

JOSEANY RODRIGUES
ANTONIO CARRIEL
CAROLINE DRULA
CARLUZA BUNESE
GABRIELE CIESLAK
AMANDA DUTRA
PRISCILA GUTERRES

O CUIDADO DA ENFERMAGEM AO PACIENTE COM JEJUNOSTOMIA

Trabalho apresentado como requisito parcial de avaliação para a disciplina de Momento Integrador III, Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP.

Orientador(a): Prof. Ms. Andreia LopatkoKantoviscki e Prof. Leandro Rozin.

CURITIBA
2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 OBJETIVOS	5
2. METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO	6
2.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE	8
2.2 PONTOS-CHAVES	9
2.3 TEORIZAÇÃO	10
2.3.1 GASTRITE	10
2.3.2 CARCINOMA	12
2.3.3 GASTRECTOMIA	15
2.3.4 JEJUNOSTOMIA	17
2.3.5 TERAPIA NUTRICIONAL	20
2.3.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM JEJUNOSTOMIA	22
2.3.7 MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA A PACIENTE	24
2.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO	28
2.5 APLICAÇÃO À REALIDADE	32
2.6 MAPA CONCEITUAL	33
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
4 REFERENCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um relato de caso fictício que apresenta como tema principal a jejunostomia. A jejunostomia é um tipo de nutrição parenteral que normalmente é feita com outro procedimento conhecido como gastrectomia. (SANTOS et.al., 2011)

O trabalho apresentado foi desenvolvido através de problemas do sistema digestório.

É por meio do sistema digestório, que o organismo proporciona todas as quebras moleculares e transformações necessárias ao aproveitamento das substâncias que compõem o alimento, fornecendo aos diferentes tecidos e suas células energia para realização das mais diferentes funções.

Resumidamente, o sistema digestório pode ser dividido em duas porções: primeira porção é constituída de órgãos e estruturas que juntos formam uma espécie de canal alimentar, iniciando na cavidade bucal, estendendo-se pela faringe, esôfago, estomago, intestino delgado e intestino grosso, terminando no reto e no ânus; a segunda porção é composta pelos órgãos anexos que participam desse processo: as glândulas salivares, o pâncreas e o fígado.

A gastrectomia é um procedimento que faz a retirada parcialmente ou totaldo estomago, desta forma o organismo não consegue fazer o trajeto do alimento normalmente, sendo então necessário a jejunostomia que é um tipo de sonda que se liga diretamente ao intestino, ou seja, ao jejuno, no qual se dá o nome ao procedimento.

O trabalho aqui apresentado se divide em capítulos e foi realizado de acordo com o método da problematização (Arco de Maguenez).

1.1 OBJETIVOS

- Realizar um estudo de caso fictício com base na metodologia da problematização sobre jejunostomia.
- Desenvolver uma investigação na literatura a fim de identificar aspectos conceituais, fisiológicos e terapêuticos acerca dos problemas identificados no estudo de caso fictício.
- Desenvolver um plano cuidado de enfermagem ao paciente com jejunostomia.

2. METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

O Arco de Maguerez, é uma base para a aplicação da Metodologia da Problematização, foi elaborado na década de 70 do século XX, e tornado público por Bordenave e Pereira (1989) a partir de 1977, mas foi pouco utilizado na época pela área da educação. O livro de Bordenave e Pereira foi, por muito tempo, o único disponível nos meios acadêmicos sobre o Arco de Maguerez, aplicado como um caminho de Educação Problematizadora, inspirado em Paulo Freire. Embora atraente do ponto de vista da proposta, não havia exemplos mostrando as aplicações do Arco como estímulo para outros professores utilizarem a metodologia. Com o fortalecimento da necessidade de uma perspectiva de ensino mais voltada para a construção do conhecimento pelo aluno, essa alternativa passou a ser considerada nas últimas décadas do século XX, para além das áreas de Agronomia e Enfermagem, alcançando a área da Educação (COLOMBO e BERBEL, 2007).

Segundo Colombo e Berbel (2007), a riqueza dessa metodologia está em suas características e etapas, mobilizadoras de diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, demandando, no entanto, disposição e esforços pelos que a desenvolvem no sentido de seguir sistematizadamente a sua orientação básica, para alcançar os resultados educativos pretendidos. Situamos, a seguir, uma descrição inicial da Metodologia da Problematização.

Para Colombo e Berbel (2007), a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas ali existentes. O esquema do Arco é o seguinte:



Figura 1: Arco de Magueres

2.1 OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

J.C.S, 55 anos, atualmente sedentário fumou durante 20 anos, nega etilismo, casado e aposentado, encaminhado para emergência com episódios de hematêmese de moderada quantidade, internado em um Hospital de Curitiba a 10 dias. Referiu ser diagnosticado com gastrite há um ano, fez tratamento mas foi ineficaz. Evoluiu com lesão ulcerada no estomago. Atualmente apresenta dor epigástrica continua de intensidade leve, tendo como fatores de piora a ingestão de alimentos e fatores de melhora o uso de bomba de prótons. Tempos depois foi diagnosticado com carcinoma gástrico com metástase hepática. Refere ainda perda de peso acentuada e fibrose, nega disfagia. Foi submetido a gastrectomia no flanco direito e refluxo de aspecto bilioso. Faz uso de sonda com dieta via jejunostomia 10 ml/L, constipação a 2 dias e diurese presente.

Exame Físico: abdome plano, flácido, incisão cirúrgica de gastrectomia em flanco direito com incisão cirúrgica de aspecto limpo e seco externamente, jejunostomia fechada e evacuação ausente no período, porém, apresentava vômitos durante a ingestão da dieta via sonda, pele integra, hidratada, normocorada, afebril, elasticidade compatível com a idade, perfusão periférica preservada, movimentação de MMSS/MMII preservada.

T: 36,5° Bpm:82 PA: 120x75mmHg FR:19

2.2 PONTOS-CHAVES

Com base no caso fictício, foram priorizados pontos chaves para aprofundamento da investigação:

- ✧ Gastrite
- ✧ Dor epigástrica
- ✧ Carcinoma gástrico com metástase hepática
- ✧ Gastrectomia
- ✧ Jejunostomia
- ✧ Perda de peso
- ✧ Fibrose hepática
- ✧ Diarreia/Hematêmese
- ✧ Vômitos
- ✧ Refluxo de aspecto bilioso
- ✧ Curativo Cirúrgico

2.3 TEORIZAÇÃO

2.3.1 GASTRITE

O paciente acima tem vários problemas relatados, sendo o primeiro relatado à gastrite, o qual acarretou levou aos demais problemas.

Para Ddine *et.al.*, (2012), a gastrite crônica é inflamação da mucosa do estômago e a causa mais provável é a fraqueza da barreira mucosa que protege a parede estomacal, permitindo que os sucos digestivos produzidos pelo estômago causem danos ao tecido que reveste o órgão.

Essa fraqueza pode ser causada pela bactéria *Helicobacter pylori*, que vive justamente no revestimento do estômago (Ddine *et.al.*, 2012).

De acordo com Guimarães *et.al.*, (2008), alguns fatores considerados de risco podem aumentar as chances de uma pessoa desenvolver gastrite:

- ✧ Analgésicos: o uso excessivo desses medicamentos prejudica a produção de uma substância que ajuda na proteção do revestimento do estômago.

- ✧ Idade: quanto mais velha a pessoa for, mais chances de desenvolver gastrite ela tem, pois o revestimento do estômago tende a ficar mais flácido conforme os anos vão passando. Além disso, adultos mais velhos também têm mais chances de serem infectados por bactérias e vírus ou de desenvolver doenças autoimunes que causam danos à parede estomacal

- ✧ Alcoolismo: o consumo exacerbado de bebidas alcoólicas irrita o revestimento estomacal, o que eleva os danos causados pelos sucos gástricos produzidos pelo estômago para a digestão.

- ✧ Estresse: momentos de estresse também elevam os danos causados à parede do estômago.

- ✧ Doenças autoimunes: quando as células de defesa atacam as células do próprio corpo, em vez de atacar e combater o organismo invasor, nós chamamos de uma doença autoimune. No caso da gastrite, os anticorpos atacam as células que compõem o revestimento do estômago. Geralmente, esse é um problema que acomete pessoas já com distúrbios autoimunes

✧ HIV/Aids: pessoas infectadas com o vírus do HIV, causador da Aids, apresentam falhas no sistema imunológico e estão mais sujeitas à ação de bactérias e outros vírus. Pacientes diagnosticados com a doença de Chron e com infecções provocadas por parasitas também estão mais sujeitos a desenvolver gastrite

✧ Uso de drogas: fazer uso de algumas drogas, como cocaína, também pode causar gastrite.

Ao todo, os fatores etiológicos da gastrite crônica se resumem à dieta inadequada, tabagismo, alcoolismo, medicamentos e ingestão de substâncias corrosivas, estresse por traumas, procedimentos cirúrgicos, septicemia, insuficiência hepática, irradiação do estômago e infecções sistêmicas (DDINE *et.al*, 2012).

Segundo Guimarães *et.al.*, (2008) a gastrite às vezes pode passar despercebida, mas também pode manifestar alguns sinais. Os principais sintomas são:

- ✧ Indigestão
- ✧ Queimação e azia
- ✧ Náuseas
- ✧ Vômitos
- ✧ Perda de apetite
- ✧ Dores abdominais.

Em caso de sangramento da parede do estômago:

- ✧ Fezes escuras
- ✧ Vômito de sangue ou material semelhante à borra do café.

Inúmeros estudos evidenciam que o álcool e medicamentos são agentes nocivos para a mucosa gástrica e exercem seus efeitos típicos, como também os episódios de refluxo, ocorrendo lesão gástrica crônica (GRIMARÃES *et.al*, 2008).

Depois de feito tratamento para gastrite e o mesmo não ter tido um bom resultado foram aparecendo lesões ulceradas em todo estômago do paciente. Essas lesões ulceradas são feridas bem definidas, circular ou oval, causada por o revestimento do estômago ou do duodeno ter sofrido lesão ou simples erosão pelos ácidos gástricos ou pelos sucos duodenais.

2.3.2 CARCINOMA

A situação em que o paciente se encontrava foi se agravando e o diagnóstico médico evoluiu para um carcinoma com metástase hepática, que neste caso é um problema sério. A metástase hepática vem devido à fibrose que também já tinha sido diagnosticada.

O carcinoma é o crescimento de células anormais no órgão do sistema digestivo e pode ocorrer em qualquer local de sua extensão. Grande parte desse tipo de tumor ocorre na camada mucosa (a camada de revestimento interna), surgindo na forma de irregulares pequenas lesões com ulcerações (rompimento do tecido mucoso) - características de cânceres ou tumores malignos (ZIMERMAN *et.al.*, 2008).

De acordo com Rodrigues *et.al.*, (2001), os sintomas para o carcinoma gástrico são: dor epigástrica (região central do abdômen – “boca do estômago”), sensação de “estômago cheio” após as refeições e perda do apetite durante as refeições, emagrecimento, vômitos, vômitos com sangue, azia intensa, diarreia, constipação, fadiga e fraqueza, fezes com sangue ou muito escurecidas (tipo borra de café), dificuldade para se alimentar.

Segundo Taborda (2001), o câncer de estômago é o segundo tumor maligno mais frequente do mundo, tendo incidência alta no Leste Europeu, Japão, na América do Sul (principalmente no Chile e Colômbia) e na América Central (Costa Rica). Segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), 21.500 casos novos serão diagnosticados ainda esse ano, sendo 13.820 homens e 7.680 mulheres.

Excluindo-se os cânceres de pele, o adenocarcinoma do estômago em homens é o segundo câncer mais frequente nas regiões Norte (11/100.000) e Nordeste (9/100.000) e o terceiro nas regiões Sul (24/100.000), Sudeste (21/100.000) e Centro-Oeste (13/100.000). Para as mulheres é o terceiro mais frequente na região Norte (6/100.000), o quarto no Nordeste (5/100.000) e o quinto nas regiões Centro-Oeste (6/100.000), Sudeste (11/100.000) e Sul (12/100.000), são dados de 2004 do INCA. É a segunda causa de morte por câncer entre os homens no Estado de São Paulo (TABORDA, 2001).

Com o pico incidência em homens de idade mais avançada (cerca de 65% dos pacientes diagnosticados tem idade superior a 50 anos), o câncer de estômago está em terceiro lugar na incidência entre homens e quinto, entre as mulheres (ZIMERMAN *et.al.*, 2008).

A metástase hepática é devido ao fígado ser o principal órgão acometido por metástases hematogênicas provenientes da circulação portal e um frequente alvo de metástases advindas da circulação sistêmica. O acometimento hepático por um tumor metastático é muito mais comum do que por um tumor primário, chegando a ser vinte vezes mais frequente (ZIMERMAN *et.al.*, 2008).

Segundo Zimerman *et.al.*, (2008), as metástases hepáticas ocorrem quando um câncer se espalha para o fígado a partir do seu sítio principal. Isso quer dizer que as metástases hepáticas são diferentes de um câncer que começa no fígado (chamado de câncer primário de fígado). Cânceres primários de fígado ocorrem com muito menos frequência do que metástases hepáticas. As metástases hepáticas são um problema frequentemente associado a estágios mais avançados de certos tipos de câncer, como câncer de pâncreas e câncer de mama.

Em necropsias, cerca de 40% dos pacientes com tumores extra-hepáticos apresentavam metástase hepática quando morreram. Esse fato pode ser atribuído ao fato do fígado ser a maior víscera sólida do organismo, recebendo grande fluxo sanguíneo arterial e venoso (todo sangue da cavidade abdominal drena para a veia porta, passando obrigatoriamente pelo fígado antes de atingir a veia cava). Os principais sítios primários dos tumores metastáticos do fígado são cólon, pâncreas, mama, ovário, reto, estômago, pulmões e rins, respectivamente (ZIMERMAN *et.al.*, 2008).

Para Zimerman *et.al.*, (2008), as metástases chegam ao fígado de quatro formas básicas:

- ✧ Por contiguidade: ocorre devido à proximidade do tumor primário ao fígado, como no caso dos tumores de estômago, cólon, ducto biliar e vesícula biliar;

- ✧ Por via linfática: a disseminação por via linfática ocorre dos tumores de mama, pulmão e também dos órgãos drenados pela veia porta;

✧ Pela artéria hepática: a disseminação pela artéria hepática, por via sistêmica, ocorre em casos como tumores pulmonares e melanomas;

✧ Pela veia porta: as metástases chegam ao fígado predominantemente através da veia porta, de forma que metástases hepáticas podem ser encontradas em quase metade dos casos em que há acometimento de um órgão drenado pela veia porta.

Embora a via preferencial de metastatização seja a veia porta, as metástases hepáticas são supridas quase que exclusivamente através da artéria hepática. Nos carcinomas colorretais parece haver uma predileção pela metastatização para o lado direito do fígado, embora não haja substratos que expliquem totalmente essa tendência (ZIMERMAN *et.al.*, 2008).

De acordo com Zimerman *et.al.*, (2008), os passos biológicos relacionados ao surgimento de uma metástase envolvem além perda do controle da proliferação celular a ocorrência de alterações na regulação da motilidade celular, de fatores relacionados à aditividade celular e de proteólise estromal. Os sítios de instalação das metástases pode estar relacionado à existência de estruturas celulares ou endoteliais que permitam a adesão das células metastáticas. As moléculas de aditividade celular têm estruturas semelhantes a anticorpos, tendo sido identificada como no caso do DCC e CEA (relacionados ao câncer colo-retal).

Devido ao agravamento do problema gástrico do paciente em questão foi indicada a intervenção cirúrgica.

A indicação de intervenção cirúrgica diminuiu com o avanço da terapia medicamentosa e seu sucesso no tratamento das úlceras pépticas. Entretanto, nos casos de complicações nos pacientes com câncer gástrico, os procedimentos cirúrgicos continuam sendo o único tratamento (BERTO *et.al*, 2002).

2.3.3 GASTRECTOMIA

A gastrectomia e o controle regional através da linfadenectomia para os tumores gástricos permanecem como a melhor possibilidade de cura para o câncer gástrico (PINTO et al., 2001).

Quando comparados aos pacientes jovens, as taxas de mortalidade e complicações operatórias são maiores em pacientes idosos submetidos à ressecção gástrica. Todavia, permanece controverso se esses pacientes têm uma evolução menos favorável devido à idade ou às condições concomitantes, tais como uma reserva fisiológica limitada, doenças coexistentes ou uma agressividade maior da doença (TONETO et al., 2004).

Então neste caso foi indicada a gastrectomia que consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, assim refazendo o trânsito gastrointestinal através da anastomose com o duodeno ou jejuno (BERTO et al., 2002).

A gastrectomia é dividida em:

Parcial – onde se remove apenas uma parte do estômago, junto com uma parte do esôfago ou a primeira parte do intestino delgado (duodeno).

E a total a qual foi indicado ao paciente relatado no caso, com a retirada total do estômago.

A indicação de intervenção cirúrgica diminuiu com o avanço da terapia medicamentosa e seu sucesso no tratamento das úlceras pépticas. Entretanto, nos casos de complicações de úlceras (perfurações, estenoses, hemorragias não controladas) e nos pacientes com câncer gástrico, os procedimentos cirúrgicos continuam sendo o único tratamento (BERTO et al., 2002).

Segundo Berto et al., (2002), a perda de peso é a expressão direta do déficit energético, podendo se estabilizar alguns meses da cirurgia e ficar, muitas vezes, situada definitivamente abaixo do peso no pré-operatório, o que pode estar relacionado diretamente à redução da ingestão alimentar e à má absorção de nutrientes, assim como ser consequência da doença de base. A anemia é manifestação comum em pacientes gastrectomizados, podendo ser ferropriva e/ou megaloblástica.

Não existe indicador ideal, que isoladamente, possibilite a avaliação do estado nutricional. A escolha dos indicadores a serem utilizados é de difícil

definição e depende, entre outros elementos, do tipo de doença estudada e da disponibilidade operacional do serviço. Para atenuar essas limitações individuais dos indicadores nutricionais, têm-se utilizado no Centro de Metabolismo e Nutrição (CeMeNutri) da Faculdade de Medicina - UNESP, Botucatu, SP, a combinação de indicadores alimentares, antropométricos e laboratoriais(BERTO *et.al*, 2002).

Raros são os estudos que avaliaram o estado nutricional completo dos pacientes com gastrectomia. Observa-se que o estado nutricional dos pacientes com gastrectomia pode, em alguns casos, piorar em geral moderadamente, após qualquer um dos tipos de gastrectomia e que as deficiências nutricionais podem surgir em até 5 a 10 anos depois da cirurgia(BERTO *et.al*, 2002).

Apesar de haver evidências de que a retirada parcial ou total do estômago resulte em desnutrição protéico-energética (DPE) no pós-operatório, a maioria dos trabalhos refere apenas a sua existência, não documentando as condições de sua frequência, nem graduando sua intensidade frente aos tipos de gastrectomia e tempo de pós-operatório (BERTO *et.al*, 2002).

2.3.4 JEJUNOSTOMIA

Foi necessário também realizar um procedimento no paciente, que é conhecido como jejunostomia, que também é o foco deste trabalho. Segundo Santos *et.al.*, (2011), a jejunostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal. As vias de acesso habitualmente empregadas para realização da jejunostomia são: laparotomia, laparoscopia e endoscopia.

A jejunostomia temporária é indicada, ocasionalmente, como complemento de operações abdominais de grande porte nas quais envolvem ressecção gástrica e se prenuncia "íleo adinâmico" pós-operatório prolongado, bem como a ocorrência de fístulas digestivas (SANTOS *et.al.*, 2011).

Alimentação Temporária: Indicada quando o acesso ao trato digestivo está prejudicado, para recuperação e manutenção do estado nutricional, até que seja restabelecido o trânsito alimentar: estenose cáustica envolvendo esôfago e estômago e eventualmente, em pacientes com coma prolongado e passado de gastrectomia (SANTOS *et.al.*, 2011).

Para Santos *et.al.*, (2011), a definitiva que é o caso do nosso paciente é indicada como terapêutica paliativa em pacientes portadores de *neoplasia malignairressecável* do estômago. A jejunostomia definitiva também está indicada em pacientes com a deglutição e o apetite afetados, como nas doenças neurológicas, demência, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral, onde o estômago não pode ser utilizado ou não está disponível.

Neste caso do paciente J.C.S a jejunostomia é usada como sonda de alimentação definitiva. Para Santos *et.al.*, (2001) a jejunostomia é indicada como terapêutica paliativa em pacientes portadores de *neoplasia malignairressecável* do estômago.

A jejunostomia tem como efeito colateral as náuseas e vômitos, neste caso podem entrar com um antiemético que tem como principaisitio de ação os próprios receptores dos neurotransmissores(SANTOS *et.al.*, 2011).

De acordo com Santos *et.al.*, (2011), ajejunosomia em determinado momento, pode servir para descompressão do trato digestório e em outra fase ser utilizada para alimentação, como o paciente apresentado.

Segundo Santos *et.al.*,(2011), a técnica de colocação da jejunosomia é feita através de uma incisão mediana supra-umbilical, desta forma é feito o afastamento do colo transversal com identificação da porção fixa do jejuno, ao nível do ângulo duodenojejunal (ângulo de Treitz) em seguida é feito a apreensão da borda contra mesentérica do jejuno proximal com pinças para avaliar a aproximação do jejuno com o peritônio. Realiza-se uma sutura seromuscular em bolsa concêntrica, que é amarrada de maneira a invaginar a sutura anterior sem provocar estreitamento da luz jejunal, prende-se a linha alba com duas pinça kocher para exposição de hipocôndrio esquerdo e incisão na pele do tamanho suficiente para passagem da sonda, introduz então uma pinça de schinidt através da incisão na parede abdominal e apreensão da sonda colocada no jejuno, fazendo assim a tração externa com duas pinças de kocher utilizadas para apreensão da linha alba e contra-tração por meio dos dedos indicadores da parede do hipocôndrio esquerdo com o objetivo de aproximar o peritônio parietal da parede jejunal, fazendo a fixação do jejuno a parede abdominal e a fixação da sonda na pele.

A mortalidade após a realização da jejunosomia é rara se o paciente é adequadamente preparado, se a técnica operatória é bem executada e sem contaminação (SANTOS *et.al*, 2011).

A morbidez está relacionada principalmente com a incontinência da estomia, infecção da parede e troca de sondas. Na incontinência, o refluxo da secreção gástrica em torno da sonda é fator de contaminação e infecção peritoneal e parietal, além de lesões cutâneas (SANTOS *et.al*, 2011).

Segundo Santos *et.al.*, 2011, ajejunosomia permanente realizada em virtude de obstrução esofágica pode receber líquidos como água e leite dentro de 24 horas, enquanto continua a hiper-alimentação endovenosa. Os líquidos de valor calórico e vitamínico elevados são acrescentados gradualmente. Após uma ou mais semanas a sonda pode ser removida para limpeza, mas deve ser imediatamente substituída em virtude da tendência a um rápido fechamento do trajeto.

Esses procedimentos, embora de execução simples e rápida, não devem ser subestimados. Em virtude do desconforto que traz e por constituir alternativa de entrada dos alimentos, os pacientes a têm como uma doença e um transtorno e por isso qualquer complicação é muito mal recebida. Estoma pequeno e alto no estômago permite troca fácil da sonda e menor possibilidade de incontinência. A sonda não deve, em princípio, sair pela incisão da laparotomia, mas por contra-abertura pequena, trans ou pararretal esquerda, afastada da linha mediana para não expor a incisão cirúrgica à contaminação e à supuração, com possibilidade de evisceração e, tardiamente, de hérnia incisional(SANTOS *et.al*, 2011).

2.3.5 TERAPIA NUTRICIONAL

Segundo Brito e Creyer (2003), a terapia nutricional(TN), definida como o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, é dividida em dois tipos: terapia nutricional enteral (TNE), que é o conjunto de procedimentos terapêuticos para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição enteral (NE) e a terapia nutricional parenteral (TNP), que é o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição parenteral (NP).

A jejunostomia é uma forma de terapia de nutrição enteral (TNE), que se entende por um conjunto de procedimentos terapêuticos empregados para manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio de nutrição enteral.

De acordo com Brito e Creyer (2003), quando a terapia nutricional utilizada é a dieta por sonda enteral, suporte via oral ou nutrição parenteral, deve-se calcular a quantidade de calorias e de proteína contida na solução que foi ingerida ou infundida, somando-se todos os aportes (parenteral, enteral e via oral).

Faz-se necessário o conhecimento acerca da melhor via de acesso nutricional de maneira que a terapia não seja prejudicada ou suprimida, a fim de garantir um tratamento efetivo, seguro e que atenta toda a necessidade do paciente.

Segundo Brito e Creyer (2003), a desnutrição, frequentes em pacientes hospitalizados, deve ser prevenida e tratada, pois o estado nutricional prejudicado aumenta o risco de complicações e piora a evolução clínica dos pacientes. Portanto, a terapia nutricional (TN) constitui parte integral do cuidado ao paciente.

A terapia nutricional enteral (TNE) tem sido empregada rotineiramente como alternativa bem sucedida para melhorar as condições nutricionais nos pacientes hospitalizados. A manutenção e até mesmo a recuperação do estado nutricional vêm sendo encontradas com frequência entre pacientes que recebem TNE. Entretanto, a indicação da TNE deve seguir critérios bem definidos. Entre os critérios está o aporte insuficiente de nutrientes, seja qual

for o motivo. O aporte insuficiente de nutrientes torna-se ainda mais crítico em presença de desnutrição. Daí a importância do diagnóstico nutricional, que no caso do enfermo representa um desafio, pois a desnutrição aguda nem sempre se expressa pelos indicadores antropométricos. De outro lado, os indicadores bioquímicos do estado nutricional podem sofrer interferência do processo da doença, o que pode mascarar os resultados. Há que se considerar ainda, as dificuldades de obtenção de medidas antropométricas de pacientes acamados e as alterações da composição corporal em água, inerentes ao processo da doença (MERHI, MORETE e OLIVEIRA, 2009).

Todo alimentação via sonda leva o paciente a perda de peso, e com a jejunostomia não é diferente.

Segundo Kamijie e Oliveira, (2003), a perda de peso dos pacientes depende da extensão da ressecção gástrica, da preservação do piloro e do tipo de vagotomia realizada. Diminuição de ingestão de alimentos é a causa mais importante e pode ser secundária à saciedade precoce, dispepsia, perda de apetite, fatores socioeconômicos ou à restrição voluntária da ingestão pelo paciente para evitar sintomas.

2.3.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM JEJUNOSTOMIA

Os cuidados de enfermagem em relação a jejunostomia são bem simples e podem ser o mesmo que o de alguns outros tipos de estomas.

Consiste em limpar diariamente a pele ao redor da sonda com água morna ou sabão neutro; aplicar gazes e fixar com fitas alergênicas, observar várias vezes ao dia a pele procurando evidenciar sinais de vazamento ou infecção, tais como: eritema, drenagem purulenta ou edema. Observar a coloração em que se encontra o estoma, se há sangramento ou não, os cuidados também devem estar ligados a alimentação do paciente, verificação de sinais vitais e não esquecendo de fazer as anotações e evoluções que o paciente anda tendo ao decorrer do tratamento.

Avaliar a pele periestomal a cada troca do sistema de bolsa, documentando os achados e tratando quaisquer anormalidades. Importante que no momento que for fazer a troca de bolsa, ensinar ao paciente e a família a cuidar do sistema de bolsa quanto ao esvaziamento de rotina, limpeza da pele e do estoma, e a troca do sistema de bolsa até que a independência seja alcançada.

Instruir o paciente e quem está ao seu redor a fazer os ajustes no estilo de vida em relação ao controle de gases e do odor, para a obtenção de suprimentos de estomia, e sugestões acerca de banho, vestimentas e viagens.

Um dos principais focos levantados da enfermagem para com um paciente com estomas é incentivar e motivar ele a falar, ou seja, estimular ele a verbalizar seus sentimentos acerca da ostomia, das mudanças na imagem corporal e das questões sexuais, entre outras.

Em casos de pós-operatórios é necessário administrar os cuidados normais a uma cirurgia abdominal, avaliando a cor da incisão no caso, o estoma. Aplicar a bolsa mais próxima o possível do estoma sem sofrer nenhum atrito e sem provocar constrição.

Avaliar no momento do exame físico a distensão abdominal, que reduz o fluxo sanguíneo para o estoma através da tensão mesentérica. Avaliar e esvaziar os drenos e a bolsa de ostomia com frequência, para promover a patência e manter a vedação.

Monitorar a ingestão e a eliminação com extrema precisão, pois a eliminação pode continuar sendo alta durante o período de pós-operatório inicial.

E ter a disposição sempre que o paciente estiver necessitando.

Também faz parte dos cuidados de enfermagem, estimular o conhecimento do paciente ao procedimento realizado, procurando reduzir a ansiedade, fornecendo informações acerca dos resultados esperados, como tipo de consistência dos líquidos que estão sendo eliminados. Introduzir etapas gradativas para conseguir um controle independente da ostomia.

Ensinar o procedimento que será feito, no caso da jejunostomia a infusão da alimentação. E sempre reconhecer que é normal ter sentimentos negativos em relação a uma cirurgia.

Auxiliar o paciente em banho de aspersão uma vez ao dia, se necessário ajudar com cadeiras de rodas.

Verificação de sinais vitais, levando em consideração o quinto sinal, a dor. Tentando proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente com uma diminuição no quadro da dor.

Sempre manter o paciente em decúbito elevado entre 30° e 45°, conferir a comodidade e como o paciente se sente, e auxiliar na mudança de decúbito se necessário. Incentivar o paciente a caminha e se movimentar o máximo possível, sempre se preocupando com os limites dele.

Após o banho realizar a troca de curativos, se necessário duas vezes ao dia ou mais.

Salinizar acesso venoso após qualquer administração de fármaco.

Anotar aspecto e perda de colostomia.

2.3.7 MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA A PACIENTE

BROMOPRIDA

No caso do paciente relatado foi indicado o bromoprida para o alívio dos distúrbios da motilidade gastrointestinal, situações de refluxo gastroesofágico, náuseas, vômitos e para facilitar procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal.

Cuidados de Enfermagem:

A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendação e o tratamento não deve ser interrompido, a medicação não pode ser usada em pacientes gestantes ou com suspeita de gestação deve ser confirmada antes de iniciar o tratamento.

Recomenda a paciente que use método contraceptivo seguro e adequado durante a terapia.

Informar ao paciente as reações adversas mas frequentes

Recomendar ao paciente que evite o uso de qualquer outra droga durante a terapia.

Antes e durante a terapia, avaliar o uso atual ou anterior de neuroleptico, o desenvolvimento de reações adversas, a necessidade de orientação nutricional.

Interação medicamentosa atenção durante o uso concomitante de outras drogas.

DIPIRONA

A dipirona pode ser usada como antipirético e analgésico é droga anti-inflamatória não-estereoidal (AINE) de primeira geração. A dipirona inibe a COX1 e COX3, agindo no córtex cerebral e medula espinhal e coração.

A dipirona necessita de um cuidado especial quando a sua administração, pois é um medicamento que pode desencadear reações alérgicas, portanto sempre é bom e dever do enfermeiro que vai administrar o medicamento conversar com o paciente ou algum familiar e procurar saber se

este paciente já desencadeou alguma reação em relação a esse medicamento. E se costuma fazer o uso do mesmo frequentemente.

Cuidados de Enfermagem:

A medicação deve ser administrada exatamente conforme recomendação e o tratamento não deve ser interrompido, sem o conhecimento do médico, ainda que o paciente alcance melhora. A medicação não deve ser usada em doses altas ou durante períodos prolongados sem controle médico.

A resposta terapêutica, nos casos de dor ou febre, pode ser observada geralmente em 30 min., após a administração.

A medicação não deve ser usada em crianças < 3 meses de idade ou < 5 kg nem durante a gestação ou lactação. No caso de gravidez (confirmada ou suspeita) ou, ainda, se a paciente estiver amamentando, o médico deverá ser comunicado imediatamente. Os pacientes diabéticos não devem receber a forma solução oral porque contém açúcar.

Informe ao paciente (ou ao seu responsável) as reações adversas mais frequentemente relacionadas ao uso da medicação e que, diante e ocorrência de qualquer uma delas, principalmente desconforto respiratório, como também aquelas incomuns ou intoleráveis, o médico deverá ser comunicado imediatamente.

TRAMADOL

Em relação às dores que o paciente sente é feita uma terapia medicamentosa com o tramadol que é um analgésico narcótico. É um fármaco analgésico de ação central, utilizado no tratamento de dores moderadas e intensas, entra na classe farmacológica de opióides de baixa potência.

DIAZEPAN

Em casos cirúrgicos podemos usar o diazepam que serve no tratamento de estados de excitação associados à ansiedade aguda e pânico assim como na agitação motora e no delirium tremens. O Diazepam está indicado para sedação basal antes de procedimentos terapêuticos ou intervenções tais como: cardioversão, cateterismo cardíaco, endoscopia, exames radiológicos,

pequenas cirurgias, redução de fraturas, biópsias, curativos em queimados, etc., com o objetivo de aliviar a tensão, ansiedade ou estresse agudo e para diminuir a lembrança de tais procedimentos. Entra na classe dos benzodiazepínicos. Tem como efeitos adversos mais comum o cansaço e a sonolência.

Cuidados de Enfermagem:

Instrua o paciente a tomar a medicação conforme recomendado e não interromper o tratamento sem conhecimento do médico. O uso da medicação não deve ser suspenso subitamente principalmente após as terapias prolongadas, devido ao risco de desenvolvimento de sintomas de abstinência as doses devem ser reduzidas lentamente e gradualmente durante o tratamento.

A medicação não recomendada para o tratamento do estresse diário.

A medicação não deve ser usada durante a gestação ou lactação.

Informar ao paciente as reações adversas mais frequentes relacionadas ao uso da medicação e na ocorrência de qualquer uma, principalmente as incomuns ou intoleráveis, o médico deve ser informado e consultado.

Durante a medicação e após a administração, monitorar os sinais vitais (a cada 15 min); após a administração o paciente deve permanecer em repouso durante 3 horas quando administrado em ambulatório, não permitir que o paciente saia e nem dirija veículos.

Orientar para que não use bebidas alcoólicas no período do tratamento.

OMEPRAZOL

As lesões ulceradas são tratadas especialmente pelo omeprazol, medicamento que age diretamente na bomba de prótons da mucosa gástrica, o omeprazol também é indicado no tratamento de erradicação do H. pylori em esquemas de terapia múltipla e na proteção da mucosa gástrica contra danos causados por anti-inflamatórios não-esteroidais.

Cuidados de Enfermagem:

A medicação deve ser administrada exatamente conforme o médico prescreveu e o tratamento não deve ser interrompido, sem conhecimento do médico, ainda que o paciente alcance melhoras.

A medicação deve ser usada cuidadosamente durante a gestação ou lactação, ou em caso de suspeita de gravidez o médico deve ser informado. Informar ao paciente as reações adversas mais frequentes.

2.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Para obtenção de uma possível hipótese de solução e alguns diagnósticos que se referem ao cuidado do paciente, relacionado com os pontos chaves citados acima foi usado o NANDA (2012-2014).

Os diagnósticos que seguem são referentes aos problemas que o paciente apresenta ou poderia apresentar no futuro, e os possíveis cuidados que a enfermagem poderia ter com este paciente.

Diagnostico de Enfermagem	Plano de Cuidados – Prescrição de Enfermagem
☆ Ansiedade: relacionado à estado clínico, evidenciado por agitação, irritabilidade, solicitações em excesso.	☆ Estimular atividades recreativas; ☆ Estimular exposição de sentimentos; ☆ Oferecer apoio psicológico; ☆ Orientar/registrar presença de acompanhante; ☆ Observar e anotar estado de consciência.
☆ Risco de padrão respiratório: relacionado à estado clínico, evidenciado por agitação, irritabilidade, solicitações em excesso.	☆ Manter cabeceira elevada; ☆ Verificar saturação de O ₂ ; ☆ Incentivar paciente a tossir; ☆ Observar e anotar padrão respiratório: tosse, expectoração, dispneia; ☆ Atentar para presença de cianose periférica e perioral; ☆ Observar e anotar

	estado de consciência.
<p>☆ Risco de broncoaspiração: relacionado à alimentação por sonda, efeitos secundários evidenciado por presença de jejunostomia, náuseas, emêse.</p>	<p>☆ Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir;</p> <p>☆ Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo;</p> <p>☆ Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado;</p> <p>☆ Manter aspirador disponível.</p>
<p>☆ Risco de queda: relacionado à quarto não familiar, ausência de material antiderrapante, condições pós-cirúrgicas, dificuldade na marcha, mobilidade e tônus prejudicados, mudança na taxa de açúcar, evidenciado por presença de ferida operatória extensa em abdome, colostomia inadequação de disposição de leitos, espaço limitado.</p>	<p>☆ Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda;</p> <p>☆ Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente;</p> <p>☆ Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas;</p> <p>☆ Manter elevadas as grades de proteção da maca;</p> <p>☆ Manter cama em altura adequada para prevenir quedas.</p>
<p>☆ Risco de glicemia instável: relacionado à ingestão alimentar, estresse, perda de peso, nutrição via sonda, evidenciada por nutrição via jejunostomia, pós-cirúrgico de gastrectomia, falta de aceitação ao diagnóstico.</p>	<p>☆ Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório;</p> <p>☆ Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia;</p> <p>☆ Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ☆ Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ☆ Risco de desequilíbrio eletrolítico: relacionado à efeitos secundários relacionado a tratamento, diarreia, vômito, volume de líquido deficiente, mecanismos reguladores prejudicados, evidenciado por baixa ingestão de líquidos, êmese, tegumento desidratado. 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica; ☆ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca); ☆ Monitorar níveis de eletrólitos séricos; ☆ Verificar presença de sangramentos; ☆ Realizar balanço hídrico.
<ul style="list-style-type: none"> ☆ Risco de sangramento: relacionado à distúrbios gastrintestinais, efeitos secundários do tratamento, incisões cirúrgicas, evidenciado por ferida operatória gastrintestinal, presença de sonda introduzida em jejuno. 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ Observar presença de manchas no corpo do paciente; ☆ Orientar a acompanhante para que o paciente mantenha repouso; ☆ Observar e registrar presença de sangue.
<ul style="list-style-type: none"> ☆ Risco de Infecção: relacionado à aumento de exposição ambiental a patógenos, defesas primárias inadequadas, procedimentos invasivos, defesas secundárias inadequadas, doença crônica, evidenciado por: presença de 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos; ☆ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);

<p>cateter venoso, ferida operatória, colostomia, jejunostomia.</p>	<ul style="list-style-type: none">✧ Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento;✧ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações;✧ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente.
---	--

2.5 APLICAÇÃO Á REALIDADE

O plano de cuidados do paciente em relação à equipe de enfermagem refere-se à observação, conversa para saber como ele está se há alguma melhora ou não, como anda a alimentação, nível de consciência, como está se sentindo em relação à dor, capacidade de locomoção, hidratação do mesmo, perda de peso, verificação de sinais vitais e administração de medicamentos.

Sempre lembrando que o enfermeiro é o profissional da saúde mais próximo ao paciente, portanto é necessário que haja uma confiança entre os dois, para desta forma, se obter um melhor resultado no tratamento e com um cuidado mais específico o paciente se sentir mais acolhido ao âmbito hospitalar.

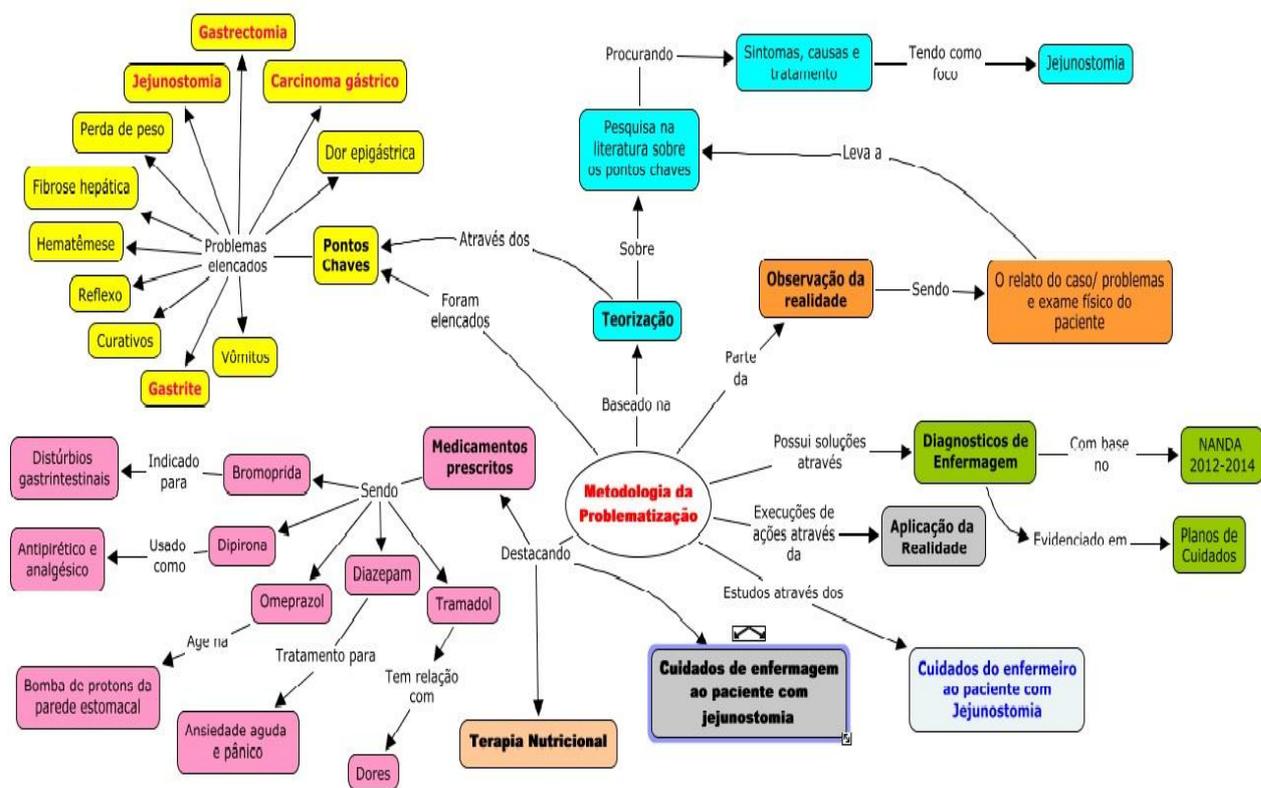
Fazendo assim o enfermeiro procura ter uma evolução mais rápida do paciente, que nesse caso consiste em não ter uma perda de peso muito acentuada, manter uma boa hidratação corpórea, diminuição da dor, regulação de sinais vitais e uma melhora na qualidade de vida.

Assim podemos avaliar de acordo com o tempo percorrido e o tempo de internação os problemas foram passando e o tratamento fazendo efeito, as náuseas e os vômitos diminuíram bastante, quase não há mais, a dor na região abdominal é menor.

O carcinoma com metástase hepática não teve evolução, desta forma o tumores não estão se proliferando, ainda faz uso de tratamento para isto.

Todos são cuidados feitos para que tenha uma melhora significativa deste paciente para que a evolução seja pontualmente elevada e que assim faça com que o paciente tenha uma melhora rápida.

2.6 MAPA CONCEITUAL



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, podemos concluir que no caso do tema abordado neste trabalho, precisamos de uma boa interação da equipe multidisciplinar, pois os cuidados de enfermagem se faz presente durante todo o tempo, a conversa com o médico para procurar uma melhor forma de se tratar esse paciente, a relação com as prescrições, também como ele faz uso de sonda para a alimentação, é necessário também um acompanhamento mais detalhado com um nutricionista, para assim manter um equilíbrio nutricional para este cliente. Com o uso da polifármacia se faz necessário um acompanhamento com um farmacêutico, que tem maior conhecimento para com os medicamentos e a interação medicamentosa que possa ter entre eles.

Neste Trabalho abordamos como assunto principal problemas relacionados ao TGI, tendo como foco principal a jejunostomia que é uma forma de nutrição enteral, importante para pessoas com distúrbios gastrointestinais, porém não é muito conhecida. Então concluímos que quando há necessidade de fazer intervenções cirúrgicas nos pacientes com problemas gastrointestinais, que no caso do trabalho apresentando foi a gastrectomia, ou seja, a retirada total ou parcial do estômago. Nesses casos há uma dificuldade maior de manter a nutrição, evitar a perda de peso e manter a qualidade de vida deste paciente.

Conseguimos cumprir todos os objetivos apresentados, tirando as dúvidas que foram surgindo, e mesmo assim passando por algumas dificuldades na montagem do trabalho, porém com a união do grupo, conseguimos finalizar o trabalho com sucesso.

Este trabalho foi muito importante para nosso conhecimento a compreensão do tema nos fez crescer profissionalmente, e o aprofundamento do tema nos fez conhecer caminhos novos, procedimentos novos, e que tudo isso não é tão simples quanto aparenta, o tema escolhido é um tema rico que lá no futuro pode nos ajudar muito.

Este trabalho permitiu abrir a mente e ver que alguns tratamentos se tornam desafiador e ao mesmo tempo motivador, incentivando a ir mais adiante.

4 REFERENCIAS

Zimerman et.al., Metaplasiamegariocítica hepática em paciente com trombocitemia essencial; Hematologia B. Aires; Abril 2008.

Taborda et.al., Fatores alimentares envolvidos no desenvolvimento de metaplasia intestinal em dispépticos funcionais; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2001.

Rodrigues et.al., Metaplasia intestinal e carcinoma gástrico: correlação com os subtipos histológicos da neoplasia; Rio de Janeiro, RJ, 2001.

Ddine et.al., Gastrite crônica em pacientes com presença ou ausência do helicobacterpylori. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200007 >
Acesso em 13 de abril de 2015.

Guimarães et.al., Fatores relacionados a sua patogêmsese. Disponível em <
http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/revisao5.pdf> Acesso em 12 de abril de 2015.

Anatomia humana 2º Ed. – São caetano do Sul,SP: Yendis Editora, 2006.

Colombo e Berbel, A metodologia da problematização com o arco de magueres e sua relação com o saberes de professores. Disponível em <
<http://unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/METODOLOGIA%20DA%20PROBLEMATIZACAO%20-%205.pdf>> Acesso em 22 de abril de 2015.

Merhi, Morete Oliveira, Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ag/v46n3/15.pdf> > Acesso em 22 de abril de 2015.

Santos et.al., Gastrectomia e Jejunostomia: aspecto da evolução técnica e da ampliação das indicações. Disponível em <
http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf> Acesso em 11 de abril de 2015.

WAITZBERG, Dan linetzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.** 3º ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006. pág 561- 590. ACESSO DIA 12/03/15.

Berto et.al., Desnutrição protéico-energetica no paciente gastrectomizado. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032002000100002&lang=pt > Acesso em 12 de abril de 2015.

Kamiji e Oliveira, Estado Nutricional e avaliação dietética de pacientes gastrectomizados. Disponível em <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032003000200005&lang=pt> Acesso em 13 de abril de 2015.

Creyer, Condutas do nutricionista. Disponível em <http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual_nutricionista_2004-11-02.pdf ACESSO 22/4/15> Acesso em 22 de abril de 2015.

Toneto et.al., Gastrectomia em pacientes idosos – análise dos fatores relacionados a complicações e mortalidade. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912004000600008 > Acesso em 01 de maio de 2015.

Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem. Editora Epub, 2009.

Pinto et.al., Estudo da morbi-mortalidade relacionada à gastrectomia a D2. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/artigo3.html> Acesso em 01 de maio de 2015.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014 – Porto Alegre: Artmed, 2013.

Bula online OMEPRAZOL. Disponível em <<http://www.medicinanet.com.br/bula/3856/omeprazol.htm>> Acesso em 16 de abril de 2015.

Bula online DIAZEPAM. Disponível em
<<http://www.medicinanet.com.br/bula/1885/diazepam.htm>> Acesso em 16 de abril de
2015.

Bula online BROPOPRIDA. Disponível em
<<http://www.medicinanet.com.br/bula/1018/bromoprida.htm>> Acesso em 16 de abril de
2015.

BRUNNER, Práticas de Enfermagem. V.2, 9º Ed. Editora Guanabara; Rio de Janeiro,
2014.