SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

Camilla Cerqueira Santana[1]
Lidiane Vitória Souza[2]
Luana Rocha Leal[3]
Marcia Gomes Silva[4]
Sara Carvalho de Almeida Pereira[5]

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa do tipo estudo de caso, cujo objetivo é a compreensão da aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente com Abdome Agudo Obstrutivo (AAO), à luz da teoria de Callista Roy. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital geral de alta complexidade, na cidade de Feira de Santana (BA), entre 12 de fevereiro e 23 de março de 2020, a partir de vivências de acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no componente curricular obrigatório Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II, durante a prática hospitalar no campo da Sala Amarela Cirúrgica (SAC). O trabalho, abordou a fisiopatologia, manifestações clínicas, uso de medicações, sinais vitais e exame físico. A partir deste, foi possível realizar um plano de cuidado focado na recuperação do paciente, almejando que o profissional de enfermagem atue com um olhar holístico, e preste uma assistência especializada, segura e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Abdome Agudo Obstrutivo, Estudo de Caso, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

It´s about a descriptive and qualitative research of the case study type, whose objective is the understanding of the applicability of the Systematization of Nursing Assistance (SAE) to the patient with Acute Obstructive Abdomen (OAA), in the light of Callista Roy's theory. The research was developed in a general hospital of high complexity, in the city of Feira de Santana, between February 12 and March 23, 2020, from the experiences of academics of the course of Bachelor of Nursing of the State University of Feira de Santana (UEFS), in the obligatory curricular component Nursing in Adult and Elderly Health II, during the hospital practice in the field of Yellow Surgical Room (SAC). The work, approached the physiopathology, clinical manifestations, use of medication, vital signs and physical examination. From this, it was possible to carry out a care plan focused on patient's recovery, aiming that the nursing professional acts with a holistic look, and provide specialized assistance, safe and quality.

KEY-WORDS: Acute Obstructive Abdomen, Case Study, Nursing Care Systematization.

[1] Camilla Cerqueira Santana. Discente do VI semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana/Ba. Componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II.

[2] Lidiane Vitória Souza. Discente do VI semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana/Ba. Componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II.

[3] Luana Rocha Leal. Discente do VI semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana/Ba. Componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II.

[4] Marcia Gomes. Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela UFRB-. Docente do Curso de Enfermagem da UEFS/BA

[5] Sara Carvalho de Almeida Pereira. Discente do VI semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana/Ba. Componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser compreendida como um instrumento para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de definir atribuições aos membros da equipe de enfermagem. Portanto, a SAE é uma ferramenta que fornece subsídios para a organização da assistência e a gerência do cuidado (OLIVEIRA, et al.,2012, p.259). O processo de cuidar cuidado em Enfermagem visa orientar o profissional para atender o paciente e o familiar promovendo conforto e segurança no momento da realização de qualquer procedimento onde os mesmos se encontram fortemente abalados e com dúvidas. Juntamente com a equipe multidisciplinar, o enfermeiro deve contribuir de forma singular no processo de reabilitação da pessoa. Além da necessidade do saber técnico, como por exemplo conhecer o fármaco que o paciente fará uso, aferir sinais vitais, realizar curativo, é essencial que o enfermeiro saiba reconhecer as necessidades do paciente, identificar situações para atuação da equipe, direcionar a assistência de forma humanizada e aplicar o cuidado holístico ao paciente (GARCIA T.R; NOBREGA M.M. L, 2009).

O instrumento mais utilizado para a construção da SAE é o compilado de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, e que segundo Herdmann e Kamitsuru (2018) entende-se a taxonomia como:

> um conjunto de conhecimentos intacto em todos os idiomas, de modo a permitir que enfermeiros no mundo todo vejam, discutam e levem em conta conceitos diagnósticos em uso por profissionais em seu país e fora dele, e que se envolvam em debates, pesquisas e discussões sobre a adequação de todos os diagnósticos.

O abdome agudo se configura como um quadro de dor abdominal intensa, de instalação aguda, isto é, menos de 48 horas, e pode ser desencadeada por diversos processos intra-abdominais ou extra-abdominais (OLIVEIRA, 2017). Em geral, a dor abdominal tem início súbito e pode estar associada ou não a outros sintomas. Vale salientar que sua origem é não traumática. Pode ter duração de horas até quatro dias, necessitando de intervenção imediata, cirúrgica ou não (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

No setor de emergência, aproximadamente, 5% a 10% dos atendimentos são por abdome agudo, que exige um rápido diagnóstico e tratamento, para evitar possíveis complicações. A anamnese e o exame físico são ferramentas de extrema importância para a elaboração das hipóteses diagnósticas iniciais, atentando sempre para os sinais e sintomas que possibilitam a diferenciação entre as origens do abdome agudo: obstrutiva, inflamatória, isquêmica, perfurativa, traumática e hemorrágica (OLIVEIRA, 2017).

A origem obstrutiva ocorre quando existe um bloqueio no trânsito intestinal e acomete o intestino delgado ou o intestino grosso. Neste caso, os sintomas clássicos são dor abdominal tipo cólica, parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal, náuseas e vômitos (OLIVEIRA, 2017). A obstrução intestinal tem como causa aderências entre alças, provenientes de cirurgias abdominais anteriores, em 75% dos casos; enquanto, os outros 25% são causados por hérnias, fecalomas, neoplasias, doença de Crohn, volvos, intussuscepção, íleo biliar, entre outros (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

A conduta em casos sem complicações envolvem a hidratação com correção das alterações metabólicas através de soluções de hidratação com eletrólitos específicos, jejum e descompressão intestinal por sonda nasogástrica e repouso intestinal. Enquanto nas situações

complicadas como hérnias ou volvo de sigmóide, geralmente, a indicação é de tratamento cirúrgico o mais precoce possível (OLIVEIRA, 2017).

Em relação à mortalidade conforme ilustrada na tabela 1, os óbitos por obstrução intestinal e outras causas acomete mais o sexo feminino que o masculino, e o Sudeste é o local com maior índice de mortalidade por essas causas. Por este motivo, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, melhor será o tratamento e recuperação do paciente.

Tabela 1 Óbitos por região causados por obstrução intestinal, dor abdominal e íleo paralítico segundo o sexo, no período de 2015-2017

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Feminino	218	1.250	2.253	932	363	5.016
Masculino	221	1.088	1.776	764	333	4.182
Total	439	2.338	4.029	1.696	696	9.198

Fonte:MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

O volvo é a terceira causa mais comum de obstrução intestinal, e destes casos 2% a 4% é causado por volvo de sigmoide, que é a torção do colo sigmoide em um ângulo maior que 180 graus, interrompendo o fluxo intestinal. No Brasil, uma das principais causas do volvo é o megacólon chagásico, que é uma das manifestações da Doença de Chagas, assim, 10% dos pacientes que possuem megacólon chagásico desenvolvem volvo de sigmoide (COELHO; et. al, 2018).

Dentre os sintomas relacionados ao volvo de sigmoide pode-se citar o início insidioso da distensão abdominal crônica, desconforto abdominal inferior difuso, constipação e vômitos, que geralmente surgem nesta sequência (COELHO; et. al, 2018).

O método mais utilizado para tratamento deste tipo específico de AAO é a descompressão não cirúrgica do sigmoide, realizada através da sigmoidoscopia flexível e ressecção eletiva do sigmoide com abordagens abertas ou laparoscópicas. Além do procedimento de Hartmann, realizado em situações de emergência quando o intestino já está necrosado (COELHO; et. al, 2018). É importante, também, avaliar o quadro clínico como um todo, e através da anamnese, correlacioná-lo com o seu histórico pessoal e familiar, para facilitar ainda mais a hipótese diagnóstica. No caso escolhido, uma das informações coletadas é que a paciente é portadora de Doença de Chagas, e com informação suficiente em conjunto com o exame físico, observou-se relação com o volvo de sigmoide, que culminou na sua primeira cirurgia por AAO, já que está é uma das complicações chagásicas. (COELHO et al., 2018).

Demostra-se, não obstante, por este estudo, que a Enfermagem tem importância no diagnóstico de AAO, sendo que o conhecimento da patologia é de extrema relevância, principalmente no reconhecimento de sinais e sintomas precoces. Conclui-se que faz-se necessária a participação da equipe multidisciplinar e sobretudo que a Enfermagem atue na fiscalização e gerencia do cuidado, além do treinamento visando reduzir a taxa de mortalidade e infecção.

Em virtude do exposto, o objetivo deste estudo de caso é descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada para o paciente com Abdome Agudo Obstrutivo (AAO), traçando intervenções para a melhora do quadro, à luz da teoria de Callista Roy.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso que, segundo Galdeano, Rossi, Zago (2003) este tipo de pesquisa representa as primeiras tentativas de definição e Sistematização da Assistência de Enfermagem, e neste artigo em específico tem foco nos cuidados a pessoa hospitalizada com abdome agudo obstrutivo.

O cenário de desenvolvimento da pesquisa foi um hospital de alta complexidade situado no interior do estado da Bahia, na cidade de Feira de Santana. O estudo foi desenvolvido entre os dias 12 de fevereiro a 23 de março de 2020, cujo o período de assistência corresponde aos dias 12 e 13 de fevereiro de 2020, a partir de vivências de acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no componente curricular obrigatório Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II, durante a prática hospitalar.

O desenvolvimento deste estudo foi composto por duas etapas: pesquisa em prontuário clínico e levantamento de literatura científica acerca da temática. Pautado na Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizamos como instrumentos de coleta de dados, para desenvolvimento do presente estudo, o histórico de enfermagem, prontuário completo com exames laboratoriais, prescrições e relatórios médicos, evoluções de enfermagem e entrevista com a acompanhante.

Após levantamento de problemas da pessoa enferma, foram traçados os Diagnósticos de Enfermagem tendo como base a taxonomia I da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), seguido de planejamento das ações de Enfermagem. O plano de cuidados foi elaborado com o objetivo de ofertar melhor recuperação do paciente, para que dessa forma tivéssemos o conhecimento da maneira mais humanizada e individual, buscando adequar-se à condição de saúde considerando seu bem-estar físico e psicológico.

Como forma de conduzir esta pesquisa utilizou-se a teoria de Callista Roy, nomeadamente teoria da adaptação (1970). Essa teoria é composta por quatro elementos: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. A teórica descreve-os da seguinte forma: a pessoa como um todo encontra-se exposta a uma série de circunstâncias enquanto um ser biopsicossocial, os quais desencadeiam mecanismos de enfrentamento, conferindo-lhe habilidades para adaptar-se às possíveis mudanças; O ambiente é descrito como as circunstâncias, situações e influências que rodeiam e afetam o comportamento da pessoa; a saúde é considerada um processo e um estado de ser e tornar-se uma pessoa integrada ao meio e adaptada em relação ao alcance de metas; a enfermagem, por sua vez, tem como finalidade promover respostas adaptativas e minimizar as respostas ineficazes. (MOURA, et al, 2013).

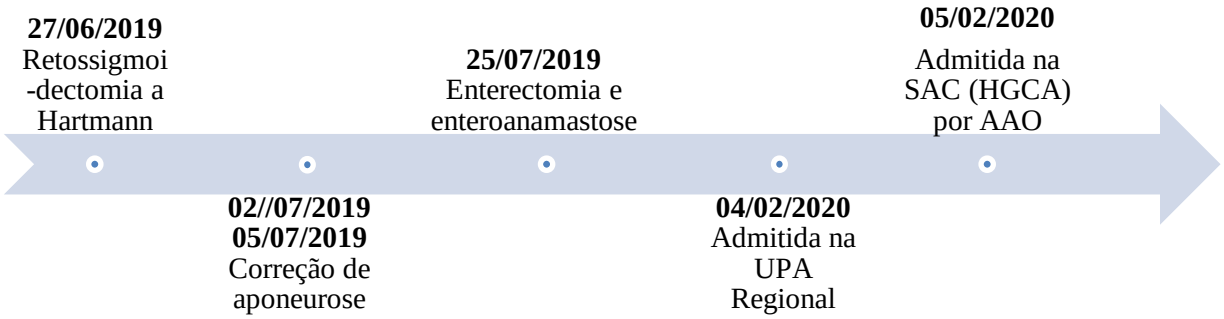
De acordo com o modelo escolhido, o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos aos estímulos de mudança, dessa forma é requerido do profissional um atendimento acolhedor ao paciente pós-operatório fornecendo um cuidado especializado e de qualidade que é essencial, em face da complexidade dos cuidados prestados. (MONTEIRO, et al, 2016).

Portanto, em virtude do exposto a teoria de Roy nos dá um embasamento para que possamos fazer uma intervenção de enfermagem de modo mais efetivo e integral gerando um maior bem-estar ao paciente e o estimulando a adaptar-se a uma nova realidade, visto que tal

teoria possibilita reconhecer que as pessoas, mediante estímulos, podem desencadear respostas, positivas ou negativas em diversas ocasiões. (MONTEIRO, et al, 2016).

Este estudo obedece aos aspectos éticos da pesquisa conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora referências da bioética tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Entretanto, não passou pelo comitê ético, por se tratar de uma atividade prática do componente curricular da disciplina.

RESULTADOS



1.HISTÓRIA CLÍNICA

RBN, 82 anos, sexo feminino, acamada, cardiopata, chagásica, HAS, DM, no PO de diversas cirurgias abdominais, colostomizada há mais de 06 meses. Em 27/06/2019 foi submetida a retossigmoidectomia a Hartmann secundária a volvo de sigmoide, nos dias 02/07/2019 e 05/07/2019 foi submetida a correção de aponeurose secundária a deiscência de ferida operatória e eventração. Em 25/07/2019 foi realizada uma enterectomia e enteroanamastose. Trazida em maca de ambulância básica, da cidade de Antônio Cardoso, sem contato prévio, deu entrada na UPA do estado, no município de Feira de Santana no dia 04/02/2020, com quadro de hipoatividade, vômitos persistentes, dor abdominal intensa tipo cólica e parada de eliminação de flatos e fezes há 3 dias (sic). Sendo transferida para o hospital geral da cidade, apresentando vômitos, dor e distensão abdominal ainda sem eliminação de fezes e flatos. Admitida na SAC no dia 05/02/2020, foram realizados exames laboratoriais e RX de ABD com nível que confirmaram o diagnóstico de Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) sem causa definida. Apetite preservado, deambula com dificuldade.

2. EVOLUÇÃO (1º DIA)

12/02/2020-10:35- Cliente evolui no 7º DIH na SAC, acompanhado pela filha, com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo (AAO). **Hipertensa, diabética, cardiopata, chagásica.** Alerta, orientada em tempo e espaço, colaborativa, obedece aos comandos, **verbaliza pouco, taquipneica,** estado geral **insatisfatório**. **Pele ressecada, elasticidade diminuída, presença de equimoses e onicomicoses. Perdeu SNE**, **aceitando parcialmente a dieta pastosa via oral**, **apetite diminuído.** Nega náuseas e vômitos, colostomia produtiva, flatos presentes, diurese de coloração amarelada (sic), dejeções pastosas, amareladas e em média quantidade na bolsa de colostomia. Acompanhante relata **sono e repouso insatisfatórios**. Ao exame físico: **Mucosas oculares hipocrômicas, pupilas pouco reagentes. Presença de massa palpável, móvel e pulsante em subclávida E**. Tórax plano, BCNF em 2T sem RAD. **Abdome globoso**

e distendido. **RHA diminuídos**, abdome indolor à palpação. Extremidades aquecidas e perfundidas, mobilidade física preservada. Em uso de fralda descartável, hidrocolóide em região sacra, uso de AVP em MSD. Orientado a acompanhante quanto ao estímulo a deambulação. SSVV: PA=120x70mmHg; P= 66 bpm; **FR= 30 irpm**; T= 35,3 ºC, TEC= 2s.

3. EXAMES LABORATORIAIS

Quadro 1 Alterações dos exames laboratoriais anexados em prontuário e intepretação dos seus resultados

Exame	Valor apresentado	Valor de referência	Relação com o caso
Eritograma			
Hematócrito	32%	37,7-63,7%	A **queda** significa de Hematócrito, pode ser sugestivo de desidratação devido a vômitos e/ou diarreia ou perda de líquido para o peritônio e lúmen intestinal.
Leucograma			
Leucócitos	12.000	4.000-10.000	A **leucocitose** sugere herniação, inflamação e infecção, esta última relaciona-se melhor com o caso, já que a interrupção do trânsito intestinal pode provocar uma infecção bacteriana.
Eletrólitos			
Sódio, Potássio, Cloro, Magnésio, Creatinina	------	------	Os baixos valores de eletrólitos podem ser causados devido à perda excessiva de líquidos gastrointestinais, através de vômitos, por exemplo, ou alimentação oral insuficiente.
Gasometria Arterial			
pH	7,514	7,350-7,450	O **aumento** do pH sanguíneo pode indicar alcalose.
pO2	70,2	83-108 mmHg	A **diminuição** da tensão de oxigênio arterial indica que os pulmões não estão captando o Oxigênio suficiente, podendo levar a taquipneia apresentada pela paciente. Associado ao aumento do pH sugere alcalose respiratória, evidenciado pela hiperventilação.
cGlu	148mg/dl	70-105 mg/dl	Quando a concentração de glicose no plasma está **aumentada** significa hiperglicemia.
ctBil	18 mg/dl	0-1 mg/dl	A concentração de bilirrubina total **aumentada** significa que essa substância não está sendo eliminada, já que a via de eliminação são as fezes, e a paciente estava sem eliminá-las.
cBase(Ecf) c	3,9 mmol/l	1,5-3,0 mmol/l	Excesso de base padrão **aumentado** indica o aumento de base no total de líquidos extracelulares. Associado ao aumento do pH sugere alcalose metabólica causado pela perda gastrintestinal de ácido (vômitos).

Fonte: LOCK, 2000.

4. NUTRIÇÃO

Aceitação parcial da dieta hospitalar via oral (pastosa). Perda ponderal (0-3 kg) nos últimos três meses, apetite diminuído, encontra-se abaixo do peso. Apresenta pontuação de alto

risco (9) no Escore de Risco de Desnutrição (URS), com o objetivo de manutenção do estado nutricional e prevenção da desnutrição foi prescrito SNE, entretanto a paciente não aceitou o dispositivo e retirou a SNE por conta própria. Segue aceitando parcialmente a dieta pastosa via oral e tem sido avaliado a passagem de uma nova SNE.

5.DIAGNÓSTICO MÉDICO

A paciente foi admitida na SAC com quadro de hipoatividade, vômitos, dor e distensão abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos há 03 dias. No PO de diversas cirurgias abdominais decorrentes da complicação de retossigmoidectomia a Hartmann secundária a AAO por volvo de sigmoide. Os exames laboratoriais revelaram queda da hemoglobina (HB= 10,3) e hematócrito (HT= 31), hiponatremia (NA= 126) e leucocitose (13.400). Foi realizado RX de ABD com nível, sendo o diagnóstico de Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) sem causa definida. O quadro clínico somado aos exames laboratoriais de imagem sugeriram medidas clínicas para AAO.

6. COMPLICAÇÕES

Inicialmente, a dificuldade de absorção intestinal apresentada pela cliente resultou na impossibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal, sendo necessário realizar uma retrossigmoidectomia a Hartmann, e posteriormente sucessivas cirurgias em decorrência de complicações oriundas da primeira, culminando em uma enterectomia e enteroanastomose.

No quadro atual, a obstrução intestinal reincide configurando-se como causa de sua internação; dessa forma, implica em uma provável desidratação e desnutrição (desequilíbrio hidroeletrolítico), pois a absorção de água e nutrientes está prejudicada pela doença, além de provocar uma infecção bacteriana devido à alteração da flora intestinal, favorecida pela migração de bactérias para o TGI.

Destarte, a cliente poderá submeter-se à uma nova cirurgia para solucionar a patologia, fornecendo inúmeros riscos à saúde da mesma, já que trata-se de uma pessoa idosa e bastante debilitada.

7. MEDICAÇÕES EM USO

Quadro 2 Características farmacológicas dos medicamentos utilizados, segundo prescrição do dia 12/02/2020

Fármaco	**Dipirona sódica 500mg/mL**
Classe	Analgésico não narcótico
Mecanismo de ação	Inibição da síntese de prostaglandinas por sua ação nas enzimas Ciclooxigenases (COXs); dessensibilização dos nociceptores periféricos envolvendo atividade via óxido nítrico-GMPc no nociceptor; e, mais recentemente, a proposta de que a dipirona inibiria uma outra isoforma da ciclo-oxigenase, a COX-3.
Indicações	Este medicamento é indicado como antitérmico e analgésico.
Efeitos colaterais	Choque anafilático, anemia aplásica, agranulocitose, pancitopenia,reações hipotensivas transitórias isoladas.
Cuidados de Enfermagem	✓ Os paciente diabéticos não deve receber a forma solução oral porque contém açúcar. ✓ Durante a terapia, avalie: sinais vitais; Função cardíaca; Função renal; Função respiratória; Reações de hipersensibilidade ✓ A forma endovenosa deve ser administrada lentamente. ✓ Atentar para diluição.

Relação com o caso	Por se tratar de um analgésico, sua indicação está relacionada com a dor abdominal que a paciente referia.
Fármaco	**Eletrólitos: NaCl 3% e 10%; KCl 19,1%; MgSO4 50%**
Classe	Eletrólitos
Mecanismo de ação	O cloreto de sódio promove manutenção da tensão osmótica do sangue e tecidos. O cloreto de potássio tem papel na transmissão de impulsos nervosos, contração cardíaca, esquelética, e tecidos do músculo liso, manutenção da função renal normal e regulação da pressão osmótica e do equilíbrio ácido-base. O sulfato de magnésio ativa sistemas enzimáticos, participa da transmissão neuroquímica e da excitabilidade muscular, previne e controla convulsões, tem um efeito depressor no Sistema Nervoso Central e atua perifericamente produzindo e ajudando na vasodilatação.
Indicações	NaCL: indicado para hidratação, tratamento de choque hipovolêmico e como base para preparações de soluções parenterais. KCl: tratamento ou prevenção de hipocalemia. MgSO4: reposição dos níveis de magnésio, tratamento de hipomagnesemia, edema cerebral, eclâmpsia, controle de convulsão em uremia aguda, tetania uterina, controle das arritmias cardíacas e intoxicação e envenenamento por bário, em adultos e crianças.
Efeitos colaterais	NaCl: Aumento da osmolaridade do plasma, sede, agitação, irritabilidade, letargia, tremores, podendo levar a convulsões, além de processo inflamatório da veia utilizada. KCl: hemorragia e obstrução gastrintestinal, náusea, flatulência, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, rash cutâneo,prurido. MgSO4: confusão, ritmos cardíacos irregulares, dispnéia, ansiedade, cansaço ou debilidade não habituais.
Cuidados de Enfermagem	✓ Monitorar os eletrólitos do paciente, através de exames laboratoriais ✓ No Cloreto de Potássio a velocidade de infusão não deve ser rápida, e doses elevadas podem causar depressão cardíaca que pode levar à parada cardíaca. ✓ Atentar para sinais de intoxicação, nestes casos deve-se administrar uma preparação de sais de cálcio; a ausência do reflexo patelar, por exemplo, é um sinal de intoxicação.
Relação com o caso	A paciente tinha ingestão inadequada da dieta oral, e a patologia poderia levar ao desequilíbrio hidroeletrolítico, já que o trânsito intestinal estava interrompido, prejudicando a absorção de certas substâncias.
Fármaco	**Bromoprida 5mg/mL**
Classe	Antiemético
Mecanismo de ação	Aumenta o tônus e amplitude das contrações gástricas e relaxa o esfíncter pilórico resultando no esvaziamento gástrico e aumento do trânsito intestinal. A principal ação está relacionada ao bloqueio dos receptores da dopamina-2 (D2) no sistema nervoso central e no trato gastrintestinal.
Indicações	Refluxo gastroesofágico; náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, metabólicas, infecciosas e problemas secundários ao uso de medicamentos); utilizado também para facilitar os procedimentos radiológicos do trato gastrintestinal.
Efeitos colaterais	Reações muito comuns: inquietação, sonolência, fadiga e lassidão.
Cuidados de Enfermagem	✓ Administrar de forma lenta, para evitar o aparecimento de efeitos colaterais. ✓ Atentar para o surgimento de discinesia tardia, comum em idosos com administração prolongada.

	✓ Como acelera o trânsito do TGI e afeta a absorção das substâncias, a insulina, quando administrada concomitantemente, pode levar a hipoglicemia; Atentar para estes sinais, avaliando a necessidade de ajuste posológico.
Relação com o caso	A paciente apresentava um quadro de vômitos, sintomáticos da patologia.
Fármaco	**Tramadol 50mg/mL**
Classe	Analgésico opióide
Mecanismo de ação	Atua da mesma forma que as endorfinas e as encefalinas, ativando com suas moléculas, receptores ao nível de células nervosas, o que leva a diminuição da dor. A analgesia é promovida pelo M1, que atua como agonista no receptor μ opioide bem como na liberação e inibição da recaptação de serotonina e na inibição da recaptação de noradrenalina (estrutura similar à venlafaxina);
Indicações	Dor de intensidade moderada a grave, do tipo aguda, subaguda e crônica
Efeitos colaterais	As reações mais comuns são: dor de cabeça, confusão, vômito, constipação, boca seca, transpiração.
Cuidados de Enfermagem	✓ Observar distúrbios cognitivos e de marcha, que podem ser exacerbado com o tramadol. ✓ Atentar para sinais de hipoglicemia, que pode ser provocada pelo fármaco. ✓ A infusão deve ser lenta, para evitar crises convulsivas.
Relação com o caso	Um dos sintomas do AAO é a dor abdominal intensa, que necessita de um analgésico para seu alívio, nesse caso mais eficaz que a dipirona sódica, já que sua indicação são dores de intensidade moderada a grave.
Fármaco	**Metoclopramida 5 mg/mL**
Classe	Antiemético
Mecanismo de ação	Antagonista da dopamina, estimula a motilidade muscular lisa do trato gastrintestinal superior, sem estimular as secreções gástrica, biliar e pancreática. Parece sensibilizar os tecidos para a atividade da acetilcolina.
Indicações	Náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos).
Efeitos colaterais	Sonolência, depressão, diarréia, astenia, hipotensão especialmente com a formulação intravenosa, são as reações mais comuns.
Cuidados de Enfermagem	✓ Observar o surgimento de sintomas extrapiramidais. ✓ Atentar para a ocorrência de discinesia tardia, que pode ocorrer em pacientes idosos em uso prolongado. ✓ Atentar para sinais de hipoglicemia, avaliando a necessidade de ajuste posológico da insulina.
Relação com o caso	O quadro de vômitos da paciente necessita de intervenção medicamentosa, por isso está prescrito a terapia com antieméticos.
Fármaco	**Ondansetrona 2 mg/mL**
Classe	Antiemético
Mecanismo de ação	É um potente antagonista, altamente seletivo, dos receptores 5-HT3. Seu mecanismo de ação no controle da náusea e do vômito ainda não é bem conhecido.
Indicações	Controle de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia e radioterapia. Também é indicado para prevenção de náuseas e vômitos do período pós-operatório
Efeitos colaterais	Cefaleia, sensação de calor ou rubor, constipação.
Cuidados de Enfermagem	✓ Administrar somente com soluções de infusão recomendadas e prescrita. ✓ Verificar se não há hipocalemia ou hipomagnesemia antes da administração.

	✓ Pacientes com obstrução intestinal devem ser monitorados após a administração, já que prolonga o tempo de trânsito no intestino grosso.
Relação com o caso	Também, utilizado para tratar os sintomas de náuseas e vômitos da paciente, por ser um antiemético mais potente que a bromoprida e a metoclopramida.
Fármaco	**Omeprazol 40 mg**
Classe	Antiácido (Inibidor da bomba de próton).
Mecanismo de ação	Age por inibição da H+ K+ ATPase, enzima locaalizda especificamente na célula parietal do estômago e responsável por uma das etapas finais no mecanismo de produção de ácido gástrico.
Indicações	Tratamento das úlceras pépticas benignas (gástricas ou duodenais), esofagite de refluxo, erradicação da H. pylori associado à úlcera péptica, dispepsia associada à acidez gástrica.
Efeitos colaterais	Cefaleia, diarreia, constipação, dor abdominal, náusea, flatulência, vômito, regurgitação, infecção do trato respiratório superior, tontura, rash, astenia, dor nas costas e tosse.
Cuidados de Enfermagem	✓ Afastar a malignidade da lesão, quando há suspeita de úlcera gástrica antes de administras, pois pode mascarar os sintomas e retardar esse diagnóstico.
Relação com o caso	Pelo intenso quadro de vômitos, a acidez desta secreção pode levar à processos ulcerativos.
Fármaco	**Insulina regular**
Classe	Antidiabético
Mecanismo de ação	Liga-se aos receptores nos músculos e nas células gordurosas e simultânea inibição da produção de glicose pelo fígado, aumentando a absorção de glicose e reduzindo a glicemia.
Indicações	Tratamento de DM.
Efeitos colaterais	Hipoglicemia, edema e reações no local de aplicação (dor, rubor, prurido, inflamação, equimose, edema e urticária).
Cuidados de Enfermagem	✓ Observar sinais de hipoglicemia. ✓ Realizar rodízio dos sítios de aplicação, para evitar lipodistrofia. ✓ Atentar para sinais de lipodistrofia.
Relação com o caso	A paciente é idosa, diabética, e está em uso de Glicose a 25%, o que pode levar a hiperglicemia.
Fármaco	**Glicose 25%**
Classe	Repositor hidroeletrolítico e nutriente.
Mecanismo de ação	A glicose facilmente metabolizada a dióxido de carbono e água, via ácido pirúvico ou láctico, liberando energia que é rapidamente absorvida no trato gastrointestinal. Quando administrada por via intravenosa, causa desidratação celular. Pode desencadear diurese osmótica, favorecendo a reabsorção de eletrólitos extracelulares nos túbulos renais durante.
Indicações	Fonte calórica em nutrição parenteral, atuando no tratamento da redução de carboidratos e fluidos (hidratação).
Efeitos colaterais	Dor local, irritação da veia, tromboflebite e necrose do tecido, quando ocorrer transvasamento de solução. A infusão rápida deste medicamento pode levar à síndrome hiperosmolar, especialmente em pacientes com uremia crônica.
Cuidados de Enfermagem	✓ Administrar lentamente. ✓ Verificar HGT frequentemente.
Relação com o caso	A absorção de substâncias e de água fica comprometida pela patologia, que acomete o TGI, sendo necessária a reposição hidroeletrolítca para evitar desidratação (ou reduzi-la).

Fármaco	**Ciprofloxacino 2mg/mL**
Classe	Antibiótico quinolônico sintético
Mecanismo de ação	Inibição da topoisomerase bacteriana do tipo II (DNA girase) e topoisomerase IV, necessárias para a replicação, transcrição, reparo e recombinação do DNA bacteriano.
Indicações	Infecções do trato respiratório, do ouvido (otite média), dos seios paranasais (sinusite), dos olhos, dos rins e/ou trato urinário eferente, dos órgãos reprodutores, da cavidade abdominal, da pele e tecidos moles, e dos ossos e articulações.
Efeitos colaterais	Náusea e diarreia são as reações mais comuns, seguida de cefaleia, tontura, distúrbios do sono e alterações do paladar.
Cuidados de Enfermagem	✓ Observar se há aumento das transaminases e icterícia colestática. ✓ Atentar para tendinite, comum em idosos. Caso haja suspeita, alertar o médico sobre a suspensão do fármaco, e manter o membro acometido em repouso. ✓ Orientar o paciente quanto a possível alteração da sensibilidade ou fraqueza
Relação com o caso	A obstrução do trânsito intestinal leva ao acúmulo de fezes no intestino, tendo como consequência a migração de bactérias para a região provocando uma infecção bacteriana, solucionada com o uso de antibióticos.
Fármaco	**Diupress (Clortalidona+Cloridrato de Amilorida) 25 mg**
Classe	Diurético
Mecanismo de ação	Age no túbulo contorcido distal, inibindo a reabsorção de NaCl (antagonizando o cotransporte de Na+e Cl-) e promovendo a reabsorção de Ca++ (mecanismo desconhecido).
Indicações	Indicado para o tratamento da hipertensão arterial de qualquer etiologia.
Efeitos colaterais	Fotosensibilidade, cefaleia, fadiga, tontura, depleção de volume, hiponatremia, ginecomastia, anorexia, náusea, diarreia, vômito, dor abdominal, flatulência, constipação, impotência. cãibras, tosse e dispneia.
Cuidados de Enfermagem	✓ Avaliar função hepática, renal e cardíaca, que podem ser alteradas pelo tratamento, principalmente em idosos. ✓ Observar ácido úrico e glicemia, pois podem estar aumentados pelo efeito da clortalidona.
Relação com o caso	Paciente hipertensa.

Fonte:Anvisa

8. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Quadro 3 Sistematização da assistência de Enfermagem elaborada com base nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

Problema de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Plano Assistencial
Dor na região lombar	**Dor aguda** relacionado à agente biológico lesivo evidenciado por relato de comportamento de dor. **Conforto prejudicado** relacionado a sintoma da patologia evidenciado por dor, inquietação e alteração no padrão de sono.	✓ Alívio da dor ✓ Promover conforto
Taquipnéia	**Padrão respiratório ineficaz** relacionado à hiperventilação evidenciado por taquipnéia.	✓ Regular padrão respiratório
Extremidades frias	**Termorregulação ineficaz** relacionado à inatividade evidenciado por pele fria ao toque.	✓ Garantir melhora da termorregulação

	Risco de hipotermia relacionado à baixa temperatura ambiental, inatividade e extremos de idade.	✓ Elevar temperatura corporal
Falta de apetite	**Nutrição desequilibrada** relacionado à ingestão alimentar insuficiente evidenciado por interesse insuficiente pelos alimentos	✓ Estabelecer uma nutrição adequada
Recuperação cirúrgica prolongada	**Recuperação cirúrgica retardada** relacionada à dor evidenciado por tempo excessivo necessário à recuperação e evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica	✓ Favorecer o processo de cicatrização no local da incisão ✓ Evitar infecções
Baixa ingesta hídrica	**Volume de líquidos deficiente** relacionado à ingesta de líquidos insuficiente evidenciado por pele ressecada. **Risco de volume de líquidos desequilibrado** relacionado à obstrução intestinal.	✓ Controlar o volume de líquidos
Mobilidade no leito limitada	**Mobilidade física prejudicada** relacionado à rigidez articular evidenciado por redução na amplitude de movimentos, movimentos lentos e dificuldade para virar-se. **Síndrome do idoso frágil** relacionado à imobilidade evidenciado por mobilidade física prejudicada. **Risco de lesão por pressão** relacionado à redução na mobilidade e déficit no autocuidado.	✓ Evitar/minimizar danos decorrentes da mobilidade reduzida por período prolongado ✓ Impedir o surgimento de lesões
Sono insatisfatório	**Distúrbio no padrão de sono** relacionado à barreira ambiental evidenciado por dificuldade para manter o sono. **Insônia** relacionada à barreira ambiental evidenciado por dificuldade para manter o sono e insatisfação com o sono.	✓ Proporcionar conforto ✓ Melhorar padrão de sono
Força muscular diminuída	**Mobilidade física prejudicada** relacionado à força muscular diminuída evidenciado por redução na amplitude de movimentos, movimentos lentos e dificuldade para virar-se. **Deambulação prejudicada** relacionado à força muscular insuficiente e resistência diminuída evidenciado por capacidade prejudicada de andar uma distância necessária. **Risco de quedas** relacionado à equilíbrio prejudicado e mobilidade prejudicada.	✓ Melhorar mobilidade física ✓ Promover assistência durante a locomoção ✓ Minimizar risco de quedas
Dificuldade para alimentar-se	**Déficit no autocuidado para alimentação** relacionado à fraqueza e motivação diminuída evidenciado por capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira	✓ Melhorar o autocuidado para alimentação

Fonte: HERDMAN; KAMITSURU, 2018.

9. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Quadro 4 Plano de cuidados elaborado através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

Prescrição de Enfermagem	Aprazamento

Dieta para DM e HAS, via oral segundo aceitação	08- 10-12-16-20-22							
PA e HGT 08/08 hs	08h			16h			24h	
Fisioterapia motora e respiratória	10h							
Verificar local, características, qualidade e gravidade da dor	NO PERÍODO							
Administrar analgésico conforme prescrição médica, S/N	S/N							
Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações 06/06h	08h		14h		20h		02h	
Monitorar a temperatura corporal 02/02h	08h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h
Utilizar cobertores quentes para elevar a temperatura do corpo	NO PERÍODO							
Avaliar conteúdo da bolsa de colostomia quanto à cor, aspecto e quantidade 04/04h	08h		12h		16h	20h	24h	
Realizar troca da bolsa de colostomia e limpeza do estoma, S/N	NO PERÍODO							
Monitorar os ruídos intestinais 04/04h	08h		12h		16h	20h	24h	
Monitorar local da incisão cirúrgica 04/04h	08h		12h		16h	20h	24h	
Observar as características de qualquer secreção	NO PERÍODO							
Verificar o preenchimento capilar 04/04h	08h	12h			16h	20h	24h	
Realizar mudança de decúbito, 02/02h	08h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h
Realizar troca de hidrocoloide, conforme protocolo	08h							
Avaliar proeminências ósseas 08/08h	08h			16h			24h	
Aplicar escala de Braden 08/08h	08h			16h			24h	
Aplicar técnicas de relaxamento, como massagem de conforto	NO PERÍODO							
Controle do ambiente, como reduzir ruídos e iluminação	NO PERÍODO							
Manter o uso das grades de proteção	NO PERÍODO							
Encaminhar para avaliação fisioterápica	08h							
Estimular o auto cuidado durante as refeições	NO PERÍODO							
Estimular deambulação	NO PERÍODO							

Fonte: BULESCHEK, et. al, 2013.

10. EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO (2º DIA)

13/02/2020- 09:30- Cliente evolui no 8º DIH na SAC, acompanhado pela filha, com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo (AAO). **Hipertensa, diabética, cardiopata, chagásica.** Alerta, orientada em tempo e espaço, colaborativa, estado geral **insatisfatório**. **Taquipneica, pele ressecada, presença de equimoses e onicomicoses, elasticidade diminuída**. **Diurese**

hiperconcentrada (sic), **dejeções líquidas**, amareladas e em pouca quantidade na bolsa de colostomia. **Aceitando parcialmente dieta oral**. Acompanhante **relata sono e repouso insatisfatórios**. Ao exame físico: **Mucosas oculares hipocrômicas, pupilas pouco reagentes. Presença de massa palpável, móvel e pulsante em subclávida E**. Tórax plano, BCNF em 2T sem RAD. **Abdome globoso e distendido**. **RHA diminuídos**, indolor à palpação. Extremidades aquecidas e perfundidas, mobilidade física preservada. Em uso de: fralda descartável, hidrocoloide em região sacra, AVP em MSE. Estimulado deambulação, fisioterapia motora e respiratória. Avaliada pelo especialista. **Atenção para estímulo da dieta oral e avaliar passagem de SNE**. SSVV: **PA= 140X85 mmHg**, P= 67 bpm, **FR= 25 irpm**, T= 35,3ºC, HGT= 91 mg/dL, TEC= 2s.

11. PROGNÓSTICO MÉDICO

De acordo com Filho e Ferraro (2006, p. 127)

> Com os recursos atuais de tratamento, a mortalidade dos doentes portadores de obstrução intestinal é menor do que 10%. As sequelas mais importantes que merecem consideração são a ocorrência de obstruções intestinais repetidas no mesmo doente e a síndrome do intestino curto.

Sendo assim, a síndrome do intestino curto pode ser ocasionada quando há ressecções intestinais em sequência, isto é, várias cirurgias; ainda pode ser consequência de uma única ressecção extensa.

Entretanto, a cliente evoluiu com melhora do quadro clínico, uma vez que negou dor abdominal, não apresentou vômitos, obteve aceitação parcial da dieta oral e apresentou conteúdo produtivo na bolsa de colostomia. Torna-se necessário uma avaliação mais aprofundada acerca da necessidade de uma nova cirurgia, que está sendo ponderada por toda a equipe de profissionais da unidade.

12. PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A proposta de cuidados de enfermagem desenvolvidos para o sujeito do estudo tem por objetivo contribuir para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade de acordo com suas necessidades adaptativas particulares, conforme proposto pela teorista Callista Roy (CALLISTA ROY, 1970).

O estado de pós-operatório de sucessivas cirurgias, assim como a presença de estoma provoca modificações biopsicossociais no paciente que fazem com que este necessite de adaptações para superação. Dessa forma é necessário que a atuação de enfermagem, profissional que está em maior contato com a paciente, desenvolva habilidades para o cuidado orientado a partir de conhecimento teórico, além do acolhimento. Para tal, o enfermeiro deve estabelecer uma boa comunicação com toda equipe, paciente e familiares com o propósito de manter a adaptação a nova rotina (MONTEIRO, et al, 2016).

Desse modo, de acordo com os cuidados formulados, acredita-se que a paciente tem um bom prognóstico, uma vez que as intervenções desenvolvidas com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) visam melhorar o quadro e amenizar as consequências relacionadas a algumas condições do paciente como a idade avançada e outras comorbidades.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo permitiu observar que o abdome agudo pode ser considerado como um dos mais importantes e frequentes problemas de saúde em emergência clínica, decorrente de multifatores patológicos não traumáticos ou traumáticos (SALLUN; PATANHOS, 2007). Em virtude de sua gravidade, requer cuidados urgentes para diagnóstico e tratamento.

Por ter apresentado a causa inicial de volvo de sigmoide, bastante comum em obstruções intestinais, foi feita a cirurgia de retrossigmoidectomia a Hartmann, tratamento mais recomendado nesses casos. Todavia, as sucessivas complicações decorrentes da cirurgia culminaram no retorno dos sinais clínicos de AAO.

Assim como traz a literatura, a cliente inicialmente apresentou dor abdominal intensa tipo cólica, vômitos persistentes e parada de eliminação de flatos e fezes, sinais estes que caracterizam o quadro clínico de abdome agudo obstrutivo. Após a suspeita diagnóstica, foram realizados exames laboratoriais e RX de abdome com nível no intuito de confirmar a hipótese e iniciar o tratamento correto. O tratamento precisa basear-se na reposição de líquidos e eletrólitos e na descompressão do trânsito intestinal. Os pacientes devem ser reavaliados entre 24 a 48 h, não tendo resolução espontânea, avalia-se a necessidade de cirurgia. No caso em questão, a cliente alimentava-se por sonda nasoenteral, porém foi retirada por ela mesma e, atualmente, segue aceitando parcialmente dieta pastosa, aguardando avaliação médica acerca da necessidade de uma nova cirurgia. (UNA-SUS, 2019)

Ainda conforme os estudos, com a evolução do quadro há instalação de desidratação e aumento da distensão abdominal (VIDAL, 2005), as quais podem ser percebidas através da pouca ingesta hídrica do cliente, pele ressecada e distensão abdominal ao exame físico.

Podemos notar que na evolução do desenvolvimento, realizada no dia 13/02, a cliente manteve-se taquipneica, assim como na evolução do dia anterior, apesar da diminuição da frequência respiratória; o abdome permaneceu globoso e distendido; e a temperatura permaneceu em torno de 35,3°C, o que é compreensível pelo fato da paciente ser idosa, não descartando o alerta para sinais de hipotermia. Entretanto, houve algumas mudanças, como o aumento da pressão arterial, que passou de 120X70 mmHg para 140X85 mmHg, e a diminuição do conteúdo da bolsa de colostomia.

A equipe optou-se por uma conduta conservadora por tratar-se de uma pessoa idosa, com histórico de complicações pós-operatórias, favorecendo o surgimento de potenciais riscos. Assim, recorreram ao tratamento clínico e estão acompanhando a evolução do quadro da paciente, que teve uma melhora desde o dia da sua admissão, como a redução das dores abdominais e a presença de eliminações intestinais. Caso a terapêutica medicamentosa não solucione o problema, a última opção é a intervenção cirúrgica para descompressão do trânsito intestinal e possível remoção da parte anatômica obstruída.

É importante lembrar a gravidade do problema da paciente e, também, que os sujeitos apresentam diferenças e similitudes em cada caso de abdome agudo obstrutivo. Tanto para o cliente/paciente como para seus familiares, a ansiedade, o medo e a dor são fatores importantes que requerem atenção especial da equipe de enfermagem. (WOSNY. 2013, p. 30). A cliente em questão, apresentava taquipneia nos dois dias de interação com os estudantes, e a literatura não traz nenhuma relação da alteração respiratória com o AAO; porém, acredita-se que esta alteração na frequência respiratória seja advinda das dores intensas e desconforto, causados pela patologia.

Assim, cabe à Enfermagem a promoção da adaptação do indivíduo, contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade, conforme foi abordado por Callista Roy em seu Modelo de Adaptação, o qual considera as pessoas como sistemas abertos, mantendo interação contínua com seus ambientes, ocorrendo mudanças internas e externas. O enfermeiro que apoie a sua prática nesse modelo vê o centro dos seus cuidados como coextensões com o seu ambiente físico e social, considerando as suas crenças, valores e esperanças.

Portanto, traçamos um plano assistencial e um plano de cuidados voltados para a cliente, de forma holística, considerando a patologia, os sinais e sintomas; suas queixas e seu aspecto psicológico, que encontrava-se abalado devido o processo de internação e pela possibilidade de um nova intervenção cirúrgica. Logo, é indispensável promover o autocuidado, a fim de fornecer à paciente autonomia e segurança, estimulando a adaptar-se a uma nova realidade, de modo que a mesma torne-se protagonista do cuidado, e não sua patologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a pessoa com abdome agudo obstrutivo. Os cuidados foram prescritos e implementados tendo em vista a melhora do quadro clínico da paciente, estes foram fundamentados na literatura científica e nas vivências obtidas pelos estudantes. Por tratar-se de uma patologia que evolui rapidamente para complicações, as melhoras não foram significativas no período de interação entre paciente e estudantes, apesar das intervenções realizadas.

O abdome agudo obstrutivo (AAO) pode ser secundário a outras patologias, no caso em questão a Doença de Chagas provavelmente complicou para megacólon chagásico, e este por sua vez favoreceu o surgimento do volvo de sigmoide, no ano anterior (2019). Quando não tratada adequadamente, a obstrução intestinal reincide submetendo o paciente à diversos procedimentos cirúrgicos, como ocorreu no sujeito do estudo. Portanto, o profissional de enfermagem deve estar apto para a detecção de sinais e sintomas do abdome agudo obstrutivo assim que o paciente for admitido na unidade, para que o diagnóstico seja realizado precocemente e assim, evitar complicações e promover a melhora do paciente o mais rápido possível.

Dessa forma, é de suma importância que os profissionais não apenas tratem o AAO, mas compreendam o sujeito de forma holística, percebendo suas diversas dimensões: física, psicológica, espiritual e social, envolvendo-o em todos os cuidados prestados de modo que o mesmo seja o protagonista do seu cuidado. Assim, enquanto futuros enfermeiros temos como atribuição, segundo a teoria de Callista Roy, a incorporação de novas técnicas que promovam a adaptação do indivíduo aos estímulos de mudança, fornecendo um cuidado especializado, seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. Abdomên Agudo. **Revista da Faculdade de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 358-367, 2007.
- BULECHEK, G. M. et. al., tradução de Denise Costa Rodrigues Classificação das intervenções em enfermagem (NIC).6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 845-850, Dec. 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414814520110004000026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2020

- COELHO, T. C. C. et al. Volvo de sigmoide: Um relato de Caso. **Braz. J. Surg. Clin. Res**, v. 23, n.1, p.93-96, 2018. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_084354.pdf>. Acesso em 20 de fev. 2020.
- Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Out 15. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html> . Acesso em 20 fev. 2020
- DE BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 63-65, jan. 2011. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- FILHO, et. al. Abdome Agudo Obstrutivo. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome Agudo:** Clínica e Imagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2006, capítulo 8, p. 111-128.
- FILHO, F. E. V. Abordagem Inicial do Abdome Agudo Cirúrgico. 2018. Monografia - Residência Médica em Cirurgia Geral, Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza. Disponível em: <http://extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/bitstream/123456789/364/1/2018 TCR CirurgiaGeral VasconcelosFilho FRA.pdf> Acesso em 19 fev 2020.
- FILHO, G. J. L.; FERRARO, J. R.. Abdome Agudo: clínica e imagem. **Editora atheneu ltda**, cap. 8, p. 127-128, 2006. Disponível em: https://enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/_files/200000205bfb2ac02f6/CLIQUE%20AQUI%20Abdome%20Agudo%20Obstrutivo.pdf. Acesso em: 22 fev. 2020.
- FIGUEIREDO, C. R. et al. Volvo ileal em adulto: estudo de caso. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 262-268, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6897-33127-1-PB%20(1).pdf> Acesso em 19 fev 2020.
- GABRIEL, A. G. Avaliação da morbi-mortalidade do tratamento cirúrgico do volvo colônico de sigmoide na urgência. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5154/tde-05092014-114310/publico/AndresaGuterresGabriel.pdf> Acesso em: 19 fev 2020.
- GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 3, p. 371-375, June 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920030003000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Fev. 2020.
- GARCEZ, Regina Machado (trad.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- LOCK, R. Manual de pH e gases do sangue. Radiometer: Dinamarca, 2000.
- MAGALHÃES, B. S.; AZEVEDO, A. R.; CUNHA, A. G. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por abdome agudo em um hospital de referência em Salvador. **Revista**

da Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, v. 52, n. 3, p. 193-200, 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/153698/267428>

- MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da Assistência de Enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação**. Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 297303,Apr2012Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Fev.2020.
- MEDEIROS, et al. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Rev. RENE** ; 16(1): 132-140, jan.- fev. 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185016.pdf. Acesso em: 22 Fev. 2020.
- MONTEIRO, et al. Aplicabilidade da teoria de callista roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. Rev Enferm Atenção Saúde [online]. Jan/Jul 2016; 5(1):84-92. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1625. Acesso em: 22 Fev. 2020.
- MOURA et al. Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE em hipertensos com doenças associadas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):352-61. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17758. Acesso em: 22 fev. 2020
- OLIVEIRA, C. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **REME**, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr/jun, 2012.
- OLIVEIRA, R. B. Abdome agudo obstrutivo no Hospital Municipal Djalma Marques: Perfil do paciente cirúrgico. 2017. Artigo (Graduação em Medicina) – Curso de Medicina, Faculdade de Medicina, São Luís.
- **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 21 fev. 2020.
- SANTOS, L. V.; et al. Abdome agudo obstrutivo por volvo cecal: relato de caso. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 168-171, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2017.62.3.168>. Acesso em 20 fev. 2020.
- SILVA, Idarlana Sousa; LIMA, Glaubervania Alves. Aplicabilidade da teoria da adaptação de sister calista roy na prática de enfermagem. [internet]. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/revistas/joinbr/trabalhos/TRABALHO_EV081_MD4_SA50_ID961_15092017231402.pdf. Acesso em: 22 fev. 2020
- WOSNY, A. M. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: O cuidado nas urgências e emergências cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e demais agravos. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.