

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PACIENTE EM UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cynthia Daniele da Silva Bezerra¹
Bruna Lígia de Carvalho Alves²
Priscilla Pâmela Alexandre da Silva³
Bruna Rodrigues Monteiro⁴
Nilba Lima de Souza⁵

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada, inicialmente, como uma doença silenciosa associada ao diagnóstico tardio, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de doenças, como: doenças cardiovasculares e doença renal, e podendo afetar órgãos alvos representado pelo coração, rins e vasos sanguíneos, além das alterações metabólicas inerentes aos mesmos (BARBANTI et al,2015).

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, e com a diminuição progressiva da função renal, implica no comprometimento do sistema renal. Esta função é avaliada pela filtração glomerular (FG) e a sua diminuição é observada na Doença Renal Crônica (DRC), associada a perda das funções regulatórias, excretora e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores inferiores a 15 mL/min/l estabelece-se o que denominamos falência funcional renal (FFR) (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Estima-se que 10% da população mundial de todas as idades e raças sejam afetadas pela DRC, sendo suscetível hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes em uso de medicações nefrotóxicas e pacientes com doença cardiovascular (BRASIL, 2014).

Calcula-se que a razão de pessoas afetadas seja de um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, sendo que metade da população com

¹ Graduando do Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, cinthiadaniele2249@gmail.com;

² Graduado pelo Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, brunaalvesrn@gmail.com;

³ Graduando do Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, priscilla_alexandre@hotmail.com;

⁴ Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, brunarenfermeira@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Enfermeira, Prof^ª Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, nilba.lima@hotmail.com

75 anos ou mais sofre algum grau da doença. No Brasil, a incidência e a prevalência da DRC estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No seguimento inverso os pacientes que fazem hemodiálise têm de 50 a 180 vezes mais chances de desenvolver endocardite infecciosa (EI) comparada a incidência observada na população geral (KAMALAKANNAN, 2007). Neste grupo verifica-se a vulnerabilidade de bacteremia recorrente da hemodiálise, uremia, lesão imunológica e valvopatia degenerativa prematura em razão de anormalidades da homeostase cálcio-fósforo e inflamação crônica (NUCIFORA, 2007), estando relacionada ao risco de morbimortalidade após sepse urológica, pneumonia e sepse intra-abdominal (KEYNAN, 2013).

Tendo em vista o envelhecimento da população brasileira e o risco de idosos em desenvolver DRC, além das possíveis complicações inerentes ao tratamento de hemodiálise, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da assistência multiprofissional a uma paciente com endocardite infecciosa internada na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da assistência de enfermagem executado na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital escola no mês de fevereiro de 2017.

Para a execução da assistência foi realizado o seguimento do processo de enfermagem adquiridos por meio do acompanhamento prestado a paciente, evoluções e exames realizados durante o período de internação associado a busca de dados na literatura científica na versão online referentes à temática em discussão.

Como instrumento para basear a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) foram utilizados: a Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2015-2017; a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento da pesquisa contém a síntese bibliográfica, principais discussões teóricas e a trajetória da mesma ao longo do recorte estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tratava-se de uma idosa que no internamento na UTI, verificou-se que a mesma apresentava comorbidades como HAS, além de AVC prévio e doença renal crônica em tratamento conservador.

Inicialmente a idosa foi admitida na enfermaria de nefrologia com suspeita de síndrome consuptiva (anorexia, astenia e perda de 35 kg em 6 meses), apresentou durante internamento nódulos sólidos-císticos, regulares, em lobo tireoidiano direito e disfagia, além de esofagite erosiva grau B de Los Angeles, úlcera gástrica, lesão subepitelial em bulbo duodenal, sopro sistólico em foco mitral e endocardite infecciosa em válvula arterial e válvula mitral por *Streptococcus mutans*.

No seguimento teve diagnóstico de embolização séptica para SNC e piora das escórias nitrogenadas (toxina urêmica), sendo encaminhada para a UTI, com exames laboratoriais de leucocitose e eventos de trombocitopenia.

Diante do quadro clínico para a atuação de enfermagem houve a formulação do plano de assistência, baseados no princípio da SAE, o qual o processo de enfermagem (PE), que proporciona ordem e direção à assistência. Este é composto por cinco passos: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. (GEORGE, 2000)

Na evolução de enfermagem da paciente atentou-se para persistência do quadro infeccioso *Streptococcus mutans*, episódios de dor e desconforto da região sacral, afonia, pele e mucosa desidratada com lesão da pele em região torácica direita (grau I), região sacral (grau III), vulvar (dermatite de fralda) e joelho esquerdo (grau I), Ventilação Mecânica (VM) por Traqueostomia(TQT), pico hipertensivo, anúria, eliminação intestinal variando com episódio diarreico e momentos ausentes, presença de roncos esparsos em ausculta pulmonar, secreção moderada durante aspiração traqueobrônquica e mal distribuição hemodinâmica.

No seguimento e na busca em manter as necessidades humanas básicas, foram traçados oito diagnósticos de enfermagem e os cuidados inerente ao diagnóstico mediante as características definidoras. Mediante atuação foram apresentados os seguintes diagnósticos: Integridade da pele prejudicada (00046); risco de constipação (00015); mobilidade física prejudicada (00085); resposta disfuncional ao desmame ventilatório (00034); risco de desequilíbrio eletrolítico (00195); dor aguda (00132); padrão de sono prejudicado (00198); comunicação verbal prejudicada (00051) (HERDMAN; KAMITSURU, 2015)

De acordo com os diagnósticos foram implementadas as seguintes intervenções: Elaborar um plano de cuidados apropriados à situação pessoal; rever os resultados dos exames

laboratoriais pertinentes a etiologia (agentes infecciosos; albumina e proteína), descrever as lesões para comparações futuras, aplicar o curativo apropriado, mudar a posição do cliente em intervalos regulares; determinar o nível de consciência, manter cabeceira elevada, aspirar conforme a necessidade; determinar a existência de complicações causadas pela imobilidade (síndrome do desuso), ajudar o cliente a mudar de posição periodicamente, consultar um terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta para elaborar um programa individualizado de exercício e mobilidade; realizar cuidados com a pele; ausculta periódica, monitorar frequência e ritmo cardíaco, registrar valores da gasometria e oximetria de pulso, observar coloração dos leitos ungueais; detectar sinais não verbais e comportamentos que expressam dor, proporcionar medidas de conforto (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2008)

Dentro do plano de cuidados estão os resultados esperados após a implementação das intervenções. Alguns deles foram alcançados totalmente, outros parcialmente e outros não foram alcançados. Por exemplo, os resultados esperados de que a paciente realizaria as atividades de autocuidado dentro dos limites de sua capacidade, manteria o padrão habitual de funcionamento intestinal e apresentaria resultados laboratoriais dentro da faixa sem apresentar complicações decorrentes do desequilíbrio foram totalmente alcançados. Em relação ao restabelecimento da respiração independente com gasometria arterial na faixa normal, informaria que a dor foi aliviada ou controlada, diria que o sono melhorou e que se sente melhor e descansada foram alcançados parcialmente. A perspectiva de que a paciente demonstraria técnicas ou comportamento que lhe permitisse retornar a atividade e estabelecer um método de comunicação, participando da comunicação terapêutica não foram alcançados (MOORHEAD et al., 2016).

Constatou-se que os resultados esperados no plano de cuidado de enfermagem tiveram melhor resposta para aquele em que houve também atuação de outros profissionais. Desta forma foi possível observar a necessidade da atuação multiprofissional durante assistência de enfermagem para a avaliação e intervenção adequada, conforme o perfil do cliente.

Com esta atuação verifica-se que a fisioterapia contribui no aspecto do desconforto respiratório e a estimulação da força muscular respiratória através dos treinamentos musculares respiratórios, posicionamento no leito, exercícios passivos e eletroestimulação, sendo retratado a dificuldade para o desmame respiratório e força muscular respiratória reduzida.

A psicologia contribuiu na perspectiva do enfrentamento da situação com a paciente e a família em decorrência da dificuldade da paciente em expressar os sentimentos, comunicação com a equipe e participação no tratamento, bem como a aceitação do quadro clínico por parte da família.

Por fim, a terapia ocupacional atuou no acolhimento, na mobilização e posicionamento, na estimulação cognitiva e sensorial e no uso de prancha de comunicação durante as abordagens com a finalidade de melhorar a postura corporal, minimizar perdas motoras, preservar os componentes sensoriais e restaurar componentes cognitivos.

Com as intervenções da equipe multiprofissional foi possível observar que o plano de cuidado da enfermagem associado ao cuidado de outros profissionais possibilitou a evolução clínica da paciente sobretudo no que se refere a medidas de conforto tais como: menor desconforto respiratório, melhora da comunicação com a equipe e maior participação no tratamento, ausência de constipação e melhora postura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência foi possível identificar que o plano de cuidado da enfermagem aliada a atuação multiprofissional potencializou um cuidado especializado a idosa na UTI, sobretudo no que se refere as medidas de conforto da paciente, bem como a compreensão da complexidade dos fatores envolvidos na hospitalização de uma idosa na UTI, revelando a importância da integralidade do cuidado e atuação da equipe multiprofissional como forma efetiva de recuperação em saúde da mesma.

Palavras-chave:

Idoso, Unidade de Terapia intensiva, Enfermagem geriátrica, Equipe de Assistência ao Paciente

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 fev. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BARBANTI, S, H; LOBARDI, F; BAGATIN, A, M; ROMÃO, A, d, A; PRETO, A; BERTINIA, F, B, M; PAULA, F, L; JÚNIOR, L, A, B, d, S. Persistência da hipertensão

gestacional e suas complicações. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Set/nov, v. 12, n.1, p.78-81, 2015.

BASTOS, M. G; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Elsevier BV,[s.l.], v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 37, 2014.

BULECHEK, Glória M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne Mccloskey. **NIC: Classificação das intervenções de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Disponível em: <https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: Definições e Classificação**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <<http://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/NANDA-2015-2017-EBOOK-1-1.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019.

KAMALAKANNAN, D.; PAI, R.M.; JOHNSON, L.B.; GARDIN, J.M.; SARAVOLATZ, L.D. Epidemiology and clinical outcomes of infective endocarditis in hemodialysis patients. **Ann Thorac Surg**. v.83, n.6, p. 2081. 2007.

KEYNAN, Y.; SINGAL, R.; KUMAR, K.; ARORA, R.C.; RUBINSTEIN, E. Infective endocarditis in the intensive care unit. **Crit Care Clin**. v.29, n.4, p.923-951. 2013.

LEITHER, M.D.; SHROFF, G.R.; DING, S.; GILBERTSON, D.T.; HERZOG, C.A. Long-term survival of dialysis patients with bacterial endocarditis undergoing valvular replacement surgery in the United States. **Circulation**. v.128, n.4, p.344-351. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL BRASIL. (Org.). **Doença renal crônica atinge 10% da população mundial**. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>>. Acesso em: 16 fev 2017.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/NOC_Classifica%C3%A7%C3%A3o_dos_Resultados_de_En.html?id=OYQtDAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 23 maio 2019.

NUCIFORA, G.; BADANO, L.P.; VIALE, P.; GIANFAGNA, P.; ALLOCCA, G.; MONTANARO, D. Infective endocarditis in chronic haemodialysis patients: an increasing clinical challenge. **J. Eur Heart**. v. 28, n.19, p.2307-2312. 2007.