUESPI
2025