




RELATO DE EXPERIÊNCIA


Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de caso utilizando o Processo de Enfermagem

Systemic Lupus Erythematosus: case report using the Nursing Process
Lupus Eritematoso Sistêmico: reporte de caso utilizando el Proceso de Enfermería

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹
 <https://orcid.org/000;0-0001-5197-4671>

Lara Michelly e Silva Lemos²
 <https://orcid.org/0000-0001-9062-4287>

Lauanda Karoline Cruz Oliveira²
 <https://orcid.org/0000-0002-1772-9098>

Débora Danielle Silva Cruz²
 <https://orcid.org/0000-0002-3083-890X>

Anna Chrystina Viana da Silva²
 <https://orcid.org/0000-0002-9455-931X>

Ludmylla Lima da Conceição²
 <https://orcid.org/0000-0001-8732-4304>

¹Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Caxias, Maranhão, Brasil.

²Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UNIFACEMA). Caxias, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: aplicar o Processo de Enfermagem a uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, que desenvolveu doença renal crônica e diabetes mellitus. **Método:** trata-se de um estudo de caso desenvolvido durante as atividades práticas da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem, de um Curso de Enfermagem da cidade de Caxias, MA. Os dados foram obtidos por meio da anamnese e de exames físicos criteriosos, a partir dos quais foram elaborados os diagnósticos de enfermagem e o planejamento e realizadas as intervenções necessárias e as avaliações. **Resultados:** os resultados foram apresentados por meio do Processo de Enfermagem aplicado à paciente em questão por meio do levantamento de informações, possibilitando fazer o julgamento crítico de cada diagnóstico apresentado pela paciente, bem como estabelecer os resultados esperados, implementações e avaliação de Enfermagem de forma sistematizada e individualizada. **Conclusão:** a assistência sistematizada e individualizada permitiu uma melhor organização do trabalho e dos Cuidados de Enfermagem, além de possibilitar o maior entendimento da paciente acerca da sua condição e processo de aceitação.

Descritores: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Processo de Enfermagem. Relato de Caso.

ABSTRACT

Objective: to apply the Nursing Process to a patient with Systemic Lupus Erythematosus who developed chronic kidney disease and diabetes mellitus. **Method:** this is a case study developed throughout the practical activities of the Nursing Care Systematization discipline during a Nursing Course in the city of Caxias, MA. The data was obtained through anamnesis and insigtful examination physical, from which the nursing diagnoses and planning were elaborated and the necessary interventions and evaluations were performed. **Results:** the results were presented over the Nursing Process applied to the patient in question through the collection of information, making it possible to do a critical judgment of each diagnosis presented by the patient, as well to establish the expected results, implementations and evaluation of Nursing in a systematized and individualized way. **Conclusion:** the systematic and individualized assistance allowed better organization of work and nursing care besides enable greater understanding of the patient about their condition and acceptance process.

Descriptors: Lupus Erythematosus. Systemic. Nursing Process. Case Reports.

RESUMÉN

Objetivo: aplicar el Proceso de Enfermería a un paciente con Lupus Eritematoso Sistêmico, que desarrolló enfermedad renal crónica y diabetes mellitus. **Método:** se trata de un estudio de caso desarrollado durante las actividades prácticas de la disciplina de Sistematización de la Atención de Enfermería, de un Curso de Enfermería en la ciudad de Caxias, MA. Los datos fueron obtenidos mediante anamnesis y exámenes físicos criteriosos, a partir de los cuales se elaboraron los diagnósticos de enfermería y la planificación, y se realizaron las intervenciones necesarias y las evaluaciones. **Resultados:** los resultados fueron presentados a través del Proceso de Enfermería aplicado a la paciente en cuestión mediante la recolección de información, lo que permitió realizar un juicio crítico de cada diagnóstico presentado por la paciente, así como establecer los resultados esperados, implementaciones y evaluación de Enfermería de forma sistematizada e individualizada. **Conclusión:** la atención sistematizada e individualizada permitió una mejor organización del trabajo y de la Atención en Enfermería, además de posibilitar una mayor comprensión de la paciente sobre su condición y proceso de aceptación.

Descriptores: Lupus Eritematoso Sistêmico. Proceso de Enfermería. Reporte de caso.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica multissistêmica com características autoimunes e etiologia desconhecida, tendo uma ampla variedade de manifestações clínicas, relacionada a fatores genéticos, ambientais e hormonais, afetando predominantemente as mulheres durante em idade fértil e tem maior probabilidade de desenvolver sintomas mais severos em negros e asiáticos. Trata-se de uma condição potencialmente grave, uma vasculite dos vasos médios e pequenos na qual todos os órgãos estão sujeitos a danos, incluindo aqueles cuja função é vital para a sobrevivência, como coração, pulmões, rins e sistema nervoso central, ocasionando outras doenças agudas e crônicas. No entanto, com novo arsenal terapêutico e diagnóstico precoce, as crises agudas da doença podem ser melhor controladas.⁽¹⁾

Este estudo trata do relato de caso de uma paciente diagnosticada com LES, que desenvolveu insuficiência renal crônica (IRC) e diabetes mellitus (DM). A doença renal crônica é caracterizada pela perda da função renal, sendo progressiva e irreversível, comprometendo as funções dos rins, que são responsáveis pela filtração do sangue, controle do volume de água e produção de hormônios, e ocasionando sintomas como edema nos membros inferiores, hipertensão de difícil controle e proteinúria.⁽²⁾ O diabetes mellitus (DM), por sua vez, refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.⁽³⁾

Nessas condições, cabe à equipe de enfermagem promover um cuidado efetivo e integral, com vistas a melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos por tais condições. Desta maneira, o Processo de Enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada com a finalidade de tornar a assistência de enfermagem sistematizada, orientando o trabalho da equipe quanto à promoção da qualidade do cuidado prestado, devido ao raciocínio clínico e à tomada de decisões, formulando os diagnósticos de enfermagem e o planejamento da assistência, além de implementar as ações planejadas e avaliar todo o fazer.⁽⁴⁾

Este trabalho teve como objetivo aplicar o Processo de Enfermagem de forma humanizada, integral e individualizada a uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, que desenvolveu doença renal crônica e diabetes mellitus.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, aplicado a uma paciente acometida por Lúpus Eritematoso Sistêmico. O referido estudo foi realizado entre 11 e 22 de abril de 2018, em um hospital público de abrangência regional, em Caxias, MA. Destaca-se que o relato de caso constou de uma atividade desenvolvida no sexto bloco do Curso de Enfermagem de um Centro Universitário, referente a uma atividade da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Este estudo foi conduzido e relatado de acordo com as diretrizes COREQ (Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa), a fim de validar o presente relatório.⁽⁵⁾

Utilizou-se o Processo de Enfermagem (PE), um instrumento que prevê o uso de um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários ao cuidado de enfermagem. Neste sentido, para a implantação do PE, é essencial a participação de enfermeiros qualificados e com conhecimento no assunto, profissionais que guiarão suas equipes no desenvolvimento das ações necessárias, além de sensibilizar a instituição de saúde à qual atuam para a importância da implementação e para os benefícios do uso.

O PE oferece um suporte teórico que orienta a investigação, o estabelecimento de Diagnósticos de Enfermagem e o Planejamento das Ações e Implementação das Intervenções de Enfermagem, o que fornece a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Assim, conforme Tannure e Gonçalves,⁽⁶⁾ o cuidado organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, às quais: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento; Implementação; e Avaliação.

Para a análise dos dados, o método adotado foi a utilização da teoria convergente assistencial, que se apresenta em quatro processos: apreensão; síntese; teorização; e transferência. Assim, na apreensão destacou-se o conjunto das informações obtidas durante todo o processo de aproximação com a paciente e sua família; na síntese, produziu-se um resumo dos problemas e das necessidades; na teorização, analisou-se a literatura sobre o tema e os dados disponíveis; e na transferência, aplicou-se os conhecimentos necessários.⁽⁷⁾

Destaca-se que, antes da submissão deste estudo de caso à publicação, o mesmo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com número de CAAE 18693219.7.0000.8007 e parecer 3.560.500. As pesquisadoras comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução do CNS 466/12⁽⁸⁾ e suas complementares, que tratam dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Quanto à participante da pesquisa, antes de iniciar o estudo de caso propriamente dito, a mesma foi orientada quanto à pesquisa e requerida a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando a sua integridade psicofísica, identidade, o direito de não participar do estudo e/ou eximir sua participação a qualquer momento.

Os riscos oriundos da pesquisa puderam estar no constrangimento da participante ao ser submetida aos questionamentos próprios da anamnese e do exame físico, por conta da manipulação corporal e uso dos instrumentais médico-hospitalares, ou ainda dos procedimentos/intervenções necessários para a melhoria da sua condição de vida e saúde. Entretanto, tais empecilhos foram contornados com o fornecimento de informações pertinentes à pesquisa e evidenciando à mesma a importância de sua participação e a confirmação da confidencialidade de sua identidade e respostas, bem como deixando claro

que a sua participação além de voluntária, não geraria nenhum conflito de interesse e nem seria emitido julgamento de valor acerca das informações fornecidas.

Em relação aos benefícios do estudo, puderam ser sentidos de maneira direta pela participante, pelos profissionais de saúde envolvidos na atenção pela Instituição e ainda pelos acadêmicos e docentes que realizaram o estudo de caso. Em relação à paciente, foi possível viabilizar uma atenção integral, individualizada e equânime, voltada para as suas necessidades e melhoria nas suas condições de saúde.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados por meio da demonstração do Processo de Enfermagem aplicado à paciente em questão. Assim, inicialmente serão expostas as informações coletadas por meio da história clínica ou anamnese e do exame físico, bem como de resultados de exames constantes no prontuário da paciente.

ETAPA 1: Histórico de Enfermagem

Trata-se da primeira etapa do Processo de Enfermagem, é obtido por meio da coleta de informações oriundas da Anamnese e do Exame Físico, bem como de dados referentes à realização de exames complementares, quando for o caso, conforme Quadro 1.

ETAPAS 2 e 3: Diagnóstico de Enfermagem e Planejamento

O Diagnóstico de Enfermagem, a segunda etapa do Processo de Enfermagem, refere-se ao julgamento acerca das informações conseguidas na fase anterior e das reações do paciente mediante o uso do julgamento crítico, além de servirem de base para a elaboração do Planejamento, que é a etapa seguinte, sendo viabilizada a partir do estabelecimento de prioridades e das intervenções necessárias. Assim, para facilitar a compreensão, dispuseram-se para cada Diagnóstico de Enfermagem,⁽⁹⁾ os Resultados esperados conforme a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC⁽¹⁰⁾ e as Intervenções de Enfermagem, dentre aquelas estabelecidas, conforme a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC⁽¹¹⁾ (Quadro 2).

Quadro 1 - Disposição do Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico). Caxias-MA, 2018.

ANAMNESE	
Identificação	M.M.F.C, feminino, 54 anos, casada, alfabetizada, 2 filhas, 3 netos, natural e procedente de Caxias, MA.
Queixa Principal	Fraqueza, cansaço, juntas inchadas, febre alta e sangramento na fístula.
História da Doença Atual - HDA	Paciente refere que há cerca de quatro anos iniciou quadro de doenças reumáticas, artralgias, dermatoses intensas e cardiopatia, além de alterações drásticas nos valores de glicemia, quando do recebimento do diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Além disso, há aproximadamente um ano foi acometida por insuficiência renal crônica e, desde então, realiza hemodiálise três vezes por semana. Atualmente, encontra-se internada por rompimento de Fístula Arteriovenosa (FAV) em membro superior esquerdo há quatro dias e pico febril, há dois.
Antecedentes Pessoais	Realizou facectomia no olho direito, laqueadura e colpoperineoplastia. Diagnosticada com diabetes mellitus.
Antecedentes Familiares	Mãe falecida por complicações do diabetes mellitus; os três irmãos com a mesma patologia. Desconhece outras doenças na família.
Hábitos Sociais e Hábitos de Vida	Trabalhou como doméstica, mas parou as atividades laborais por conta da realização da hemodiálise. Recebe auxílio-doença. Reside com o marido e um neto em casa própria, de alvenaria, com quatro cômodos, água encanada, energia elétrica, coleta e destino de lixo por conta do poder público. Afirma ser católica, não praticante, e não costuma participar de ações de lazer, pois está sempre cansada.
EXAME FÍSICO	
Ectoscopia	Paciente em EGR, consciente, orientada auto, alo e cronopsiquicamente, emotiva, chorosa, afásica, febril, hidratada, hipocorada (+2/4+), normocárdica, em hemodiálise.
Cabeça e Pescoço:	Normocefálico, couro cabeludo sem alterações, cabelos grisalhos, higienizados, hidratados e com pouca distribuição dos fios; face simétrica, olhos sem alterações, abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes; acuidade auditiva normal D e E; nariz sem alterações e sem desvio de septo; boca e língua sem alterações e dentição prejudicada; pescoço simétrico e com cicatriz de acesso venoso, traqueia na linha mediana.
Sistema Respiratório	Tórax simétrico, creptações + em AHT, sendo mais audível no ápice do pulmão direito, taquipneia, frêmito tóraco-vocal normal, tórax normoforme com expansão rápida, sem uso de musculatura acessória.
Sistema Cardiovascular	Taquicardia, RCR em dois tempos, bulhas hiperfonéticas sem sopros, normotensa, rítmico, forte, cheio e simétrico, perfusão periférica preservada em MM.
Abdômen	Plano, depressível, indolor a palpação, não apresenta visceromegalia, ausência de circulação colateral, pele normal, sem lesões, sem massa, cicatrizes cirúrgicas de cesariana, ruídos hidroaéreos presentes, som timpânico.
Sistema Digestivo	Eliminações intestinais regulares, dieta com boa aceitação em VO, realizando seis refeições/dia, dieta oral para dialítico e para diabético.
Sistema Genitourinário	Apresenta oligúria, urina com coloração fisiológica, ausência de secreção, mamas sem alterações.
Sistema Musculoesquelético	Edema de MSE (3+/4+), com curativo oclusivo local.
SSVV	PA: 130x60mmHg; P ₂ : 110bpm, FR= 24rpm e T= 38,2 °C.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Quadro 2 - Disposição dos Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem. Caxias-MA, 2018. (Continua)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Troca de gases prejudicada, relacionada ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão, evidenciada por respiração anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade).	Equilíbrio da perfusão ventilatória. 3 - 5	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar a paciente para aliviar a dispneia; • Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios; • Monitorar a condição respiratória e oxigenação; • Encorajar respiração lenta e profunda e mudança de posição.
Baixa autoestima situacional relacionada a distúrbio na imagem corporal, evidenciada por verbalizações autonegativas e relato de sentimento de inutilidade.	Verbalização de autoaceitação 2 - 5	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as declarações de autovalorização da paciente; • Reforçar os pontos positivos pessoais identificados; • Transmitir confiança na capacidade da paciente para lidar com a situação; • Recompensar ou elogiar o progresso da paciente na direção das metas; • Fazer declarações positivas sobre a paciente.
Disposição para conhecimento melhorado, evidenciado por demonstração de conhecimentos sobre o tópico.	Recursos respeitáveis de cuidados de saúde 3 - 5	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar as informações das mais simples às complexas, das conhecidas às desconhecidas ou das concretas às abstratas, conforme apropriado; • Adaptar as informações para que atendam ao estilo de vida/ rotinas da paciente; • Oferecer materiais educativos que exemplifiquem informações importantes e/ou complicações; • Oferecer tempo para que a paciente faça perguntas e discuta sobre suas preocupações; • Responder às perguntas com clareza e de maneira concisa.
Volume de líquidos excessivos relacionado a mecanismos reguladores comprometidos, evidenciado por alterações da pressão arterial pulmonar.	Equilíbrio da perfusão ventilatório 2 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar frequência, profundidade e esforço nas respirações; • Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, uso de músculos acessórios e retrações de músculos supraclaviculares e intercostais; • Palpar em busca de expansão pulmonar igual; • Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e presença de ruídos adventícios; • Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar.
Débito cardíaco diminuído relacionado à frequência cardíaca alterada, evidenciado por crepitações.	Sons respiratórios adventícios 1 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar os sons cardíacos; • Auscultar os pulmões quanto ao aparecimento de crepitações e outros ruídos adventícios; • Monitorar a função renal; • Monitorar os valores laboratoriais relativos a eletrólitos, que podem aumentar o risco de arritmias; • Obter o Raio X do tórax, se apropriado.
Dor crônica relacionada à incapacidade física crônica, evidenciada por alterações da capacidade de continuar atividades prévias e relato verbal de dor.	Descrição dos fatores causadores 2 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade; • Assegurar os cuidados precisos de analgesia; • Investigar o conhecimento da paciente e suas crenças em relação à dor; • Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor; • Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado.
Mobilidade física prejudicada relacionada à força muscular diminuída e prejuízo musculoesquelético, evidenciada por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas e grossas.	Caminhar distancias curtas 1 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar uma cama de altura baixa, conforme apropriado; • Orientar sobre disponibilidade de dispositivos auxiliares; • Orientar a paciente/cuidador sobre formas de posicionar-se durante o processo de transferência e deambulação; • Ajudar a paciente na deambulação inicial e conforme a necessidade; • Encorajar deambulação independente e dentro de limites seguros.

Quadro 2 - Disposição dos Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem. Caxias-MA, 2018. (Conclusão)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Disposição para autocontrole da saúde melhorado, evidenciada por expressão de desejo de controlar a doença (p. ex., tratamento, prevenção de sequelas).	Desempenho de comportamento de saúde bem desenvolvido 4 - 5	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar a paciente a desenvolver confiança na própria capacidade, conforme apropriado;• Explicar como as informações a auxiliarão a alcançar as metas;• Auxiliar a paciente a conscientizar-se da suscetibilidade às complicações;• Auxiliar a paciente a reconhecer a capacidade de controlar a progressão da doença;• Ajudar a paciente a perceber que a situação atual é diferente de alguma situação anterior estressante.
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, contenção) e imobilização física, evidenciada pelo rompimento da superfície da pele.	Integridade da pele. 3 - 5	<ul style="list-style-type: none">• Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera;• Massagear ao redor da área afetada;• Evitar providenciar aplicações de calor local;• Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama;• Documentar o grau de degradação da pele/tecidos.
Risco de desequilíbrio eletrolítico, relacionado ao volume de líquido deficiente, disfunção renal.	Equilíbrio entre ingestão e eliminação em 24 horas 2 - 4	<ul style="list-style-type: none">• Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico;• Manter registro preciso de ingestão e eliminação;• Ensinar paciente e família a respeito do tipo, causa e tratamentos para desequilíbrio eletrolítico;• Monitorar a resposta da paciente à terapia eletrolítica;• Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.
Risco de infecção relacionado a imunossupressores, diabetes e procedimentos invasivos	Identificação de risco de infecção em situações cotidianas 3 - 5	<ul style="list-style-type: none">• Monitorar a vulnerabilidade à infecção;• Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem;• Orientar paciente e família sobre as formas de se evitar infecções;• Ensinar paciente e família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de informá-los aos profissionais;• Examinar as condições da incisão.

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

ETAPA 4: Implementação

Em relação à quarta etapa do Processo de Enfermagem, foram implementadas todas as intervenções supracitadas e outras que não puderam ser demonstradas neste artigo por questões de normatização de espaço em termos de laudas.

ETAPA 5: Avaliação ou Evolução de Enfermagem

Na última etapa do Processo de Enfermagem, realizou-se a avaliação das condições de saúde da paciente, observando que a mesma obteve uma melhora considerável em suas condições gerais, socioemocionais e de autoconfiança. Seguramente, a paciente passou a compreender melhor o seu agravo, condições adjacentes e as terapêuticas necessárias, o que gerou os Diagnósticos de Enfermagem de Promoção da Saúde. Destaca-se que foi disponibilizada a evolução do segundo dia de internação, para conhecimento:

Paciente no 2° Dia de Internação Hospitalar (DIH) por rompimento de Fistula Arteriovenosa (FAV) com Estado Geral Regular (EGR) apresenta-se consciente, orientada, tranquila, comunicativa, cooperativa, hidratada, hipocorada (2+/4+), acianótica, anictérica, febril, deambulando com auxílio. Couro cabeludo: cabelos hidratados, higienizados e mal distribuídos. Face: simétricas e sem presença de acne. Olhos: pupilas isocóricas

e fotorreagentes, acuidade visual preservada. Nariz: sem alterações e higienizados. Boca: lábios sem alterações, língua higienizada, dentição prejudicada. Ouvidos: simétricos, sem alterações e acuidade auditiva preservadas. Pescoço: simétrico, com presença de cicatriz de cateter venoso. SR: tórax normoforme, com expansão torácica diminuída, taquipneica, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido, presença de crepitações no ápice direito. SC: normoesfigmo, RRZT ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas sem sopro. SD: abdômen plano, depressível, indolor a palpação, sem massa, ruídos hidroaéreos presentes, eliminações intestinais regulares. Extremidades: edema de membro superior esquerdo (3+/4+), com curativo oclusivo locale perfusão periférica preservada. Apresenta lesão na região lombossacral. Sistema Geniturinário: diurese de coloração escura, ausência de secreção, oligúria. SSVV: T: 36,5°C; PA: 110x60mmHg; P: 81bpm; FR: 28rpm.

DISCUSSÃO

O LES é uma doença potencialmente grave, que pode acarretar sérios danos aos órgãos acometidos, podendo levar ao surgimento de outras doenças agudas e crônicas, como ocorreu com a paciente em questão, que adquiriu Insuficiência Renal Crônica,

culminando na necessidade de hemodiálise. O tratamento visa o controle da doença, objetivando a prevenção de surtos agudos de vasculite, evitando a progressão de danos aos órgãos afetados e mantendo a doença em remissão, diminuindo os impactos na qualidade de vida.^(1,12)

A Enfermagem apresenta-se como uma área profissional capaz de oferecer possibilidades que oportunizam ao paciente que apresenta LES uma vida independente e autônoma a partir da identificação de fatores de risco, bem como promovendo ações para minimizar os problemas advindos deste agravo e suas complicações e contribuindo na manutenção da qualidade de vida.

Dentre os Diagnósticos de Enfermagem (DE) formulados durante a assistência à paciente, os mais importantes foram apresentados neste manuscrito (Quadro 2) e, para fins didáticos, os mesmos serão subdivididos em quatro grupos, conforme as principais áreas afetadas em uma pessoa com LES, a saber: I) Mecanismos circulatórios, respiratórios e reguladores; II) Mecanismos Imunológicos; III) Mecanismos de controle emocional e da aprendizagem; IV) Mecanismos da motilidade. Assim, referentes ao primeiro grupo, constataram-se os DE: Troca de gases prejudicada; Volume de líquidos excessivos; Débito cardíaco diminuído; Dor crônica; e Risco de desequilíbrio eletrolítico. No segundo grupo, enquadram-se Integridade da pele prejudicada e Risco de Infecção. No terceiro, ficam Baixa autoestima situacional, Disposição para conhecimento melhorado e Disposição para autocontrole da saúde. No último grupo, Mobilidade Física prejudicada.

Portanto, pode-se observar que estes DE estão relacionados aos principais problemas apresentados por uma pessoa com LES, como questões imunológicas, dermatológicas, cardiovasculares, respiratórias, reumáticos, emocionais etc.; devendo servir de embasamento para uma assistência de enfermagem coerente e acertada. Pesquisa semelhante realizada em Fortaleza, CE,⁽¹⁷⁾ detectou prioridade em outros diagnósticos de enfermagem, tais como: Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais, Fadiga e Ansiedade. Isto pode estar atrelado às múltiplas facetas e formas de desenvolvimento e apresentação do LES entre os pacientes, bem como às distintas fases de desenvolvimento de seus sintomas e complicações, exigindo dos profissionais de enfermagem um olhar individualizado e integral em relação à pessoa assistida.

De igual modo, os Resultados de Enfermagem⁽¹⁰⁾ fixados para esta paciente, tais como equilíbrio da perfusão ventilatória, verbalização de autoconceituação, integridade da pele e outros, inclusive determinando os escores atuais e aqueles desejados em termos numéricos, foram fundamentais para se estabelecerem as Intervenções de Enfermagem mais cabíveis. Sobre o assunto, os escores estabelecidos foram fundamentais para o acompanhamento cotidiano da paciente e verificação do alcance das metas para avaliação e decisão quanto à conservação ou modificação dos cuidados prestados. Assim, os maiores déficits observados foram relativos à verbalização de autoconceituação

(2 para 5), equilíbrio da perfusão ventilatória (2 para 4), sons respiratórios adventícios (1 para 4), descrição dos fatores causadores da dor (2 para 4), caminhar distâncias curtas (1 para 4) e ainda, equilíbrio entre ingestão e eliminação (2 para 4).

É fundamental o paciente com lúpus compreender que as terapias podem oportunizar boa expectativa de vida, sendo que a adesão ao tratamento é essencial. Por este motivo, o cuidado constante aliado às avaliações periódicas fazem toda a diferença.⁽¹⁸⁾ Portanto, a prescrição de resultados plausíveis e alcançáveis, consoante às condições do paciente e mediante o seu envolvimento e participação é muito importante para a continuidade dos cuidados e ampliação das oportunidades assistenciais.

Referente às Intervenções de Enfermagem,⁽¹¹⁾ dentre aquelas estabelecidas durante a assistência ofertada, foram selecionadas cinco mais importantes para cada DE, visando a consecução das metas estipuladas. Tais ações concentraram-se desde o simples posicionamento para aliviar sintomas respiratórios, transmitir confiança, oferecer materiais educativos, investigar fatores de alívio da dor, até monitoração da função renal ou ainda documentar o grau de degradação da pele.

A Enfermagem pode promover intervenções preciosas para a melhoria das condições de vida e saúde do(a) paciente, tais como promover ambiente calmo para sono e repouso, controlar rigorosamente o balanço hídrico, verificar peso diariamente em jejum, avaliar estado geral e nutricional, manter níveis pressóricos adequados, avaliar acessos venosos e outros dispositivos invasivos quanto a sinais flogísticos, avaliar dor, promover ambiente tranquilo e administrar analgésico, evitar leitos com incidência direta de luz solar, avaliar resultados de exames laboratoriais, oferecer cremes à base de ureia para hidratação da pele, incentivar e orientar sobre o autocuidado, fornecer informações sobre a doença e o tratamento, além de apoio emocional.⁽¹⁹⁾

No LES, drogas como anti-inflamatórios, corticoides, antibióticos, analgésicos, anti-seroso, antieméticos e imunossuppressores foram os grupos de fármacos utilizados no tratamento da paciente, buscando a diminuição dos sintomas, controle da dor, prevenção de artrite e manifestações cutâneas, com vistas a impedir a progressão da doença para outros órgãos, prevenção de úlceras gástricas, náuseas e vômitos.⁽¹³⁾

A evolução dos pacientes com LES é variável e exige uma Assistência de Enfermagem individualizada e vigilância cuidadosa por parte dos profissionais, por isso, os diagnósticos levantados sobre a paciente basearam-se tanto nos problemas reais, quanto nos potenciais e ainda relativos à melhoria do estado de saúde. A aplicação do PE permitiu constatar que a paciente evoluiu com melhora significativa do quadro clínico, sendo que, dentre as melhoras, citam-se: ampliação do conhecimento acerca da doença; suporte emocional; controle da dor e dos sintomas; monitoramento de órgãos como coração, pulmão, rins e etc., que são essenciais para a melhoria da qualidade de vida da paciente e para a prevenção/contenção de complicações.

Para Garcia e Nóbrega,⁽¹⁴⁾ a resolução e prevenção dos problemas identificados e diagnósticos formulados são realizados através das Intervenções de Enfermagem, que são métodos/meios utilizados pelos profissionais para serem seguidos por um determinado período de tempo com o objetivo de melhorias e diminuição de riscos na qualidade de vida do paciente.

Nas Intervenções de Enfermagem, determinaram o tempo, horário e intervalos para os cuidados serem cumpridos com o intuito de desenvolver uma assistência de forma organizada, integral e segura; tanto no período de internação quanto no planejamento da alta, através das instruções fornecidas. Outrossim, após a implementação, ocorreu o processo de avaliação, no qual analisaram-se os benefícios das condutas, buscando resultados que favoreceriam a melhoria na saúde.^(15,16)

O fato é que o PE pode e deve ser aplicado em todos os setores e serviços de saúde nos quais exista a atenção de enfermagem, bem como a todas as pessoas independentemente da faixa etária e condição de saúde. Neste sentido, uma pesquisa devolvida no Maranhão⁽²⁰⁾ trata de uma proposta de intervenção a pais/cuidadores de pessoas com Transtorno do Espectro Autista, tomando por base a Teoria da Adaptação de Callista Roy. Assim, foram verificados problemas adaptativos no Modo Fisiológico, como indigestão/desconforto abdominal, alteração no sono, agitação, falta de energia, incapacidade de relaxar, choro, dificuldade de concentração, medo que o pior aconteça, medo de morrer; atordoamento e nervosismo; bem como no Modo Autoconceito, referindo-se a questões como perda de prazer, irritabilidade, cansaço ou fadiga e autocrítica; e ainda, Modo Função na vida real, ao detectarem desvalorização, medo de perder o controle e indecisão; e por fim, no Modo Interdependência, a partir da perda de interesse por sexo e perda de interesse.

O presente trabalho possibilitou a paciente melhorar o conhecimento acerca de sua condição, bem como saber como proceder para melhorar suas condições de saúde através do fornecimento de informações e do seu plano de assistência, o mesmo possibilitou também o sentimento de acolhimento e atenção individualizada proporcionando bem estar e segurança. O estudo permitiu também aprofundar os conhecimentos acerca das condições apresentadas pela cliente, possibilitando aliar teoria a prática, a partir de um contato mais próximo e individualizado com a mesma, bem como possibilitou compreender como agir em casos semelhantes, com vistas a prevenir intercorrências e melhorar sua qualidade de vida.

As limitações do estudo assentaram-se sobre o fato de tratar-se de uma condição crônica e sistêmica e que traz consigo uma série de alterações, além de apresentar complicações importantes que exigem da Enfermagem demandas que nem sempre puderam ser atendidas. Outrossim, no hospital em questão a Sistematização da Assistência de Enfermagem não está plenamente implantada e o processo de enfermagem não é uma realidade.

CONCLUSÃO

O relato de caso abordou uma paciente com quadro clínico de Lúpus Eritematoso Sistêmico e insuficiência renal crônica em hemodiálise e diabetes mellitus decorrentes da doença. O trabalho foi importante, pois permitiu aprofundar os conhecimentos acerca das condições relatadas, que possibilitaram aliar teoria a prática, a partir de um contato mais próximo e individualizado com a mesma, bem como compreender como agir em casos semelhantes, com vistas a prevenir intercorrências e melhorar a qualidade de vida do paciente com LES.

O presente trabalho possibilitou à paciente mais conhecimento acerca de sua condição, bem como saber como proceder para melhorar sua saúde através do fornecimento de informações e do seu plano de assistência, que possibilitou também o sentimento de acolhimento e atenção individualizada, proporcionando bem-estar e segurança.

Outrossim, o uso do Processo de Enfermagem neste estudo assegurou o desenvolvimento de uma atenção organizada e sistematizada, promovendo uma prática eficiente e uma assistência de Enfermagem coerente, direcionando o julgamento crítico e a tomada de decisões, proporcionando interação entre profissionais, estudantes e paciente, buscando melhorar sua autoestima e seu entendimento acerca da doença e processo de aceitação.

REFERÊNCIAS

1. Maidhof W, Hilas O. Lupus: an overview of the disease and management options. P T. 2012 Apr;37(4):240-9. PMID: 22593636; PMCID: PMC3351863. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22593636/>
2. Ribeiro WA, Evangelista DS, Júnior JCF, De Sousa JGM. Encadeamentos da Doença Renal Crônica e o impacto na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Revista Pró-UniverSUS. [Internet]. 2020; 11(2): 111-120. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2306>
3. Sapra A, Bhandari P. Diabetes Mellitus. 2021 Feb 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/#!po=92.7419>
4. Melo EBD, Primo CC, Romero WG, Sant'anna HC, Sequeira CAC, Lima EFA et al. Construction and validation of a mobile application for development of nursing history and diagnosis. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2020; 73(6): 1984-0446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0674>
5. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enfermagem. [Internet]. 2021; 34: 1982-0194. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

6. Tannure, MC, Gonçalves, AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

7. Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2012; 65(6): 1019-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. [s.n.: s.l.] [Acesso em: 15 jan. 2019]; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466>.

9. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e as declassificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.

10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Garcez RM [Trad.]. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Oliveira, S. I. [Trad.]. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Portaria SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, retificada em 22 de março de 2013. Brasília: Ministério da Saúde 2013b.

13. Galindo CVF, Veiga RKA. Características clínicas e diagnósticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma Revisão. Revista Eletrônica de Farmácia. [Internet]. 2010; 7(4): 46-58. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ref.v7i4.13231>

14. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria a prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery Rev de Enfermagem. [Internet]. 2009; 13(1): 188-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>

15. Burton CR, Fisher A, Green TL. The organizational context of nursing care in stroke units: case study approach. Revista Internacional de Estudos em Enfermagem. [Internet]. 2009; 46(1): 86-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.001>

16. Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA et al. American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. Stroke. [Internet]. 2009 Aug;40(8):2911-44. Disponível em: DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.192362

17. Jansen RC, Silva AS, Ca DCB, de Sousa JCG, Oliveira MJDS, Cavalcante TF, Veras VS et al. Assistência de Enfermagem ao paciente com complicações decorrentes do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Braz J. Hea. Ver. [Internet]. 2020 Mai-Jun; 3 (6098-6112). Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-166>

18. Reis TS. A enfermagem no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico: a modernização da terapia. Braz. J. of Develop., Curitiba, 6(6):6710-26, jun, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-213>

19. dos Santos SCD, Thiengo PCS, Gallasch CH, Pires AS, Gomes HF, Pérez Júnior EF. Principais cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de experiência. Revista Pró-UniversUS. [Internet]. 2019 Jul/dez;10(2):39-47. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1949>

20. Carvalho Filha FSS, de Castro RP, Vilanova JM, da Silva MVRS, Moraes Filho IM, de Sousa TVS. Aplicação da teoria de Callista Roy a pais/cuidadores de crianças autistas: uma proposta intervencionista. Revista Enfermagem Atual In Derme. [Internet]. 2020; 94(32):e-020081. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.728>

Fontes de financiamento: Não

Conflitos de interesse: Não

Data da submissão: 2021/05/10

Aceite: 2021/10/19

Publicação: 2021/12/09

Autor correspondente:

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

E-mail: francidalmafilha@gmail.com

Como citar este artigo - Vancouver:

Carvalho Filha FSS, Lemos LMS, Oliveira LKC, Silva Cruz DDS, Silva ACV, Conceição LL. Lúpus Eritematoso Sistêmico: relato de caso utilizando o Processo de Enfermagem. Rev Enferm UFPI [internet]. 2021 [acesso em: dia mês abreviado ano]; 10:e11550. DOI: 10.26694/reufpi.v10.i1.835