

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE CRÍTICO¹

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE TO A CRITICAL PATIENT

**Andressa de Oliveira Zambrano², Bruna Fleck Tagliari², Daniel de Freitas Silva Sulivan²,
Débora dos Santos Leão², Juliane Nunes², Kaliandra Cechin² e Cláudia Zamberlan³**

RESUMO

O estudo objetivou-se realizar a avaliação de um paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva no intuito de implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Foi delineado como um estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto a novembro de 2010. O instrumento de pesquisa foi um *check list* com questionamentos e dados referentes à anamnese e exame físico do sujeito em estudo. Foi delineada a sistematização de enfermagem para o caso exposto, objetivando valorizar a criticidade do sujeito da pesquisa. Os dados obtidos foram analisados por meio de referencial teórico específico que aponta questões inerentes ao cuidado crítico. Neste contexto foi possível concluir que é de suma importância a visão do processo de enfermagem, com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Desta forma a equipe poderá ser capaz de proporcionar melhores condições de tratamento para o paciente. Ainda que este processo está sendo desenvolvido gradativamente e depende exclusivamente da consciência e competência dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva, tratamento, avaliação em saúde.

ABSTRACT

This study aims at evaluating a critically ill patient in an intensive care unit in order to implement the Nursing Care System. It is case study with a qualitative approach carried out with a patient hospitalized in the Intensive Care Unit of San Francisco Hospital in Santa Maria, RS, Brazil, from August to November 2010. The survey instrument was a checklist with questions and data on medical history and physical examination of the subject under study. It was outlined the nursing systematization aiming to highlight the critic state of the patient. The data were analyzed using a specific theoretical framework that points to the critical care issues involved. In this way, the team may provide the best treatment conditions for the patient. This process is being increasingly developed and it exclusively depends on the conscience and competence of health professionals.

Keywords: intensive care unit, treatment, health evaluation.

¹ Pesquisa de Extensão - UNIFRA.

² Acadêmicos do Curso de Enfermagem - UNIFRA. E-mail: andressaz@hotmail.com

³ Orientadora - UNIFRA. E-mail: claudiazamberlanenator@gmail.com

INTRODUÇÃO

Historicamente, a assistência aos enfermos graves foi uma preocupação inicial atribuída à Florence ao atuar na guerra da Criméia, deflagrada em 1854. É desse período a sua recomendação para agrupar os pacientes mais graves e com maior grau de dependência em um setor onde a enfermagem possa manter uma vigilância e atendimento constantes. A preocupação central de Florence foram fatores ambientais (ar e água limpos, controle de ruídos, rede de esgotos adequada, diminuição da sensação de frio, entre outros) e as formas pelas quais estes afetam a recuperação do paciente. Logo, na metade do século XIX, época em que Florence instituiu a enfermagem profissional moderna, a meta foi colocar o indivíduo na melhor condição sob ação da natureza, o que se dá, basicamente, por meio do impacto sobre o ambiente (TORRES; NIGHTINGALE, 1993).

Dessa forma com o desenvolvimento na assistência, os cuidados foram especificados de acordo com o grau do quadro clínico do paciente. Para enfermos instáveis, com patologias graves, e um nível acentuado de sintomatologia, a unidade mais indicada é a de Terapia Intensiva, pois paralelo ao desenvolvimento dessa unidade hospitalar, os cuidados de enfermagem também evoluíram de acordo com a singularidade de cada paciente crítico.

Atualmente, o campo do intensivíssimo, juntamente com as diversas áreas de conhecimento, cada vez mais vem produzindo e validando novas particularidades e novos procedimentos, tecnologias e intervenções técnicas.

Os profissionais de saúde estão aperfeiçoando a disciplina científica, não só assistencial, mas incluindo um conhecimento positivo do indivíduo na forma especial de falar sobre os humanos. Indivíduo e população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenções dos profissionais da saúde. Nessa arquitetura hospitalar, era e é função da enfermagem a presença constante para assistir, cuidar e acompanhar o tratamento clínico dos pacientes (FOUCAULT, 1981).

A enfermeira é citada como agente de cuidados críticos, que trabalha em unidades de cuidados intensivos nos hospitais, e em outros locais onde a criticidade é dada, como ambulatórios e até mesmo de saúde em domicílio. Os cuidados de enfermagem, em UTI, são para pacientes com situações críticas de quadros agravados (CONSELHO NACIONAL DE CONSELHOS DE ENFERMAGEM DO ESTADO, 2008). O monitoramento e fiscalização são de suma importância, devido à fragilidade das condições dos pacientes. Também os profissionais da saúde são responsáveis por comunicar o estado do paciente com seus familiares e/ou significantes.

Qualquer mudança sutil na condição de um paciente que possa justificar a intervenção médica deve ser observada rapidamente, por isso a equipe de saúde deve ser cautelosa e ter habilidades altamente especializadas de enfermagem, para lidar com essas situações de alto risco e de saúde de alta tensão (CONSELHO NACIONAL DE CONSELHOS DE ENFERMAGEM DO ESTADO, 2008).

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nas unidades de

terapia intensiva, proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. Oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde (ANDRADE; VIEIRA, 2005). É composta pela documentação das etapas do processo de enfermagem, a fase do histórico, do diagnóstico de enfermagem, do planejamento e a avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2006), etapas adotadas neste estudo.

Neste contexto delineado, buscou-se pesquisar e integrar as atividades teóricas práticas do 6º semestre do curso de enfermagem, no intuito de abordar ações referentes ao cuidado de um paciente crítico.

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar a avaliação de um paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva a partir do instrumento da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

METODOLOGIA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico.

Este estudo trata de uma pesquisa do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. “Estudo de Casos únicos representam um projeto comum para se realizar estudos de caso, e foram descritos em duas etapas: as que utilizam projetos holísticos e as que utilizam unidades incorporadas de análise” (YIN, 2001).

O estudo foi realizado com um paciente internado na UTI do Hospital São Francisco, Santa Maria - RS, no período de agosto a novembro de 2010, com acompanhamento periódico dos pesquisadores.

Foi delineada a sistematização de enfermagem para o caso exposto, objetivando valorizar a criticidade do mesmo. O instrumento de pesquisa foi um *check list* baseado no modelo da Sistematização de Assistência de Enfermagem com dados referentes à anamnese e exame físico do sujeito em estudo, disponibilizado pelo supervisor de estágio em UTI.

O trabalho seguiu os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos. O mesmo foi proposto pela disciplina de desenvolvimento profissional VI.

RESULTADOS

Paciente A.N.C, do sexo masculino, 91 anos. Apresenta diagnóstico médico de infecção respiratória, bloqueio átrio ventricular total, hipertensão e diabetes. Familiares referem não ter informações sobre dados mórbidos tais como hipertensão.

No exame físico, não foi possível coletar dados subjetivos devido à gravidade do caso. Referente aos dados objetivos do mesmo foi considerado em mau estado geral; tensão arterial variável; pulso radial com ritmicidade regular, intensidade cheio e normal, porém taquisfígmico por períodos;

frequência cardíaca (pulso apical) normocárdico e taquicárdico por períodos; temperatura axilar normal; respiração com frequência de 12; condições de oxigenação com ventilação mecânica (extend xt), modo ventilatório PCMV, FiO₂ de 40, PEEP de 6, FR do aparelho de 12.

Quanto ao peso e altura não foi possível a verificação devido às condições clínicas. Tipo morfológico longilíneo; estado nutricional normal com perda ponderal; inconsciente e estado comatoso; escala de Glasgow 1+1+1=3. Levando em consideração o conceito de nível de consciência que “é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta”, foi possível notar a grande possibilidade de variação deste parâmetro em pacientes críticos. Um dos instrumentos para avaliar o nível de consciência é a Escala de Coma de Glasgow (ECGI), que foi elaborada para propor uma consistente avaliação clínica do nível de consciência dos pacientes com algum tipo de dano cerebral, quando um escore menor que 8 é aceito como ponto crítico de alterações do nível de consciência e como a pontuação que define um indivíduo em estado de coma (MUNIZ et al., 1997).

No exame físico, o formato da pupila normal, anisocóricas, reação foto-motora ausente, movimento do globo ocular nistagmo; sem condições de movimentação corpórea; pele com coloração pálida. A palidez pode estar associada à deficiência de hemoglobina, que produz palidez na pele, assim deve-se observar principalmente nas mucosas da esclerótica, se houver anemia grave (>7,0 g/dl de hemoglobina), nesse caso a investigação em exames laboratoriais seria essencial (SPARKS, 2000).

Turgor diminuído, umidade normal, presença de lesões na região sacra (sangrenta) - úlcera por pressão média de grau 2; temperatura 37,4; textura lisa; mucosas com coloração acianóticas, anictérica e descorada, hidratação normal; escala de Braden para úlcera por pressão 1+3+1+1+3+1=20. Face com aspecto geral normal, não foi possível identificar expressão facial, presença de sonda nasoentérica, presença de tubo oro traqueal; sem manchas localizadas; crânio sem anormalidades e sem lesões, não foi possível saber sobre queixas de cefaléia devido as condições clínicas; postura normal; nos olhos não foi possível identificar acuidade visual, o uso de lentes ou óculos nos ouvidos, não foi possível identificar acuidade auditiva, uso de prótese; nariz com forma e tamanho normal, sem lesões ou secreções; pescoço com postura normal, presença de cateter central, monolúmen, Schilling heparinizado na jugular esquerda, infundindo solução fisiológica 0,9% a 50 ml/h, noradrenalina a 10ml/h. Tórax sem alteração, mamas simétricas, com fonte de marcapasso implantado e presença de hematoma, expansibilidade normal; com som claro pulmonar, mas a ausculta com ruídos sugestivo de secreção – pneumonia. Aparelho cardiovascular normocárdico, bulhas rítmicas e taquicardia por períodos, fonese de bulhas normofonéticas; abdômen de forma plana, condição de pele normal, ausculta sem ruídos, percussão de som maciço, palpação de consistência flácido. Característica das eliminações intestinais com presença de diarreia; aparelho geniturinário sem alterações anatômicas, com presença de edema peniana, presença de sonda vesical em sistema fechado com tempo de sondagem de 17 dias, característica das eliminações vesicais com coloração amarelo ouro e presença de resíduos, quantidade de 500 ml nas últimas 24h; faz uso de fraldas, eliminações intestinais com

fezes líquidas; membros com avaliação de edemas sinal de Godet ++, temperatura normotérmico.

Os cuidados prescritos foram os relativos à monitorização da PVC, alternância de decúbito de 2/2 horas, higiene oral de 6/6 horas, controle de sinais vitais de 2/2 horas, oximetria de pulso contínua, monitorização de pressão de 2/2 horas, cabeceira elevada 30 graus, glicosimetria, sondagem vesical (controle de diurese), balanço hídrico total, algodão ortopédico nas extremidades, ventilação mecânica invasiva (trocar filtro VM), curativo em cateter venoso central, além da administração de medicamentos.

DISCUSSÃO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INSTITUÍDOS

Débito cardíaco diminuído (DCD)

Está relacionado com a redução da perfusão miocárdica ou com o envelhecimento, é definido como um sintoma cardiovascular ou respiratório devido ao bombeamento de sangue insuficiente pelo coração.

O DCD pode estar associado com alguns distúrbios, como a síndrome de Adams-atokes, anemia, síndrome do seio carotídeo, bloqueio cardíaco crônico, insuficiência cardíaca congestiva, cor pulmonale, diabetes melito, intoxicação digitálica, hipertensão, hipertireoidismo, infarto do miocárdio, cardiopatia reumática, síndrome do seio doente, síncope (SPARKS, 2000).

Diarreia

É definida como alteração das evacuações normais, resultando na eliminação frequente de fezes moles (SPARKS, 2000).

Risco de infecção

Significa estar em risco de ser invadido por organismos patogênicos.

Fatores de risco: procedimentos invasivos, conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, trauma, destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada, ruptura das membranas amnióticas, agentes farmacêuticos, desnutrição, exposição ambiental a patógenos aumentada, imunossupressão, imunidade adquirida inadequada, defesas secundárias inadequadas, defesas primárias inadequadas, doença crônica (NANDA, 2005).

Integridade da pele prejudicada

Caracteriza-se por epiderme e ou derme alteradas. Assim, características definidoras: invasão de estrutura do corpo, destruição de camadas da pele, rompimento da superfície.

Fatores relacionados, externos: hipertermia ou hipotermia, substância química, umidade, fatores mecânicos, imobilização física, radiação, extremos da idade, pele úmida, medicações.

Internos: alteração metabólica, proeminência óssea, déficit imunológico, fatores de desenvolvimento, sensibilidade alterada, estado nutricional alterado, pigmentação alterada, alteração no turgor, estado dos líquidos alterado (NANDA, 2005).

Ventilação espontânea prejudicada

Caracteriza-se por reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentar a vida. Características definidoras: dispneia, taxa metabólica aumentada, PCO₂ aumentada, agitação aumentada, FC aumentada, volume corrente diminuído, PO₂ diminuído, cooperação diminuída, apreensão, SAT o₂ diminuído, uso aumentado do músculo acessório (NANDA, 2005).

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INSTITUÍDA

Por meio dos diagnósticos de enfermagem acima delineados, realizou-se a construção de uma prescrição de enfermagem específica para o mesmo, quais sejam:

Administrar os fármacos de acordo com a prescrição, monitorar a ingestão e o débito e atentar as reações colaterais. Paciente idoso, como neste caso, as funções renais e hepáticas diminuem e podem ocasionar o desenvolvimento rápido de intoxicação;

Monitorar a ocorrência de dispneia ou falta de ar a cada duas a quatro horas e notificar as alterações, comparando com a avaliação inicial; Notificar os sinais de sobrecarga cardíaca, tais como, elevação da pressão venosa central, ingestão hídrica maior do que o débito cardíaco urinário e aumento da pressão arterial pulmonar. Quando os líquidos presentes nos pulmões e nas extremidades inferiores forem mobilizados e voltarem à circulação, podem sobrecarregar o miocárdio enfraquecido do paciente; monitorar arritmias, parada cardíaca iminente, hipertensão e choque (SPARKS, 2000).

Relacionado ao diagnóstico de diarreia, como cuidados devem ser considerados monitorar e registrar a frequência e as características das fezes. Administrar os fármacos antidiarreicos de acordo com a prescrição médica, para melhorar a função corporal, promover o conforto e normalizar os níveis líquidos e sais e o equilíbrio ácido básico. Administrar líquidos e eletrólitos de reposição, de acordo com a prescrição médica. Monitorar a pele perianal para detectar irritação e úlceras no sentido de assegurar a integridade da pele e evitar infecção (SPARKS, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se com este estudo que, principalmente na condição clínica de sujeito em estudo e sob efeito de sedativos, apresentada na pesquisa, foi avaliado no exame físico que a lesão identificada apresenta risco de aumentar o grau e pode haver formação de novas lesões em outras regiões do corpo. Também a ausculta sugere secreções como consequência da infecção respiratória, o que deveria ser investigado por parte da equipe.

As equipes de enfermagem juntamente com a equipe da área de saúde estão inseridas em um ambiente, de cuidados críticos que necessitam de maior investigação, avaliação e dinâmica assistencial da enfermagem.

Assim é de suma importância o conhecimento do processo de enfermagem, com a implementação da sistematização da assistência, pois desta forma, a equipe proporcionará melhores condições de tratamento para o paciente de acordo com suas individualidades e especificidades. Além disso, este processo sistematizador corrobora com práticas que se direcionam ao constructo da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S., VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução nº 272/2002**, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. [citado 06 ago. 2006]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>.

CONSELHO NACIONAL DE CONSELHOS DE ENFERMAGEM DO ESTADO. **Enfermagem em UTI (Unidade de Cuidados Intensivos de Enfermagem)**. Associação Americana de Enfermeiros Critical-Care, 2008, Califórnia, USA.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: Foucault, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MUNIZ, E. C. S. et al. “Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência”. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 31, n. 2, p. 287-303, 1997.

NANDA, Nursing Diagnoses. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições, classificação**. São Paulo: Artmed Editora S.A, 2005.

SPARKS, Sheila M. **Diagnóstico em Enfermagem**. Tradução: Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

TORRES G.; NIGHTINGALE, F. In: George, J. B. (Org.), organizador. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; p.38-48, 1993.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.