

UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE IDOSO VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanesca Caroline Pereira (1); Bruna Ruselly Dantas Silveira (2); Samyra Kelly de Lima Marcelino(3); Jordana de Oliveira Freire (4); Allyne Fortes Vitor (5)

(1) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: wanesca_caroline@hotmail.com*

(2) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: brunaruselly@live.com*

(3) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: samyrakelly17@gmail.com*

(4) *Universidade Federal do Rio grande do Norte/UFRN. E-mail: jordanafreire@outlook.com*

(5) *Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: allyne@ufrnet.br*

INTRODUÇÃO

Uma das doenças mais presentes no mundo é o Infarto agudo do miocárdio (IAM), esta doença está relacionada com a diminuição do fluxo sanguíneo no coração, diminuindo a oferta de O₂ para as células, causando assim danos que podem ser irreversíveis, podendo levar o indivíduo a morte¹.

Alguns estudos mostram que o índice de mortalidade chega a 30%, onde 14% dos pacientes morrem antes de conseguir atendimento hospitalar e 15% morrem durante as duas primeiras horas após o acontecimento do IAM². No Brasil, os dados do DATASUS³ apontam esta doença como a principal causa de mortalidade dos brasileiros, matando mais de 100.000 de pessoas por ano.

O principal sintoma apresentado pelo paciente é a dor precordial, contudo o IAM pode ser assintomático ou vir acompanhado de desconfortos gástricos como náuseas, vômitos, indigestão, além de estar relacionado com a ansiedade do paciente e uma sensação de morte eminente¹.

Os principais grupos de risco consistem em pessoas que possuem hipertensão, diabetes, doenças coronarianas, tabagistas, etilistas, estilo de vida sedentário, entre outros¹. Além disso, pode haver uma possível associação entre a depressão e o IAM, sendo este problema de saúde um fator de risco para o aparecimento de um possível infarto⁴. A melhor forma de prevenir o IAM é mudando os hábitos de vida e controlando a hipertensão arterial, além de realizar consultas periódicas¹.

O profissional de enfermagem desempenha um papel relevante no tratamento das respostas humanas ao IAM. Além de ter o conhecimento técnico e científico é necessário que o enfermeiro trabalhe de forma holística, para que o cuidado prestado atenda a todas as necessidades do paciente. Tendo em vista que esta patologia debilita o estado de saúde do indivíduo acometido, uma vez que,

doenças cardíacas influenciam no desempenho de outros órgãos, é indispensável que a equipe de enfermagem ofereça aos pacientes formas que contornem o desconforto advindo desta patologia⁵.

Para que o serviço oferecido pela enfermagem seja eficaz e de qualidade, ele deve ser realizado à luz da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é responsável por fornecer instrumentos que orientam e melhoram o atendimento ao cliente⁶. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a implementação da SAE é função de todos os profissionais da equipe de enfermagem, trabalhando eles em instituições privadas ou não⁷.

Observando a pouca adesão à SAE pelos profissionais de enfermagem do estado do RN, os docentes da disciplina de Atenção Integral à Saúde I viram a necessidade da realização de estudos de casos, os quais foram baseados na experiência com um determinado paciente no campo de prática onde se implementou a SAE com a finalidade de melhorar o cuidado prestado. A divulgação de relatos de experiência se mostram de grande importância, pois oferece um panorama capaz de exibir como é utilizada a SAE na prática, mostrando como este método é de grande valia para o enfermeiro e para o paciente.

Visto que a SAE fornece instrumentos de grande valia para a execução de boas práticas pelos profissionais da enfermagem, o presente trabalho tem como objetivo fornecer um relato de experiência envolvendo a prestação de cuidados sistematizados a um idoso que sofreu um IAM, a fim de conhecer os principais sintomas e tratamentos para essa enfermidade, bem como verificar como se dá a implementação de uma assistência sistematizada, a partir do plano de cuidados elaborado para o paciente que, por sua vez, foi constantemente avaliado quanto a sua efetividade por meio da evolução de enfermagem.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência que baseou-se nas práticas desenvolvida durante os estágios da disciplina de Atenção Integral à Saúde I, realizados em uma enfermaria cirúrgica localizada em um hospital universitário de referência, responsável por atender uma grande demanda de pacientes do estado do Rio Grande do Norte (RN).

A realização deste relato de caso se deu por meio do acompanhamento de um paciente durante sua internação, sendo acompanhado por um período de quatro dias (25, 29, 30 e 31 de maio de 2017), sendo o primeiro dia utilizado para conseguir dados sobre o histórico, anamnese e exame físico do cliente.

Para a coleta de dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada com o paciente, como também o exame físico completo, através de um roteiro disponibilizado pelo corpo docente da disciplina, o qual é composto por uma série de questionamentos para coletar as informações mais pertinentes sobre o estado biopsicossocioespiritual dos pacientes, visando um melhor método de aproximação e investigação dos casos.

Além disso, o prontuário hospitalar também foi utilizado como fonte de obtenção de dados, com o propósito de confirmar e/ou fornecer informações adicionais sobre a patologia e o quadro clínico do cliente.

O plano de cuidados do paciente foi construído utilizando a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association⁸ (NANDA), a Classificação de Intervenções de Enfermagem⁹ (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem¹⁰ (NOC). Os professores solicitaram para os alunos escolherem apenas um diagnóstico prioritário para facilitar a vivência com a SAE, dado que naquele momento seria o primeiro contato dos estudantes com a sistematização da assistência na prática clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro contato com o paciente de 67 anos vítima de um IAM, os alunos foram responsáveis por realizar uma entrevista com o intuito de coletar o histórico da doença, entre os mais relevantes dados colhidos estavam: um cansaço grande que o impedia de realizar suas atividades diárias, sono prejudicado por sentir falta de ar (dispneia) durante a noite, acordando várias vezes por sentir uma “agonia”. Além disso, encontrava-se em restrição hídrica de 1000 ml/dia e relatou ter feito um cateterismo, no qual um *stent* foi colocado.

Durante o exame físico, entre os principais achados, observou-se que o paciente encontrava-se orientado quanto a tempo e espaço, apresentando sinais de desidratação, manifestando acuidade visual diminuída. Durante o exame da caixa torácica notou-se que a expansão torácica durante a respiração estava diminuída e assimétrica. Ao auscultar o coração constatou-se que o foco aórtico e o pulmonar estavam hipofonéticos e os demais normofonéticos, apresentando bulhas cardíacas normais em 2T, possuindo sopro em foco mitral (2+/6+).

Após a coleta de dados, foram realizadas aferições diagnósticas através do uso da NANDA⁸, onde foi escolhido “**padrão respiratório ineficaz** relacionado à fadiga evidenciado por dispneia, ortopneia, padrão respiratório anormal (ritmo, profundidade), uso da musculatura acessória” como diagnóstico prioritário. Com o NOC⁹ foi escolhido o **estado respiratório** como resultado de

enfermagem e os seguintes indicadores foram definidos para ajudar no tratamento do paciente: dispneia com esforço leve; tosse; frequência respiratória; sonolência; ritmo respiratório.

O NIC¹⁰ foi utilizado para eleger os cuidados que a equipe de enfermagem executaria para ajudar na melhora daquele paciente. As intervenções escolhidas foram: monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração dos músculos supraclavicular e intercostal; monitorar padrões respiratórios (bradoneia, taquipneia, eupneia); monitorar quanto a respirações ruidosas; monitorar quando a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar; instituir terapia respiratória conforme necessário; observar início, características e duração da tosse;

A soma dos indicadores antes da implementação do plano de cuidado foi de 15 e era esperado que a mesma aumentasse para 19. No entanto, o que se observou durante a intervenção foram os seguintes dados:

Quadro I - Soma diária dos indicadores após a avaliação do paciente:

Indicadores:	29/05	30/05	31/05
Dispneia com esforço leve	D. G.	D. G.	D. G.
Tosse	D. M.	D. L.	D. M.
Frequência respiratória	S. D.	S. D.	S. D.
Sonolência	D. S.	S. D.	S. D.
Ritmo respiratório	D. M.	D. M.	D. M.
Soma	15	18	17

Legenda: Desvio Grave (DG), Desvio substancial (DS), Desvio moderado (DM), Desvio leve (DL), Sem desvio (SD).

Pode-se observar que mesmo implantando o plano de cuidados e realizando as intervenções diariamente, a meta não foi alcançada, porém o paciente apresentou uma melhora significativa. O não alcance da meta pode ter se dado por vários fatores, um deles seria a degradação das funções corporais intrínsecas ao IAM⁵, podendo fazer com que o paciente fique cansado facilmente e menos colaborativo.

Outro fator pode estar correlacionado com a carga horária do estágio, acontecendo em apenas um turno, ou seja, o estudante apenas executa o seu plano de cuidados durante a manhã,

havendo uma descontinuidade do cuidado, como não há uma conversa entre os alunos e profissionais da instituição para que ele continue sendo seguido ao longo do dia. Sabendo-se que a SAE organiza e guia a equipe de enfermagem⁵, se faz de suma importância à interação estudante-profissional, já que os alunos acabam fazendo parte da equipe durante os estágios e seria fundamental que seu plano de cuidado fosse implementado por todos os membros da equipe de enfermagem.

Embora haja a influência de uma série de fatores que impossibilitaram o alcance da meta pré-estabelecida, pode-se verificar que o paciente obteve uma melhora considerável no decorrer dos dias em que as intervenções foram aplicadas. Essa melhoria foi viabilizada pelo direcionamento do tratamento ao paciente, decorrentes da aplicação da SAE, que possibilitou um cuidado bem-sucedido⁵.

CONCLUSÃO

O preparo deste estudo de caso foi de extrema significância para colocar em prática todo o conhecimento teórico aprendido em sala, facilitando o uso da SAE em experiências posteriores dos estudantes e os familiarizando-os com o uso desta, melhorando o atendimento ao paciente e a prática dos universitários do curso de graduação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever Kerry H., BRUNNER e SUDDARTH: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara KOOGAN LITDA;
2. Pesaro Antonio Eduardo Pereira, Serrano Jr. Carlos Vicente, Nicolau José Carlos. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2004 Abr [citado 2017 Out 15] ; 50(2): 214-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200041&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041>.
3. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Infarto agudo do miocárdio é a primeira causa de mortes no país, revela dados do DATASUS. [Internet]. [Brasil, atualizado em 10 Out de 2014, citado em 13 Out 2017]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus.%20Acesso%20em%20Ago%202017>

4. Alves Tânia Correa de Toledo Ferraz, Fráguas Renério, Wajngarten Mauricio. Depression and myocardial infarction. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2009 [acesso em 2017 Out 10]; 36(Suppl 3): 88-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832009000900004&lng=pt . <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000900004>.
5. Ponte Keila Maria de Azevedo, Silva Lúcia de Fátima da, Aragão Antonia Eliana de Araújo, Guedes Maria Vilani Cavalcante, Zagonel Ivete Palmira Sanson. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2012 Dez [acesso em 10 Out 2017]; 16(4): 666-673. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400004&lng=en . <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400004>.
6. Soares Mirelle Inácio, Resck Zélia Marilda Rodrigues, Terra Fábio de Souza, Camelo Silvia Helena Henriques. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2015 Mar [acesso em 10 Out 2017]; 19 (1): 47-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en . <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>.
7. Reis Geísa da Silva, Reppetto Maria Angela, Santos Luciana Soares Costa, Devezas Aacacia Maria Lima de Ooliveira. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. Rev. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. [Internet]. 2016 Out [acesso em 06 out 2017]; 61:128- 32. Disponível em: https://www.google.com.br/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&q=Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+assist%C3%A2ncia+de+enfermagem:+vantagens+e+dificuldades+na+implanta%C3%A7%C3%A3o&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEWj66q_Ay_DWAhUFgpAKHcapDUUQBQgkKAA&biw=1150&bih=659
8. *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017*, Tenth Edition. Edited by T. Tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2015.
9. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Dochterman Joanne M., Wagner Cheryl M.. Classificação das ações de enfermagem. 6ª edição. Porto Alegre, editora Artmed.
10. Moorhead Sue, Johnson Marion, Mass Meridean L., Swanson Elizabeth. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª edição. Porto Alegre, editor Artmed.