

Artigo Original

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SÉPTICOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

José Melquíades Ramalho Neto¹

Márcia Abath Aires de Barros²

Marcos Francisco de Oliveira³

Wilma Dias de Fontes⁴

Maria Miriam Lima da Nóbrega⁵

RESUMO

Trata-se de um estudo de campo, desenvolvido com o objetivo de implementar o processo de enfermagem à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para identificar os principais diagnósticos de enfermagem em adultos sépticos hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por seis pacientes que foram classificados segundo 4 níveis: síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), sepse, sepse grave ou choque séptico. Os dados foram coletados com o auxílio de um instrumento-padrão (histórico de enfermagem) utilizado na admissão dos pacientes, além das técnicas de entrevista, observação, exame físico e registro de informações nos prontuários. Os resultados evidenciaram que 50% dos pacientes foram classificados como sepse; 33,3% como SIRS e 16,7% como choque séptico no momento da inclusão na pesquisa, sendo estabelecidas 19 categorias diagnósticas em um montante de 52 diagnósticos de enfermagem identificados, com uma média de 8,7 diagnósticos por paciente, destacando a Taxonomia II da NANDA como um importante instrumento para a denominação desses diagnósticos e para a prática clínica. Ressalta-se a importância dos enfermeiros envolvidos no cuidar desses pacientes críticos utilizarem tais diagnósticos como referência para discussão, favorecendo a universalização da nossa linguagem científica e a sistematização do cuidado.

Palavras-chave: Sepse. Enfermagem. Processos de enfermagem. Cuidados críticos. Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem Moderna enquanto profissão teve início na Inglaterra com o trabalho de Florence Nightingale, no século XIX, recrutando e treinando um grupo de mulheres para colaborarem nos cuidados e na higiene dos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia, os quais por falta de cuidados morriam em grande número nos hospitais militares.¹

Após esse período, a Enfermagem teve um considerável avanço no campo do saber, buscando o desenvolvimento de cuidados em bases convergentes de ciência e arte, como

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Plantonista na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: melquiadesramalho@hotmail.com. End.: Rua Zélia Medeiros de Araújo, 95. Residencial Araxá. Jardim Cidade Universitária. CEP: 58051-825. João Pessoa-PB, Brasil. Telefone: (83) 8856-7796.

² Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: marciabath@gmail.com

³ Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, Campina Grande-PB, Brasil. Mestre em Enfermagem. E-mail: marcosfcco@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do PPGENF/CCS/UFPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Homem. E-mail: wilmadias@ccs.ufpb.br.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria e do PPGENF/CCS/UFPB. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem – GEPFAE. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br.

também procurou sistematizar seu conhecimento por meio de uma linguagem padronizada que pudesse alicerçar a sua prática. Entretanto, esse processo de reconstrução da Enfermagem tem se consolidado, dentre outros aspectos, na percepção dos problemas da clientela, independente do diagnóstico médico; na sofisticação dos recursos tecnológicos utilizados no cuidado; nas especificidades das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades humanas, produzindo importantes reflexos sobre a prática do cuidar; como também no desejo dos próprios enfermeiros em proporcionar aos clientes um atendimento holístico que possa firmá-los enquanto profissionais críticos de saúde.

Neste sentido, destaca-se no mundo o considerável avanço na construção e na organização desse conhecimento, a partir da década de 1950, com o desenvolvimento de Modelos Conceituais e Teorias de Enfermagem que, embora desenvolvidos por diferentes caminhos, têm em comum os conceitos de ser humano, saúde, ambiente e enfermagem, fundamentando teoricamente e metodologicamente a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A articulação desses quatro conceitos foi formalizada por Fawcett na década de 1980 como metaparadigma de enfermagem,² servindo como estrutura organizadora em torno da qual prosseguiu o desenvolvimento conceitual e a prática da Enfermagem baseada em princípios científicos, possibilitando considerável visibilidade da profissão e uma assistência de qualidade ao indivíduo, família e comunidade, nos mais variados espaços públicos e/ou privados: instituições de atendimento ambulatorial e de internação hospitalar, unidades básicas de saúde, bem como domicílios, escolas e associações comunitárias. Nesse contexto, o enfermeiro interage com essa clientela e com inúmeras outras pessoas no processo de prestação do cuidado apropriado, individualizado e sistematizado através da interação e comunicação necessárias para uma boa condução do tratamento.

No Brasil, a SAE foi impulsionada pelos estudos da enfermeira Wanda Horta sobre o processo de enfermagem, iniciados na década de 1950, quando era proposta uma metodologia de assistência baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas³,

desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow e da denominação de Mohana para os níveis psíquicos: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. A partir desses trabalhos, a literatura brasileira sobre Enfermagem passou a dar considerável atenção ao assunto ao transpor a visão funcionalista e incorporar ao cuidado prestado uma dimensão qualitativa.

Assim, como o objeto da Enfermagem se constitui no cuidado humano, torna-se imprescindível que os seus agentes desenvolvam o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões por meio da implementação do processo de enfermagem, um instrumento tecnológico ou modelo metodológico que possibilite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.⁴

Enquanto enfermeiros assistenciais e docentes de enfermagem, percebe-se que a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atua de forma assistemática no atendimento aos clientes sépticos, embora na Unidade os enfermeiros utilizem um instrumento de coleta de dados (histórico de enfermagem) para a observação e mensuração de suas necessidades, de maneira individualizada, favorecendo o direcionamento do cuidado. No entanto, as ações voltam-se mais para a execução de tarefas rotineiras do que para as respostas dos clientes e como atendê-las, não percebendo, portanto, que o cuidado sistematizado traz consigo benefícios para o cliente e para a equipe de enfermagem, e que a construção de uma assistência qualificada à saúde deve ser embasada em uma metodologia de trabalho clara, prática e coerente.⁵

Atualmente, a sepse é uma síndrome clínica que representa uma das maiores causas de hospitalização e mortalidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apesar da disponibilidade dos modernos recursos diagnósticos, do uso de antibióticos de largo espectro, da monitorização hemodinâmica à beira do leito, do controle metabólico intensivo e dos novos recursos terapêuticos.

Além disso, ela se manifesta em distintos espectros de gravidade com o decorrer do tempo, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada, representando altos custos anuais em seu tratamento.⁶⁻⁸

O diagnóstico da síndrome séptica é clínico e se baseia nas alterações que constituem a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), definida em 1991 pelo *American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine*, a qual reflete o grau de estresse orgânico decorrente de insultos variados como trauma, pancreatite aguda grave, intervenção cirúrgica, queimaduras, terapia transfusional e infecção, associada pelo menos a duas das seguintes manifestações: disregulação térmica $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$; frequência cardíaca > 90 bpm; frequência respiratória > 20 movimentos/minuto ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg; leucócitos > 12.000 células/ mm^3 ou < 4.000 células/ mm^3 , ou ainda presença de 10% de formas jovens (bastões). Quando a SIRS é secundária à infecção, o diagnóstico é sepse, não sendo necessária cultura positiva. A sepse é considerada grave quando há pelo menos uma disfunção orgânica associada, manifestações de hipoperfusão tecidual ou hipotensão arterial, caracterizada por hipoxemia arterial, oligúria aguda, creatinina sérica elevada, coagulopatias, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia e hiperlactatemia. Caso persista a hipotensão, apesar da administração hídrica vigorosa, tem-se, então, o choque séptico.⁹⁻¹¹

Dados sobre as características epidemiológicas de pacientes adultos com sepse em UTIs públicas e privadas brasileiras tiveram início com o *Brazilian Sepsis Epidemiological Study* (BASES)¹² e o *Sepse Brasil*¹³, ratificando que a mortalidade da sepse progride de acordo com a intensidade de seu espectro sistêmico e manifestações clínicas (SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico). Estudos posteriores sobre o impacto da sepse em pacientes críticos¹⁴⁻¹⁵ evidenciaram que, apesar dos recursos tecnológicos disponíveis, as taxas de mortalidade na sepse grave e no choque séptico continuam expressivas e semelhantes.

Com o propósito de diminuir esse impacto sobre as populações e suas conseqüentes repercussões econômicas e sociais, a *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) representa um movimento mundial que visa à redução

da mortalidade por sepse a partir do estabelecimento de diretrizes que visam padronizar os critérios diagnósticos e permitir maior precocidade na identificação e no tratamento dos pacientes com sepse grave. No Brasil e na América Latina, esse processo é gerenciado pelo Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS).¹⁰

Na tentativa de executar a sistematização da assistência de enfermagem para favorecer o aprimoramento de atividades técnicas e o raciocínio clínico, este estudo objetivou implementar o processo de enfermagem ao paciente séptico, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para identificar os principais diagnósticos de enfermagem em adultos sépticos hospitalizados em uma UTI Geral.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, realizado em um hospital público, sediado no município de João Pessoa-PB, considerado de grande porte e de nível terciário destinado à assistência, ensino, pesquisa e extensão, no período de outubro a novembro de 2008. A população compreendeu todos os pacientes adultos internados na UTI Geral, e a amostra foi composta por seis pacientes que foram classificados segundo 4 níveis: SIRS, sepse, sepse grave ou choque séptico, de acordo com as definições consensualmente aceitas do *American College of Chest Physicians* e da *Society of Critical Care Medicine* em 1991¹⁶, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais; estar sob os cuidados intensivos no período da pesquisa; e o representante legal ter consentido que seu familiar participasse do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um instrumento-padrão (histórico de enfermagem) utilizado na admissão dos pacientes, fundamentado nas necessidades humanas básicas, nos modelos biomédico e epidemiológico de risco. A análise desses dados, por sua vez, foi realizada a partir do julgamento clínico sobre as necessidades básicas de cada paciente, podendo estas

serem julgadas afetadas ou preservadas, o que serviu como fonte para focalização dos sinais e sintomas apresentados. Estes, passando pelo processo de raciocínio clínico, levaram aos diagnósticos de enfermagem definidos com a utilização da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*¹⁷. Além disso, foram utilizadas as técnicas de entrevista, observação, exame físico e registro de informações nos prontuários dos clientes, após cada momento de coleta de dados.

A entrevista e o exame físico nortearam a fase de levantamento dos dados no momento em que o instrumento da UTI foi utilizado. A técnica de observação contribuiu para a obtenção das informações, a qual foi utilizada no decorrer de todos os encontros em que se operacionalizou o processo de enfermagem. O registro das informações foi feito de forma detalhada no prontuário do paciente, após cada momento da coleta dos dados, utilizando três impressos próprios da UTI Geral: o primeiro referente ao histórico de enfermagem; o segundo, o impresso do plano assistencial; e o terceiro, o impresso destinado à evolução diária de enfermagem. Foram feitas também anotações em um diário de campo para atender ao controle das atividades desenvolvidas.

Para a construção do trabalho e atendendo às exigências estabelecidas na Reso-

lução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos¹⁸ e na Resolução nº 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que institui o código de ética dos profissionais de enfermagem¹⁹, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB mediante CAAE nº 0085.0.126.000-08, recebendo parecer favorável conforme Protocolo nº 107/2008. Por se tratar de sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, o TCLE foi assinado pelo seu representante legal, quando da impossibilidade de confirmação pelos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação do processo assistencial aos pacientes sépticos admitidos na UTI Adulto, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas³, foram organizados seis estudos de caso, os quais não estão aqui descritos por contenção de espaço. Por este motivo, na apresentação dos resultados deste estudo, foram priorizados os diagnósticos relacionados às necessidades humanas básicas, às intervenções de enfermagem implementadas e à avaliação da assistência de enfermagem prestada.

No desenvolvimento deste estudo,

Tabela 1 – Número e porcentagem dos pacientes sépticos segundo diagnósticos de enfermagem da NANDA (2008). João Pessoa-PB, 2011.

| Diagnóstico de Enfermagem | N | % |
|--|----|-------|
| Ventilação espontânea prejudicada | 06 | 100,0 |
| Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima | 06 | 100,0 |
| Risco de integridade da pele prejudicada | 06 | 100,0 |
| Risco de glicemia instável | 05 | 83,3 |
| Risco de infecção | 05 | 83,3 |
| Hipertermia | 04 | 66,7 |
| Troca de gases prejudicada | 03 | 50,0 |
| Desobstrução ineficaz de vias aéreas | 02 | 33,3 |
| Débito cardíaco diminuído | 02 | 33,3 |
| Volume excessivo de líquidos | 02 | 33,3 |
| Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 02 | 33,3 |
| Recuperação cirúrgica retardada | 02 | 33,3 |
| Amamentação interrompida | 01 | 16,7 |
| Padrão respiratório ineficaz | 01 | 16,7 |
| Dor aguda | 01 | 16,7 |
| Mucosa oral prejudicada | 01 | 16,7 |
| Ansiedade | 01 | 16,7 |
| Medo | 01 | 16,7 |
| Risco de constipação | 01 | 16,7 |

constatou-se que 05 (83,3%) pacientes eram do gênero feminino e apenas 01 (16,7%) do gênero masculino, com idade entre 17 a 52 anos. Além disso, 16,7% dos pacientes foram classificados como choque séptico, 33,3% como SIRS e 50% como sepse no momento da inclusão na pesquisa. Durante o acompanhamento, foram identificadas 19 categorias diagnósticas (Tabela 1), perfazendo um total de 52 diagnósticos de enfermagem, com uma média de 8,7 diagnósticos por cliente.

Dos 52 diagnósticos de enfermagem identificados na amostra, 03 apresentaram frequência de 100% (Ventilação espontânea prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima e Risco de integridade da pele prejudicada); outros 02 apresentaram frequência acima de 80% (Risco de glicemia instável e Risco de infecção); 01 apresentou frequência acima de 60% (Hipertermia); 01 apresentou frequência de 50% (Troca de gases prejudicada) e 05 apresentaram frequência superior a 30% (Débito cardíaco diminuído, Volume excessivo de líquidos, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais e Recuperação cirúrgica retardada), constituindo, assim, os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados nos pacientes sépticos internados em UTI. A seguir, serão apresentados os diagnósticos de enfermagem, os resultados de enfermagem, a implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação da assistência.

Para o Diagnóstico de enfermagem "Ventilação espontânea prejudicada", a implementação da assistência teve como **resultado esperado** manter padrão ventilatório eficaz no ventilador, para o qual foram traçadas as seguintes **intervenções de enfermagem**: elevar a cabeceira do leito; verificar se as respirações do paciente estão sincronizadas com o ventilador mecânico; avaliar a radiografia do tórax junto à equipe multiprofissional; inspecionar a posição do tubo endotraqueal; manter o balão (*cuff*) do tubo endotraqueal insuflado adequadamente; avaliar o modo de operação do ventilador; verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento; proporcionar sedoanalgesia durante o suporte ventilatório invasivo; monitorar a adequada concentração de oxigênio fornecida; manter ambu na unidade do paciente.¹⁷

O Diagnóstico de enfermagem "Déficit no autocuidado para alimentação, banho/higiene, higiene íntima", teve como **resultados esperados** levar os clientes a apresentarem higiene corporal e estado nutricional satisfatórios mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: avaliar o posicionamento da SNE por meio da radiografia de abdome; avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas; lavar sonda com água após o término das dietas; ajudar paciente a se alimentar; investigar aceitação da dieta e preferências alimentares; quando dispnéico, intercalar a oferta de porções do alimento com breves períodos de oxigênio suplementar; orientar paciente a mastigar lentamente; retirar prótese dentária; promover higiene oral antes e depois das dietas; realizar banho no leito e aplicar hidratante corporal; proporcionar privacidade durante o banho; oferecer a comadre ou o papagaio, quando possível; observar e registrar no prontuário a frequência das evacuações e o débito urinário; realizar higiene íntima, quando necessário.^{17,20}

O plano assistencial para o Diagnóstico de enfermagem "Hipertermia" buscou como **resultado esperado** que os clientes apresentassem temperatura corporal normal pelas seguintes **intervenções de enfermagem**: promover uma ingestão adequada de líquidos; monitorar a ingestão e a eliminação; monitorar temperatura e frequência cardíaca a cada 2 horas; administrar antitérmico; aplicar compressas frias, se necessário; limitar roupas de cama quando indicado.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Troca de gases prejudicada", o plano assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o paciente apresentasse trocas gasosas adequadas por meio das seguintes **intervenções de enfermagem**: observar o declínio do nível de atenção/consciência; monitorar os sinais de desequilíbrio ácido-básico; supervisionar estado de acidose láctica e comunicar ao médico; monitorar a saturação venosa mista de oxigênio; monitorar sinais de insuficiência cardíaca congestiva à direita (pressão diastólica elevada, veias do pescoço distendidas, edema periférico, PVC elevada); proporcionar apoio emocional; manter terapia suplementar de oxigênio conforme necessário.¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Desobstrução ineficaz de vias aéreas", a

implementação da assistência teve como **resultado esperado** manter as vias aéreas desobstruídas, a partir das seguintes **intervenções de enfermagem**: monitorar frequência e ritmo respiratórios; observar perfusão periférica; auscultar os sons pulmonares e aspirar vias aéreas, quando necessário; manter a umidade adequada do ar inspirado com filtro limpo; trocar o filtro do ventilador mecânico quando sujo por secreção ou conforme protocolo do serviço.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Padrão respiratório ineficaz", o plano assistencial teve como objetivo alcançar os **resultados esperados** de uma frequência respiratória eficaz e boa aceitação da ventilação mecânica não invasiva mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: garantir ao paciente que estão sendo tomadas medidas para manter a segurança; observar nível de consciência; manter repouso no leito; monitorar frequência e ritmo respiratórios; observar perfusão periférica; auscultar os sons pulmonares; conscientizar o paciente sobre a necessidade e importância da ventilação mecânica não invasiva.^{17,20,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Débito cardíaco diminuído" teve como **resultado esperado** que o cliente tivesse um débito cardíaco melhorado, por meio das seguintes **intervenções de enfermagem**: manter posição corporal em semi-Fowler; observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído; monitorar o estado respiratório em busca de sintomas de falência cardíaca; promover estabilização hemodinâmica por meio da ressuscitação volêmica prescrita pelo médico; garantir a titulação ideal das doses de vasopressor e inotrópico; monitorar o equilíbrio de líquidos; monitorar edema periférico e distensão da veia jugular; monitorar os níveis de eletrólitos; monitorar e avaliar pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco; mensurar pressão capilar pulmonar a cada 8 horas; inspecionar a pele quanto à palidez e cianose; manter os sistemas com transdutores de pressão preenchidos com solução salina heparinizada e pressurizada em 300 mmHg; manter os transdutores de pressão nivelados com o eixo flebotático do paciente e realizar a "zeragem" das pressões hemodinâmicas a cada 12 horas, ou quando necessário; conferir a amplitude das curvas de pressão

invasiva; realizar teste de Allen modificado antes da canulização da artéria; evitar garroteamento do punho pelo esparadrapo em curativo de cateter arterial e observar perfusão periférica, integridade e aspecto da mão diariamente.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Volume excessivo de líquidos" teve como **resultado esperado** que o cliente apresentasse volume de líquidos adequado. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: auscultar os sons pulmonares na busca de ruídos adventícios; verificar pressão venosa central (PVC) a cada 6 horas; monitorar débito urinário, edema periférico, distensão da veia jugular, sons cardíacos e níveis de eletrólitos; elevar membros inferiores, quando necessário.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Mucosa oral prejudicada", o planejamento da assistência almejou como **resultados esperados** que o cliente apresentasse higiene oral preservada e redução das lesões perilabiais, com as seguintes **intervenções de enfermagem**: evitar alimentos ácidos, muito quentes ou muito frios; realizar higiene oral com clorexidina 0,12%; limpar as lesões perilabiais com gaze estéril embebida em soro fisiológico 0,9%; manter nível de água do umidificador de oxigênio adequado; aplicar um lubrificante nos lábios a cada duas horas.^{17,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais", teve como **resultado esperado** a nutrição equilibrada. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: evitar procedimentos dolorosos antes das refeições; oferecer refeições menores e frequentes; ajudar o paciente a se alimentar; restringir os líquidos com as refeições e evitá-los 1 hora antes e depois das refeições; observar aceitação da dieta; investigar preferências alimentares; encorajar e ajudar o paciente a realizar boa higiene oral após a ingestão de alimentos.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Medo", foi estabelecido como **resultado esperado** que o cliente referisse maior conforto psicológico e fisiológico, pelas seguintes **intervenções de enfermagem**: falar calma e lentamente; investigar o nível de ansiedade da paciente; proporcionar tranquilidade e conforto; proporcionar informações corretas, usando termos simples;

encorajar o paciente a verbalizar qualquer medo e preocupação relativa à doença.^{17,21}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Ansiedade", o planejamento assistencial proposto teve como **resultados esperados** que o cliente verbalizasse alívio da ansiedade e demonstrasse melhora no padrão respiratório por meio das **intervenções de enfermagem**: proporcionar ambiente silencioso, calmo, quando o paciente estiver com falta de ar; usar o toque apropriadamente para demonstrar apoio e explicar todos os procedimentos realizados para o cuidado.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Recuperação cirúrgica retardada" teve como **resultado esperado** uma adequada cicatrização da ferida operatória, e como **intervenções de enfermagem**: monitorar o local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração; monitorar quanto a sinais de íleo paralítico (ruídos hidroaéreos ausentes, náusea, vômito, distensão abdominal); monitorar quanto a sinais e sintomas de infecção da ferida (edema e hiperemia aumentados, drenagem aumentada ou purulenta, calor, separação das bordas da ferida); monitorar a cicatrização da ferida; realizar curativo com técnica asséptica; oferecer alívio ideal da dor durante os curativos com os analgésicos prescritos; orientar o paciente a apoiar a área ao tossir, espirrar ou vomitar.¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Dor aguda", o planejamento assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o cliente verbalizasse alívio progressivo da dor, com as seguintes **intervenções de enfermagem**: avaliar a intensidade e a tolerância da dor; oferecer privacidade durante a experiência dolorosa; proporcionar ambiente calmo; administrar analgésicos prescritos; monitorar a eficácia da modalidade de administração da medicação; monitorar o efeito terapêutico do medicamento no cliente; investigar queixas.^{17,22}

Para o Diagnóstico de enfermagem "Amamentação interrompida", estabeleceu-se no planejamento da assistência de enfermagem impedir o ingurgitamento mamário como **resultado esperado**. Para implementar a assistência foram elaboradas as seguintes **intervenções de enfermagem**: administrar inibidor da lactação tal como prescrito; avaliar diariamente turgência mamária; enfaixar as mamas; evitar ordenha manual e compressas; monitorar tempe-

ratura corporal; estimular a expressão verbal dos sentimentos.^{17,20,21}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de glicemia instável" teve como **resultado esperado** níveis glicêmicos normais. As **intervenções de enfermagem** propostas foram: verificar glicemia capilar com frequência; garantir infusão endovenosa de insulina, quando indicado; atentar para sinais de hipoglicemia (sudorese, confusão, irritabilidade e tremores); administrar glicose hipertônica in bolus tal como prescrito, se necessário; monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza).¹⁷

Para o Diagnóstico de enfermagem "Risco de constipação", o planejamento assistencial proposto teve como **resultado esperado** que o cliente mantivesse o padrão intestinal pré-hospitalização, para o qual foram traçadas as seguintes **intervenções de enfermagem**: promover a ingestão diária adequada de líquidos; monitorar eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor); auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse; identificar fatores que possam favorecer a defecação; proporcionar privacidade durante as tentativas de eliminação; administrar enema, quando apropriado, conforme prescrição médica.^{17,22}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de infecção" teve como **resultado esperado** que os clientes não apresentassem sinais de infecção nos cateteres, mediante as seguintes **intervenções de enfermagem**: realizar lavagem meticulosa das mãos antes e depois dos procedimentos; aspirar tubo endotraqueal/traqueostomia com técnica asséptica; investigar sinais de flogose no acesso venoso central e realizar curativo oclusivo com clorexidina 0,12% ou álcool 70%, trocar acesso venoso periférico conforme protocolo.^{17,20}

O Diagnóstico de enfermagem "Risco de integridade da pele prejudicada" teve como **resultado esperado** a ausência de desenvolvimento de úlceras por pressão. As **intervenções de enfermagem** consistiram em mudar o decúbito no leito; inspecionar diariamente a pele durante o banho; proteger e evitar massagens sobre as proeminências ósseas; aplicar filme transparente em região sacral; colocar colchão perfilado no leito; manter pele limpa, seca e hidratada; assegurar suporte nutricional adequado; manter

roupa de cama limpa, seca e sem dobras.^{17,22}

Partindo desse cenário e considerando que a sepse caracteriza uma síndrome clínica que frequentemente passa despercebida até estágios mais avançados, ratifica-se a necessária adoção de estratégias multiprofissionais para a identificação precoce de pacientes com risco de sepse e para a diminuição da mortalidade associada, principalmente, à sepse grave e ao choque séptico.

Os problemas mais comuns nesses pacientes com choque séptico incluem a persistente hipotensão arterial, apesar da vigorosa ressuscitação volêmica, associada ao desequilíbrio entre a necessidade e a demanda de oxigênio, resultando em hipoperfusão tecidual que induz ao metabolismo anaeróbico e ao acúmulo de ácido láctico, responsável pela acidose metabólica. Essa hipóxia tecidual reflete a gravidade da doença e é preditiva do desenvolvimento de múltiplas disfunções orgânicas, fazendo com que o choque séptico, o débito cardíaco diminuído e a perfusão tissular ineficaz se tornem os problemas prioritários do paciente e equipe frente à instabilidade hemodinâmica instalada.^{9,23,24}

Assim, os diagnósticos identificados neste estudo possibilitaram uma maior compreensão acerca da situação vivenciada pelo paciente séptico, guiando os julgamentos e as decisões em torno daquelas necessidades apresentadas por cada paciente. Além disso, vale destacar que naqueles pacientes que não obtiveram êxito com o tratamento médico, mesmo na iminência da morte, as ações e intervenções de enfermagem seguiram um padrão único de qualidade e buscaram valorizar a dignidade do ser até o fim de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado no atendimento às necessidades afetadas reais e potenciais de regulação vascular, hidratação, oxigenação, regulação térmica, nutrição, eliminação, integridade física, cuidado corporal, percepção dos órgãos dos sentidos, segurança emocional e gregária dos pacientes, mostrou-

se complexo devido às peculiaridades inerentes a cada ser em estado crítico. Entretanto, ao favorecer a operacionalização do processo de enfermagem, a SAE se mostrou como o caminho mais promissor para o desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, tendo em vista que muitos enfermeiros estão aliando o conhecimento tácito decorrente da prática com o conhecimento cientificamente construído para, assim, identificar no cliente necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente; planejar e implementar ações e intervenções efetivas; avaliar os resultados dos cuidados pelos quais são legalmente responsáveis e, finalmente, possibilitar a adequada documentação desses cuidados por eles prestados.

Um dos fatores limitantes deste estudo se refere ao fato de a maioria dos pacientes ter sido classificada como SIRS ou sepse no momento da inclusão na pesquisa, o que pode não ter se conseguido demonstrar a real cascata de comprometimento hemodinâmico, ventilatório, renal e metabólico desses pacientes em estágios mais graves da síndrome séptica e, conseqüentemente, as peculiares habilidades cognitivas e psicomotoras dos agentes da Enfermagem nesse processo.

Em contrapartida, este estudo tem relevância no sentido de divulgar a importância da SAE e mostrar a sua imperatividade na qualidade do cuidado, como também ele aponta para a possibilidade que os enfermeiros envolvidos no cuidar desses pacientes críticos têm de utilizar esses diagnósticos identificados como referência para discussão, favorecendo a universalização da nossa linguagem científica e a sistematização do cuidado.

Vale destacar que a Taxonomia II da NANDA é um importante instrumento para a denominação de diagnósticos de enfermagem e para a prática clínica dos enfermeiros, embora o instrumento de coleta de dados utilizado no Serviço de Terapia Intensiva, fundamentado nos modelos biomédico e epidemiológico de risco, não tenha adequadamente contribuído para o desenvolvimento de uma assistência individualizada e de qualidade, dificultando, assim, o sucesso das demais fases do processo de enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO SEPTIC PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT ADULT

ABSTRACT

This is a field study developed with the purpose of implementing the nursing process, based on the Basic Human Needs Theory and North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)'s Taxonomy II, to identify the main nursing diagnoses in septic adults admitted to an ICU in João Pessoa, Brazil. The sample was made of six patients classified according to four levels: systemic inflammatory response syndrome (SIRS), sepsis, severe sepsis or septic shock. Data were collected by means of a standard instrument (nursing history) applied upon patient's admission, in addition to interviewing, observation, physical exam and health registries. Results showed that 50% of patients had a classification of sepsis; 33,3% of SIRS; and 16,7% of septic shock at the beginning of the study. Moreover, 19 diagnostic categories within 52 nursing diagnoses were identified, with a mean of 8,7 diagnoses per patient, which highlights NANDA's Taxonomy II as an invaluable instrument both to name these diagnoses and to the clinical practice. We stress the importance of the usage of these diagnoses as a reference by the nursing staff involved in the care of the ICU patients, which favors the expansion of the scientific language and the organization of care.

Keywords: Sepsis. Nursing. Nursing process. Critical care. Intensive care units.

REFERÊNCIAS

1. Nishide VM, Malta MA, Aquino KS. Aspectos Organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. McEwen M. Visão geral da teoria na Enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 48-73.
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU Editora Pedagógica Universitária; 2005.
4. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 Jan/Mar;13(1):188-93.
5. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto & Contexto Enferm. 2006 out/dez;15(4):617-28.
6. Westphal GA, Feijó J, Andrade PS, Trindade L, Suchard C, Monteiro MAG, et al. Estratégia de detecção precoce e redução de mortalidade na sepse grave. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(2):113-23.
7. Silva E, Fernandes Junior CJ, Akamine N, Sogayar AMCB, Knobel E. Sepse e choque séptico. In: Knobel E. Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 61-78.
8. Picard KM, O'Donoghue SC, Young-Kershaw DA, Russell KJ. Development and implementation of a multidisciplinary sepsis protocol. Crit Care Nurse. 2006 Jun;26(3):43-54.
9. Koury JCA, Lacerda HR, Barros Neto AJB. Fatores de risco associados à mortalidade em pacientes com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital privado de Pernambuco. Rev Bras Ter Intensiva. 2007 Jan/Mar;19(1):23-30.
10. Instituto Latino Americano da Sepse [homepage na Internet]. [acesso em 20 ago 2010] Disponível em: http://www.sepsisnet.org/PDF/01_Definicoes_de_Sepse.pdf.
11. Oliveira JB, Viana RAPP. Definições e condutas baseadas em evidências. In: Viana RAPP. Sepse para enfermeiros – As horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 1-10.
12. Silva E, Pedro MA, Sogayar ACB, Mohovic T, Silva CLO, Janiszewski M, et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study (BASES study). Crit Care. 2004;8(4):R251-60.
13. Sales Júnior JAL, David CM, Hatum R, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 Jan/Mar;18(1):9-17.
14. Koury JCA, Lacerda HR, Barros Neto AJB. Características da população com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital terciário e privado da cidade do Recife. Rev Bras Ter Intensiva. 2006 jan/mar;18(1):52-8.
15. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Caretta DF, Luckemeyer GD, et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. Rev Bras Ter Intensiva. 2008 abr/jun;20(2):128-34.

16. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992;101(6):1644-55.
17. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS-196/1996*. Brasília: CNS; 1996.
19. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN-311/2007*. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
20. Carpenito-Moyet LJ. *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 11ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
21. Negreiros RV. *Sistematização da Assistência de Enfermagem ao adulto hospitalizado com insuficiência cardíaca [dissertação]*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.
22. Carpenito-Moyet LJ. *Planos de cuidados de Enfermagem e documentação: diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
23. Westphal GA, Gonçalves AR, Caldeira Filho M, Silva E, Salomão R, Bernardo WM, et al. Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico - avaliação da perfusão tecidual. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011 Jan/Mar;23(1):6-12.
24. Ramalho Neto JM, Bezerra LM, Barros MAA, Nóbrega MML, Fontes WD. Nursing process and septic shock: intensive nursing care. *Rev enferm UFPE Online*[periódico na internet]. 2011 Nov[acesso em 2011 dez 07];5(9):2260-7. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1929/pdf_698