

SÍNDROME DE CREST APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARTINS, Renata Cristina da Silva¹; SANCHES, Mariana Storniolo²; Mariani, Pauline Eloise³; GARLET, Marta Somavilla⁴; MARTINO-ROTH, Maria da Graça⁵;

Universidade Federal de Pelotas

ROTH, Juliana Martino⁶
Universidade Federal de Pelotas

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 5º semestre, relatora.

renatinhaa.martins@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 5º semestre.

maricotinhasanches@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 5º semestre.

Pii902@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 5º semestre.

marthagarlet@hotmail.com

⁵ Doutora em Biotecnologia. Professora Adjunto Aposentada da Universidade Federal de Pelotas

gmartino@brturbo.com.br

⁶ Mestre em Saúde e Comportamento. Enfermeira da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

juroth33@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Esclerodermia é uma doença auto-imune do tecido conjuntivo que afeta a pele, e algumas vezes os órgãos internos. Apresenta uma variação muito grande em termos de prognóstico. Existem dois tipos de esclerodermia: a forma sistêmica (esclerose sistêmica) que afeta os órgãos e sistemas internos do organismo, e a forma localizada, que afeta uma área localizada da pele. Como regra geral, as crianças apresentam tendência a apresentar a forma localizada (subdividida em esclerodermia linear e morféia), enquanto os adultos geralmente manifestam a forma sistêmica. Na esclerose sistêmica, o sistema imunológico costuma causar dano a duas áreas principais: os vasos sanguíneos de pequeno calibre e as células produtoras de colágeno localizadas na pele e em todo o organismo. Na esclerose sistêmica, os vasos sanguíneos de pequeno calibre nos dedos das mãos tendem a estreitar-se e por vezes o fluxo sanguíneo é completamente ocluído. É o componente colágeno o responsável pelo espessamento da pele, bem como pelo acometimento pulmonar, gastrointestinal e cardíaco da doença. A esclerose sistêmica é dividida em duas formas clínicas: limitada e difusa, de acordo com a extensão do comprometimento cutâneo. Ambas as formas clínicas estão associadas com envolvimento de órgãos internos, mas a forma limitada tende a apresentar acometimento visceral mais leve que a forma difusa. A esclerose sistêmica limitada freqüentemente é chamada de forma CREST (MONTICIELO, 2008).

A Síndrome de CREST (calcinose, fenômeno de Raynaud, alteração da motilidade esofágica, esclerodactilia, telangiectasias) é uma variante de esclerodermia. A hipertensão pulmonar é uma das complicações possíveis, sendo a fibrose pulmonar mais comum e causa de maior morbidade e mortalidade.

Anticorpos anti-centrômero são característicos, e estão presentes em 50% dos casos (CARNEIRO, 2004). Devido à natureza crônica da doença, uma abordagem multidisciplinar é essencial, a participação do enfermeiro desde a fase inicial é fundamental no apoio ao paciente, para gerenciar seu tratamento médico e as suas atividades de vida diária (WILSON, 2006).

A função dos profissionais de saúde que atendem o paciente portador da Síndrome de CREST é acima de tudo, a de compreender, apoiar, ajudar e auxiliar o paciente a reconhecer suas reais dificuldades, entender suas limitações e motivá-lo a enfrentar o caminho da reabilitação que é um processo dinâmico e contínuo.

O cuidado é uma ação essencial na prática de enfermagem que por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser realizado de forma eficaz e humanizado. A implementação da SAE no cuidado da saúde e de enfermagem do paciente com Síndrome de Crest, aborda a resolução de problemas e proporciona a individualização da assistência ao mesmo. A SAE envolve a execução de um plano de cuidados, composto por cinco fases: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, avaliação e intervenção. A fase de levantamento de dados e o exame físico servem para subsidiar a assistência de enfermagem a ser prestada ao paciente. Os diagnósticos proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem. O planejamento é o desenvolvimento de metas e resultados para assistir o paciente na resolução de seus problemas, onde a implementação envolve a execução deste plano e a avaliação ou evolução de enfermagem permite que o enfermeiro determine a resposta deste paciente ao plano proposto. Este é um método organizado de prestar o cuidado ao paciente (TANNURE, 2008). O trabalho tem como objetivo relatar a utilização da SAE, como metodologia no cuidado de enfermagem ao paciente com Síndrome de CREST.

2 METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de experiência sobre a aplicação da SAE a um paciente com Síndrome de CREST, na modalidade de estudo de caso clínico (GALDEANO, 2003). O estudo foi realizado no primeiro semestre de 2010, durante o Componente Curricular Unidade do Cuidado Adulto II, em uma unidade de clínica médica de um hospital do sul do Rio Grande do Sul, Brasil. O paciente autorizou a realização deste estudo, bem como, a divulgação do mesmo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Este paciente foi escolhido pela complexidade de sua patologia. F.T.S.C. de 64 anos, do sexo masculino, caucasiano, solteiro, aposentado, trabalhou com jato de areia por 10 anos, ex-tabagista e ex-etilista, com diagnóstico de tuberculose em 1990 e realização biópsia hepática em 1996. Iniciou com dispnéia de esforço com agravamento progressivo em 2009 e em fevereiro de 2010 internou devido à descompensação clínica e necessidade de oxigenoterapia contínua, como também para a investigação dos possíveis fatores desta descompensação. Em abril deste ano internou novamente devido ao agravamento dos sintomas.

Ao exame físico, apresentava telangiectasias malares, ausculta cardíaca com ritmo regular em dois tempos, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares inaudíveis na base do pulmão direito, abdôme com cicatriz cirúrgica no flanco direito e ruídos hidro-aéreos presentes, esclerodactilia. Sinais vitais: FC: 76 bpm,

FR: 20 mvm, PA: 110/70mmhg, Tax: 36,7 °C. O hemograma e prova de função renal não apresentavam alterações. A gasometria arterial revelou alcalose respiratória. O Rx das mãos mostrou lesões calcificadas nos dedos (calcinose). O ecocardiograma evidenciou aumento das cavidades direitas, insuficiência tricúspide importante, pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 100 mmHg, diâmetro diastólico aumentado do ventrículo direito. Na tomografia computadorizada de tórax mostrou lesão nodular na base do pulmão direito (5 cm) de etiologia a esclarecer e fibrose pulmonar. O ultrassom de abdômen total revelou um cisto simples à direita. A tomografia de abdômen superior revelou um nódulo sugestivo de cisto com um centímetro no lobo esquerdo do fígado, arteriomatose da aorta. Na cintilografia óssea foi evidenciado a hiper captação anormal do rádio fármaco, localizado no hálux do pé direito, o qual era compatível com doença inflamatória. Na endoscopia respiratória não mostrou nenhuma lesão endobrônquica. Com a realização do estudo de caso clínico, foi possível compreender a real importância da utilização da assistência de enfermagem de forma integral, planejada e organizada, que propiciou a minimização dos sintomas.

Com base no histórico do paciente, no estudo da patologia, no tratamento utilizado e nas queixas do mesmo, realizamos um levantamento de problemas de enfermagem juntamente com os devidos diagnósticos e então foi desenvolvido e aplicado um plano de cuidados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a realização do cuidado, buscou-se promover uma assistência humanizada ao cliente, o qual se encontrava fragilizado em razão de sua patologia, e como resultado nos deparamos com um paciente informado e motivado com a terapêutica, esperançoso com a possibilidade da melhora do quadro, ciente sobre a gravidade de sua doença e sabendo como agir prevenindo e minimizando o aparecimento dos sintomas.

Os principais diagnósticos de Enfermagem encontrados e suas respectivas intervenções foram: 1 – Conhecimento deficiente e ansiedade relacionada à patologia; 1.1 – investigar o nível de ansiedade; 1.2 – proporcionar tranquilidade e conforto; 1.3 – remover a estimulação excessiva; 1.4 – ensinar interruptores de ansiedade para utilizar quando situações estressantes não podem ser evitadas; 2 – Dor aguda e deambulação prejudicada devido às dores articulares; 2.1 – Explicar as causas da dor; 2.2 – Investigar o nível da dor; 2.3 – Proporcionar à pessoa o alívio da dor com analgésicos prescritos; 2.4 – Explicar que a deambulação segura é um movimento complexo, envolvendo os sistemas musculoesquelético, neurológico e cardiovascular, bem como os fatores cognitivos, como a capacidade mental e orientação; 2.5 – Estimular a deambulação em caminhadas curtas e frequentes com auxílio em caso de instabilidade; 3 – Intolerância a atividade, troca de gases prejudicada e déficit no autocuidado (higiene corporal e vestir – se) devido a dispnéia; 3.1 – Investigar a resposta do indivíduo a atividade (verificar pulso, pressão sanguínea e respiração em repouso); 3.2 – Proporcionar privacidade durante a rotina do banho; 3.3 – Providenciar todos os equipamentos e deixá – los ao alcance; 3.4 – Providenciar segurança no banheiro; 3.5 – Promover a independência no vestir por meio

prática contínua e sem auxílio; 3.6 – Escolher roupas que facilitem a tarefa (CARPENITO-MOYET, 2008).

Além disso, o plano de cuidados envolveu orientações sobre a reabilitação do paciente no sentido de auxiliá-lo para retomar as suas atividades de rotina, dentro de suas limitações, proporcionando assim uma qualidade de vida digna, com a recuperação de sua vida familiar e social com melhora de sua auto-estima.

4 CONCLUSÕES

No desenvolver deste trabalho observou-se a relevância de desenvolver e aplicar a SAE à este paciente, pois ele mostrou-se satisfeito com a redução dos sintomas, motivado a seguir o tratamento e a voltar ao seu contexto familiar, social.

5 REFERÊNCIAS

CARNEIRO, A. C.; BARBOSA, I. P.; CHAVES, F. C.. Síndrome de Crest e Hipertensão Pulmonar - Prognóstico Sombrio. Serviço de Medicina A. Hospital de S. João, Porto. **Acta Méd Port**, v. 17, p. 409-414, 2004.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 1.ed., Porto Alegre. Artmed, 2008.

GALDEANO, L. E, R.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.11, n. 3, p. 371-375, maio-junho, 2003.

MONTICIELO, O. A.; et al. Esclerose sistêmica e níveis séricos elevados de organoclorado: uma associação possível? **Revista Brasileira Reumatologia**, v.48, n.1. São Paulo, jan./fev. 2008. doi: 10.1590/S0482-50042008000100012 .

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A. M. P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. 1 ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

WILSON, H. R.V. Doença auto-imune do tecido conjuntivo: esclerodermia. Centro de Reumatologia do Hospital Royal Free, Londres. **Br J Nurs**, v. 15, n. 15, p. 805-809, ago-set. 2006.