

APLICANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE GOTA

JULIANA COSTA HAERTEL¹; EMILY LAROQUE SELL²; GIANI DA CUNHA DUARTE³

¹Universidade Federal de Pelotas – juliana.haertel@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – emilysell93@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – giani_cd@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

SAE é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, tratando-se de uma ferramenta fundamental do trabalho do enfermeiro (CHAVES, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem afirma que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O Conselho considera que a implantação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem (COREN, 2002). O processo de enfermagem representa um método sistemático e humanizado de prestação de cuidados, constituído de cinco passos: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação ou intervenções de enfermagem, e avaliação. O mesmo pode ser entendido como uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Utilizando tal ferramenta o enfermeiro poderá observar e identificar os processos de saúde-doença e assim desenvolver as intervenções, promoção, prevenção e a recuperação da saúde e do cuidado ao paciente, família e comunidade.

A gota na sua patogenia está implicada na cristalização do monourato de sódio, em locais privilegiados (articulações, tecidos subcutâneos, rim), devido ao aumento da sua concentração sérica – a hiperuricemia. A deposição de cristais origina sintomatologia dependente do órgão afetado, ou seja, doença articular, tofos gotosos ou litíase renal. Múltiplos fatores podem estar relacionados com o início de uma crise aguda de artrite gotosa: os excessos alimentares ou alcoólicos, traumatismos locais, uma doença sistêmica ou um período pós-operatório, a diminuição brusca da uricemia também pode desencadear uma crise aguda de gota (MIGUEL; MEDIAVILLA, 2011). Os critérios que avaliamos como essenciais para escolhermos este paciente, se originou a partir da necessidade de obtermos conhecimento a cerca desta patologia que engloba diversas complicações secundárias, pela deficiência de informações visando a prevenção de agravos a saúde e também o fato de que com a ajuda da SAE o paciente viria a ter avanços significativos em sua melhora.

Este trabalho tem por objetivo apresentar a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a um paciente portador de gota em uma unidade de internação em um hospital na cidade de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Resumo extraído de um estudo de caso, onde segundo, PEREIRA; GODOY; TERCARIOL (2009) é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento.

O trabalho foi executado por duas acadêmicas de enfermagem, através da coleta de dados do paciente, entrevista, exame físico e consulta ao prontuário em maio de 2016. A partir das informações obtidas, foi feito um levantamento para que pudessem ser organizadas de forma sistemática e utilizar de técnicas para prestar assistência a este paciente. Foram utilizados como base a SAE e o Processo de Necessidades Humanas Básicas no modelo de Wanda Horta.

Necessidades Humanas Básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Correspondem a condições ou situações que o indivíduo, família e a comunidade apresentam em decorrência do desequilíbrio de suas necessidades básicas e que exigem, por sua vez, uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não (HORTA, 2015).

O diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão (NEVES, 2006).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada a implementação da SAE ao paciente portador de gota e suas complicações (Obesidade, Diabetes, Hipertensão, Esteatose Hepática, Nefrolitíase e Bursite) visando uma forma de abranger todas as suas necessidades de cuidado e atenção. Com essa ferramenta foi possível contribuir positivamente em seu prognóstico identificado as Necessidades Humanas Básicas e assim construindo Diagnósticos de Enfermagem para que as intervenções pudessem ser seguidas.

A identificação de diagnósticos específicos é fundamental, a partir desta, poderá se traçar um plano de intervenções o mais preciso possível. O objetivo do plano é direcionar o tratamento e, assim atender melhor às necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem (NANDA, 2003).

No quadro abaixo é apresentado os planos que foram construídos juntamente com o paciente, mostrando prescrição de enfermagem, diagnósticos e seus devidos aprazamentos para uma execução na equipe.

NHB	Diagnósticos de enfermagem (NANDA 2015-2017)	Prescrições de Enfermagem (NIC 2010)	Justificativas	Aprazamento
Locomoção e Motilidade	Mobilidade Física Prejudicada (00085) caracterizado pela capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras finas e grossas evidenciado por prejuízos musculoesqueléticos	Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios. Explicar ao paciente/familiares a finalidade e o plano de exercícios para as articulações.	Melhorar a deambulação, cognição mantendo a autonomia.	3x na semana

Nutrição	Nutrição Desequilibrada mais que as necessidades corporais (00001) caracterizado por estilo de vida sedentário.	Encorajar a ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida. Estabelecer metas realistas de curto e longo prazo para mudar a condição nutricional.	Para melhora na auto estima e retardar complicações advindas da obesidade.	Diariamente
Integridade cutânea/mucosa	Integridade da pele Prejudicada (00046) caracterizada por rompimento da superfície da pele evidenciado por estado nutricional desequilibrado e estado metabólico prejudicado.	Monitorar a ocorrência de infecção em especial, de áreas edemaciadas. Expor as limitações a dieta na cabeceira da cama, no plano de cuidado e no prontuário do paciente;	Evitar contaminação, com troca de curativos diários e técnicas assépticas. Respeitar as restrições a dieta	1x ao dia
Exercícios e atividades físicas	Obesidade (00232): caracterizado por adulto IMC > 30 m ² evidenciado por atividade física diária é inferior a recomendada para o sexo e a idade e comportamento alimentar inadequado.	Auxiliar o paciente a desenvolver uma auto estima compatível com o peso corporal saudável; Providenciar um programa supervisionado de exercício adequado.	Afim de evitar complicações devido ao excesso de peso e melhora na auto estima	3x na semana
Auto imagem	Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado a prejuízo musculoesquelético evidenciado por capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário (p.ex., camisa, meias, sapatos).	Ajudar a amarrar, abotoar e usar fechos se necessário; Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente	Objetivo de propiciar momentos agradáveis e de maior confiança com o paciente estimulando a autonomia.	SN
Atividade/R epouso	Risco de função cardiovascular prejudicada (00239): evidenciado por diabetes melitus, hipertensão arterial e obesidade.	Identificar a disponibilidade do paciente para aprender como modificar seu estilo de vida; Orientar o paciente/familiares sobre sintomas de comprometimento cardíaco, indicativos de necessidade de repouso.	Orientar sempre a opção de evitar a patologia ao invés de trata-la.	SN
Auto estima	Risco de baixa autoestima situacional (00153) evidenciado por: alteração na imagem corporal	Usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal; Ajudar o paciente a identificar ações que melhorem a aparência.	Promover bem estar, conforto e segurança para que aja o diálogo seguidamente.	SN

Tabela 1: Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem

4. CONCLUSÕES

Com a construção do estudo foi possível ampliar o conhecimento sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem e sua aplicabilidade na rotina do paciente na unidade. O plano de alta também fez parte da elaboração deste estudo com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado, fazendo com que esse paciente obtivesse o que é esperado para todos. Nos sentimos sempre muito bem-vindas e as conversas fluíram sempre da melhor forma, apesar de que sentimos muitas vezes que faltava algo em sua rotina, como um vazio. Dessa forma buscamos deixar o paciente confortável para qualquer assunto, para que pudéssemos tranquilizá-lo e o auxiliar em diversas adaptações.

Finalizamos este trabalho muito satisfeitas com o crescimento pessoal e acadêmico, com a certeza de que orientamos nosso paciente, mostrando a importância de não apenas tratar suas patologias, mas sobretudo, prevenir o agravamento das mesmas.

5. REFERÊNCIAS

CHAVES, LD. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2009.

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Resolução nº 272/2002: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2002. Disponível em <http://corensp.org.br/072005/> Acesso em: 20 de julho de 2016.

GARCIA TR, NÓBREGA MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.1, p.188-193, 2009.

HORTA, WA. **Processo de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Guanabara Kogan, 2015.

MIGUEL C; MEDIAVILLA MJ. Abordagem actual da Gota. **Acta Med Port**. v. 24, n.5, p.791-798, 2011.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) Definições e classificação (2001-2002). Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre (RS): **Artmed**; 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n3/a13v59n3.pdf> Acesso em: 20 de julho de 2016.

NEVES RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.4, p.556-559, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n4/a16v59n4.pdf> Acesso em: 21 de julho de 2016

PEREIRA LTK; GODOY DMA; TERCARIOL D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. v.22, n.3, p.422-429, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300013 Acesso em: 20 de julho de 2016.