

# PRÁTICAS ACADÊMICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM MENINGITE TUBERCULOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Glauciane Gomes da Silva<sup>1</sup>; José Maurício Pinheiro Bechir<sup>1</sup>; Carlos Jaime Oliveira Paes<sup>1</sup>; Ana Sofia Resque Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação, <sup>2</sup>Doutorado  
Universidade Federal do Pará (UFPA)  
glaucianegs@gmail.com

**Introdução:** A meningite é definida como uma inflamação das meninges, membranas que envolvem o encéfalo (cérebro, bulbo e cerebelo) e a medula espinhal. É considerada uma doença grave e endêmica a qual pode acometer indivíduos de qualquer idade, sendo causada por diversos agentes infecciosos, bem como por agentes não infecciosos<sup>1</sup>. As meningites causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos<sup>2</sup>. Dentre elas, destaca-se a Meningite Tuberculosa, a qual é causada etiologicamente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Estima-se que ocorram, aproximadamente, 1,2 milhões de casos e 135 mil mortes por meningite a cada ano, no mundo. Em 2008, a meningite foi responsável por 164 mil óbitos em crianças menores de cinco anos, sendo esta a nona causa de morte nessa faixa etária, no Brasil, em 2009, foram confirmados 21.141 casos de meningite<sup>3</sup>. Esta doença possui três estágios: o estágio I, que em geral, tem duração de 1 a 2 semanas, caracterizando-se pela inespecificidade dos sintomas, podendo ocorrer febre, mialgias, sonolência, irritabilidade, dentre outros. O estágio II caracteriza-se pela persistência dos sintomas sistêmicos e pelo surgimento de evidências de dano cerebral. Nessa fase, alguns pacientes apresentam manifestações de encefalite, com tremores periféricos, distúrbios da fala, trejeitos e movimentos atetóides. No estágio III, ocorre o déficit neurológico focal, opistótono, rigidez de nuca, alterações do ritmo cardíaco e da respiração e graus variados de perturbação da consciência, incluindo o coma<sup>2</sup>. O diagnóstico laboratorial é realizado através do estudo do líquido cefalorraquidiano. Sendo, que os principais exames para o esclarecimento diagnóstico de casos suspeitos de meningite são os exames quimiocitológicos do líquido, a bacterioscopia direta (liquor), cultura (liquor, sangue, petéquias ou fezes)<sup>1</sup>. O tratamento desta infecção consiste no uso de doses fixas combinadas por nove meses, sendo dois meses de RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol) seguidos de sete meses de RH em doses que variam conforme o peso, e, corticosteroides no início do tratamento<sup>1</sup>. As medidas de prevenção e controle da meningite tuberculosa são através da vacinação, orientação da população sobre a importância da higiene, bem como a manutenção de ambientes ventilados e evitar aglomerados em ambientes fechados. A meningite tuberculosa se classifica como precaução padrão<sup>2</sup>. O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de enfermagem, a qual tem uma abordagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, almejando atender as necessidades de cuidados de saúde, através da enfermagem<sup>4</sup>. Portanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é de suma importância para a diminuição de impactos gerados pela patologia, sendo essencial para um cuidado de qualidade ao paciente<sup>4</sup>. **Objetivos:** Descrever a experiência de práticas vivenciadas por acadêmicos de enfermagem, da Universidade Federal do Pará, a partir da utilização da SAE a um paciente com meningite tuberculosa, destacando, a inter-relação da sistematização da assistência com a humanização do cuidado desta patologia. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, requisito este avaliativo da atividade curricular; Enfermagem em Doenças Transmissíveis, da faculdade de enfermagem, da Universidade Federal do Pará, com apoio do projeto de

ensino intitulado: “Monitoria: uma possibilidade de transformação no ensino-aprendizagem de Enfermagem em Doenças Transmissíveis”. O local do estudo foi um hospital universitário, referência em doenças infectocontagiosas e parasitárias em Belém do Pará, realizada no mês de Setembro de 2016. Para desenvolver o estudo, aplicou-se o processo de enfermagem. Os dados coletados foram analisados e posteriormente foram identificados os diagnósticos de enfermagem, implementadas as intervenções de enfermagem necessárias e verificado os resultados esperados, utilizando a taxonomia da NANDA, NIC e NOC. O paciente foi selecionado de forma aleatória. Inicialmente foram coletadas as informações sobre o seu estado atual, se apresentava consciente, orientado em tempo e espaço, referindo cefaléia, nalgia, mialgias, náuseas, vômitos, sonolência, e alguns sintomas de danos neurais, como o aparecimento da síndrome da hipertensão endocraniana, decorrente do aumento do conteúdo intracraniano e compressões neurológicas, caracterizados pelo meningismo que é um conjunto de sinais e sintomas que revelam a presença de inflamação nas meninges, dentre estes sinais estão: o sinal de Brudzinski (sendo este presente no paciente), sinal de Kerning, sinal de tripé a manobra de Lasègue e movimentos atetóides. O diagnóstico foi através da punção lombar para exame de LCR. Posteriormente consultamos o prontuário, para identificar o histórico do paciente, condições de chegada, motivo da internação, tratamento realizado e evolução do quadro clínico. **Resultados:** Após a identificação e análise das necessidades humanas básicas afetadas do paciente, foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Capacidade adaptativa intracraniana diminuída, caracterizado por comprometimento dos mecanismos da dinâmica dos fluidos, desproporcionando a pressão intracraniana, relacionado a aumento da PIC; Risco para infecção, relacionado a procedimentos invasivos através do uso de acesso venoso periférico (AVP); Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, caracterizada por índices menores que as necessidades corporais normais, relacionada a episódios de êmeses; Dor aguda, caracterizada por expressão facial e relato verbal de dor, relacionada à agente biológico lesivo (*Mycobacterium tuberculosis*)<sup>5</sup>. Em seguida, foram implementadas as respectivas intervenções de enfermagem: monitoração da pressão intracraniana (PIC) e dos sinais vitais, elevação da cabeceira do leito em 30°, administrar manitol, quando prescrito, além de realizar balanço hídrico; Realizar procedimentos invasivos de forma asséptica e segura, trocar e identificar AVP a cada 72 horas; estimular e observar a ingesta hídrica, estimular alimentação de forma fracionada, verificar com a equipe nutricional a dieta mais adequada; Administrar analgésicos prescritos, para controle da dor, proporcionar conforto ao paciente através do posicionamento no leito, estimulação cutânea, distração<sup>5</sup>. Após a execução da SAE, espera-se reestabelecer a normalidade da pressão intracraniana, ter controle sobre os riscos de infecção, a retomada do ganho ponderal e um alívio dos processos dolorosos referidos pela paciente. E consequentemente, a melhora no seu quadro clínico<sup>5</sup>. **Conclusão/Considerações Finais:** A experiência diante do presente estudo foi fundamental para a construção do conhecimento científico de forma humanizada e holística, possibilitando a aprendizagem referente ao caso clínico. Sendo possível reconhecer o importante e fundamental papel do enfermeiro no entendimento e aplicação dos planos de cuidados de enfermagem através da SAE, a qual durante a prática hospitalar, se mostrou imprescindível para que haja a melhora no quadro clínico do paciente.

### Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. [monografia na Internet]. 7 ed. Brasília, 2009 [acesso em 20 ago 2016]. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf).

2. Ministério da saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso. [monografia na Internet]. 8º edição. Brasília; 2010 [acesso em 02 de Set 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf).
3. Emmerick ICM, Campos MR, Schramm JMA, Silva RS, Costa MSF. Estimativas corrigidas de casos de meningite, Brasil 2008-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília: abr-jun 2014; 23(2):215-226.
4. Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 280-9.
5. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Ligações NANDA NOC e NIC. Condições clínicas suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.