

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE CRÍTICO COM MENINGITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karina Barros Lopes<sup>1</sup>; Esleane Vilela Vasconcelos<sup>2</sup>; Bruna Damasceno Marques<sup>3</sup>;  
Evandro Cesar Natividade Sousa<sup>4</sup>; Jéssica Fernanda Galdino Oliveira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Graduando, Universidade Federal do Pará (UFPA);

<sup>2</sup>Mestrado, UFPA;

<sup>3</sup>Graduando, UFPA;

<sup>4</sup>Graduando, UFPA;

<sup>5</sup>Graduando, UFPA

lopesebarros02@gmail.com

**Introdução:** Um a cada cinco doentes diagnosticados com tuberculose apresentam a forma extrapulmonar da doença. A meningite tuberculosa é a forma mais grave das formas extrapulmonares da tuberculose, pois, apesar de não ser uma forma contagiosa, causa morte ou sequelas neurológicas em metade das pessoas afetadas<sup>1</sup>. Diferentemente das demais meningites, a forma tuberculosa pode apresentar uma evolução mais lenta, tornando difícil o diagnóstico de suspeição. A meningite expressa a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro<sup>2</sup>. A meningite vem sendo descrita desde a antiguidade, Hipócrates a descreveu em seu trabalho e a forma tuberculosa foi descrita pela primeira vez pelo médico de Edimburgo Sir Robert Whytt em um relatório póstumo que apareceu em 17683. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que os cinco países que registram o maior número de casos foram, respectivamente, Índia, China, Indonésia, África do Sul e a Nigéria. A doença guarda íntima relação com os índices socioeconômicos, principalmente naqueles países onde a população está sujeita à desnutrição e às condições precárias de habitação<sup>1</sup>. No Brasil, no período de 2012, foram confirmados 330 casos de Meningite tuberculosa, sendo que 25 casos ocorreram no estado do Pará.<sup>4</sup> Os sintomas da MTB (Meningoencefalite Tuberculosa) durante as fases iniciais da infecção incluem: fadiga, mal-estar e hipertermia. À medida que a doença progride, os sintomas se tornam mais graves: rigidez no pescoço, cefaleia, sensibilidade à luz, alterações no estado mental, náuseas, vômito, irritabilidade e perda de consciência. A MTB é dividida em 3 estágios, o Estágio I é caracterizado pela inespecificidade dos sintomas, em geral, tem duração de 1 a 2 semanas; no Estágio II há o surgimento de evidências de dano cerebral; e o Estágio III é caracterizado pelo déficit neurológico intenso. Os exames laboratoriais do líquido podem confirmar a suspeita clínica de meningite tuberculosa. São eles: Citometria e bioquímica, pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) e cultura no meio Lowenstein-Jewsen<sup>2</sup>. O esquema preconiza do para casos da forma meningoencefálica em adultos e adolescentes consiste em doses fixas combinadas por nove meses, sendo dois meses de RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) seguidos de sete meses de RH em doses que variam conforme o peso<sup>2</sup>. Quanto aos métodos de prevenção é importante a descoberta precoce e tratamento de casos bacilíferos. É importante educar a população sobre sinais e sintomas da doença e sobre a relevância da higiene corporal e ambiental, bem como a manutenção de ambientes domiciliares e ocupacionais ventilados<sup>2</sup>. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possibilita ao enfermeiro organizar, planejar e estruturar a ordem e a direção do cuidado, guiando o profissional quanto a tomada de decisões e na efetivação do feedback necessário para prever, avaliar e determinar novas intervenções. A SAE nos permite traçar um plano de cuidados tendo em vista a condição de saúde do paciente, proporcionando uma assistência de qualidade ao portador de Meningite Tuberculosa.

**Objetivos:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pará a luz da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente crítico acometido por Meningite Tuberculosa. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, requisito avaliativo da atividade curricular Enfermagem em Centro de Terapia intensiva, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará (FAENF-UFPA). O estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Universitário João de Barros Barreto no município de Belém, estado do Pará, em Julho de 2017. O cliente foi selecionado de forma aleatória para o estudo. Os dados foram coletados a partir do exame físico e análise de prontuário. Posteriormente foram identificados os diagnósticos e intervenções de enfermagem relevantes para o paciente em questão, utilizando como referência NANDA, NIC e NOC. Paciente do sexo masculino, 22 anos, em seu 44º dia de CTI com impressão diagnóstica de meningite tuberculosa e TB cutânea. Sem sedação, comatoso, pupilas isocóricas e fotoreagentes, em posição de descerebração, traqueostomizado, em ventilação mecânica modo pressão de suporte, Fio2 25%, PEEP 5 cm H2O, frequência respiratória de 12rpm. Monitorizado em múltiplos parâmetros: Normocárdico (84 bpm), normotenso (131/79 mmHg). Murmúrios vesiculares presentes com ausência de ruídos adventícios em ausculta pulmonar, BCNF (Bulhas Cardíacas Normofonéticas), rítmico em 2T em ausculta cardíaca. Acesso venoso central em veia subclávia direita, por onde recebe 25 ml/h de hidratação e 5 ml/h de fentanil. Abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sonda nasoenteral fixada e recebendo dieta 48 ml/h. Membros edemaciados, pele íntegra, sem lesão por pressão. Diurese presente e espontânea por uropen. Apresenta pouca secreção traqueal de aspecto mucopurulenta. Segue em cuidados intensivos. **Resultados:** Após análise dos dados coletados, foi possível destacar os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções: Risco de infecção, relacionado a procedimentos invasivos (traqueostomia e AVC). Avaliar sinais vitais; atentar para a presença de sinais flogísticos; adotar técnicas assépticas em todo o manejo do paciente; implementar cuidados para a manutenção e inserção dos dispositivos com a SNE e o cateter venoso central. Risco de aspiração, relacionado à presença de sonda nasoenteral e nível de consciência reduzido. Manter cabeceira elevada; sempre confirmar a localização da sonda antes de administrar dieta ou medicação, realizar aspiração de traqueostomia, cavidade nasal e cavidade bucal uma vez ao dia ou quando necessário. Síndrome do Déficit no autocuidado, caracterizada pela soma de carências como, a Incapacidade de cortar o alimento e de levar o alimento à boca, de lavar o corpo ou partes dele e em perceber a necessidade de medidas de higiene, relacionado à alteração na função cognitiva. Mobilidade física prejudicada, relacionada à capacidade motora prejudicada devido ao nível de consciência reduzido; Risco de lesão por pressão, relacionado à circulação prejudicada. Prover proteção aos pontos de pressão como calcâneo, occipito e sacro; promover a mudança de decúbito; se disponível, utilizar colchão casca de ovo; manter colcha esticada e bem lisa, pois evita o cisalhamento; manter toda a extensão da pele do paciente seca. Risco de integridade tissular prejudicada, relacionada a edemas. Observar e registrar edemas; realizar massagem para melhorar a circulação, principalmente em membros inferiores e superiores; avaliar perfusão capilar periférica. **Conclusão ou Considerações Finais:** A experiência vivenciada foi de grande relevância e enriquecedora para o crescimento acadêmico, baseada em um olhar mais crítico em relação à sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de promoção da saúde, implementando intervenções de acordo com as especificidades do cliente, vendo-o de forma holística, mesma que o mesmo estivesse impossibilitado de se expressar, manteve-se a ética e a sensibilidade, direcionando a ele o direito de ser

assistido em sua integralidade, fazendo com que possamos refletir sobre o papel do enfermeiro nesse contexto e o quanto a humanização deve ser trabalhada, incentivada e praticada ainda na academia.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem, Tuberculose Meníngea, Unidades de Terapia Intensiva.

**Referências:**

1. Cruz S. P. Meningite tuberculosa a propósito de um caso clínico. 2008 [acesso em 2017 ago. 06]. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/778>.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Matos A. História da meningite [Internet]. New medical: life sciences e medicine. 2012 [Acesso em 2017 ago. 06]. Disponível em: [http://www.news-medical.net/health/History-of-Meningitis-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Meningitis-(Portuguese).aspx)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. [acesso em 2017 ago. 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb202/d0116.def>
5. Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e Assistência de qualidade. Tradução de Soraya Imon de Oliveira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012