ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO CONVALESCENTE DE PNEUMONIA*

*Ana Luísa Petersen Cogo***

RESUMO: Estudo de caso sobre um idoso convalescente de pneumonia, para o qual são elaboradas prescrições de enfermagem com base em revisão bibliográfica da fisiopatologia, do diagnóstico, do tratamento e da assistência de enfermagem na pneumonia face as necessidades evidenciadas pelo paciente.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo partiu da experiência vivenciada em uma instituição para idosos utilizada como local de estágio da disciplina ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO I (ENF 111) da Escola de Enfermagem da UFRGS.

O problema da convalescença de pneumonia foi selecionado a partir do acompanhamento de um idoso, para o qual fez-se necessário elaborar uma assistência de enfermagem não apenas voltada ao problema em questão, mas também considerando o seu tipo de personalidade, o afastamento dos seus familiares e as características próprias dos idosos.

Para a elaboração de prescrições de enfermagem com base nas necessidades evidenciadas no paciente, fez-se necessário um estudo bibliográfico sobre as implicações da pneumonia na idade avançada e sua caracterização fisiopatológica, os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados atualmente.

---

* Estudo de caso orientado pela professora Vera Regina Waldow.

** Discente da Escola de Enfermagem da UFRGS, monitora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil.

2. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA IDADE AVANÇADA

A OPS/OMS[13] e Rossi[14] lembram que, apesar da velhice não ser caracterizada como doença, os idosos são mais vulneráveis às doenças prolongadas de início insidioso. A sintomatologia indefinida acarreta muitas vezes o retardo do diagnóstico e da instalação da terapêutica pronta e específica.

Outro fato apontado pela OPS/OMS[13], é de que mesmo em países desenvolvidos, com serviços de saúde bem organizados, não há meios completamente eficazes para diagnosticar precocemente esses estados patológicos.

Rossi[14] ressalta que a tendência a viver mais, prolongando a velhice, determina uma maior incidência de doenças. Os idosos tornam-se mais suscetíveis, menos resistentes aos estresses físicos, psicológicos e sociais.[10, 14]

Burnside[6] coloca que embora as cardiopatias sejam uma das principais causas de morte acima dos 65 anos de idade, elas freqüentemente acarretam anomalias pulmonares secundárias. Os pulmões dos velhos são mais rígidos e esta característica somada a uma redução da força muscular, constituem problemas para a enfermagem, já que há também uma maior tendência a contrair complicações.

Segundo Brunner[4], 10% das admissões hospitalares são por pneumonia, e esta é a 5ª causa de morte nos Estados Unidos (a 4ª em pessoas acima de 65 anos). Du Gas[7] refere que as infecções respiratórias, entre elas a pneumonia, são a principal causa de enfermidade a curto termo na idade adulta.

A pneumonia é freqüente nos idosos devido a presença de doenças degenerativas, da diminuição da capacidade tussígena, da redução da imunoglobulina D (Ig D), e por imobilidade prolongada.[3]

Hatano[9] coloca que "quanto mais velho o indivíduo, mais graves serão as conseqüências de pequenas infecções respiratórias, que são a mais comum causa de óbito entre os gerontinos."

Vários autores[1, 3, 5, 7, 9, 12] abordam as alterações anátomo-fisiológicas que ocorrem com o aparelho respiratório nos idosos e que, portanto, os predispõem a doenças respiratórias. Entre as alterações anatômicas encontram-se o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax; cifose, osteoporose; calcificação das cartilagens costais; diminuição da mobilidade das costelas; contração parcial dos músculos da inspiração; diminuição da espessura da parede alveolar; diminuição do número de capilares; diminuição do número, mas com aumento do tamanho dos alvéolos; dilatação dos bronquíolos e ductos alveolares;

aumento da elastina; diminuição da quantidade e espessura das fibras elásticas que rodeiam os ductos e as bordas dos alveólos; aumento do colágeno vascular. Como resultante dessas alterações, a complacência pulmonar aumentará, tendendo a diminuir com o aumento da freqüência respiratória.

Dentre as alterações fisiológicas citadas por esses autores, encontram-se a diminuição, progressiva da capacidade vital e do volume expiratório forçado no primeiro segundo, discreta diminuição da capacidade inspiratória e da capacidade pulmonar total; aumento do volume residual e da capacidade residual funcional. Todos os parâmetros derivados da capacidade vital expiratória forçada estão diminuídos e há também uma redução da distensibilidade do pulmão. A relativa imobilidade costal aumenta a importancia do diafragma e dos músculos da parede abdominal para realizar a ventilação. Existe ainda, uma redução dos mecanismos de defesa[1, 3, 5, 7, 9, 12]

3. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA PNEUMONIA

A pneumonia é um processo inflamatório do parênquima pulmonar no qual os alvéolos estão cheios de plasma e elementos figurados[5, 8].

Segundo Guyton[8], a pneumonia bacteriana é o tipo mais freqüente. Esta, caracteriza-se por iniciar com uma infecção alveolar cuja membrana pulmonar se inflama e torna-se muito porosa, possibilitando a passagem de plasma, leucócitos (especialmente os neutrófilos) e hemácias ao alvéolo. Assim a infecção se espalha entre os alvéolos, podendo ocorrer consolidação de lobos pulmonares e até de um pulmão, ficando cheios de plasma e restos celulares. Esse mecanismo a nível de alvéolo é decorrente de uma estagnação de sangue nas bases pulmonares ocasionando congestão. Caso ocorra acúmulo de secreção, esta torna-se mais espessa e difícil de ser expelida e quando associada a alterações fisiológicas, predispõe à proliferação de microorganismos patogênicos.

Ao longo deste processo inflamatório há uma diminuição da superfície total disponível da membrana respiratória, bem como uma alteração da relação normal entre a ventilação e a perfusão. A ventilação pulmonar poderá estar reduzida, embora o fluxo sangüíneo através do pulmão continue normal. Ocorrerá uma hipoxemia arterial, pois o sangue venoso vindo para os pulmões passa atraves de áreas não ventiladas, seguindo ao coração esquerdo sem ser oxigenado[8].

Entre os fatores que predispõem e ocasionam a pneumonia, Brunner[5] coloca as doenças que produzam muco ou obstrução brônquica e que interfiram na drenagem do pulmão; responsabilizando, também, a imobilidade no leito por períodos prolongados associados a uma respiração superficial, bem como, a depressão do reflexo de tosse, aspiração de substâncias estranhas ao pulmão e mecanismo de deglutição anormal.

Este autor, coloca ainda como predisponentes o uso de substâncias tóxicas, pois suprimem os reflexos corporais, entre eles a imobilização dos leocócitos e do movimento ciliar traqueo-brônquico, bem como drogas sedativas podem deprimir o sistema respiratório. Como conseqüência há acúmulo de secreções brônquicas, diminuição da resistência do hospedeiro (pode ser ocasionada pelo uso de drogas imunossupressoras, anti-leucêmicos e corticóides por períodos prolongados), infecções do trato respiratório superior, não tratadas adequadamente; superinfecção em pacientes hospitalizados, exposição ao frio intenso e à umidade[5].

A sintomatologia das pneumonias varia conforme o agente etiológico, sendo as bacterianas desintomatologia semelhante às viróticas.

Leão[11] diferenciou as pneumonias viróticas e bacterianas pelos sinais e sintomas mais freqüêntes, como segue abaixo:

a. Toxemia, palidez e dor torácica são sugestivos de pneumonia bacteriana.

b. Mialgia, conjuntivite e rouquidão ou sibilos sugerem pneumonia virótica.

c. Os sinais comuns a ambas seriam: dispnéia, respiração gemente, crepitações inspiratórias.

Nos idosos, a pneumonia caracteriza-se por início insidioso, sendo muitas vezes detectada por escarro purulento. Os pacientes idosos devem ser avaliados conforme o seu comportamento, seu estado mental, dando atenção a sinais de estupor e de insuficiência cardíaca congestiva.[5]

Hatano[9] coloca que "a pneumonia pode ocorrer sem a febre usual ou pode o paciente sofrer desidratação sem se queixar de sede, até o ponto de ocorrer colapso circulatório."

4. DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA NA PNEUMONIA

O diagnóstico clínico da pneumonia, é feito através de uma que-

da do estado geral, de tosse produtiva, e de dispnéia. Ao exame físico é detectado uma menor expansibilidade torácica, menor elasticidade, hipersonoridade, roncos e sibilos. Através do histórico poderá ser detectada uma infecção respiratória recente. Os sinais clínicos pulmonares podem estar ausentes em 30% das pneumonias bacterianas.[11]

Os RX de tórax laterais e ântero-posteriores visam localizar o processo e determinar a presença ou ausência de fluido. Esses exames serão suficientes para fornecer uma diferenciação entre o processo virótico e o bacteriano.

Dentre os exames laboratoriais os mais freqüentemente realizados são o hemograma (leucócitos acima de 15.000/mm^3 e acima de 1.000 bastonetes/mm^3 sugerem infecção bacteriana) ; coloração Gram, cultura e antibiograma do escarro; hemocultura (serve para identificar o organismo responsável). A toracocentese é realizado em casos de derrame pleural.

Brunner[4] refere que o tratamento dependerá do agente causador da infecção, portanto a antibioticoterapia será específica ao agente, tendo como base os resultados dos antibiogramas.

São prescritos o aumento da ingesta hídrica a fim de fluidificar as secreções e de repor as perdas hídricas, fisioterapias torácicas como percussão e drenagem postural, e quando o paciente estiver impossibilitado de tossir é recomendada a aspiração nasotraqueal ou broncoscópica. A oxigenioterapia é realizada em pacientes com hipóxia, sendo solicitado gasometria a fim de determinar a concentração dos gases arteriais. Em caso de ocorrer dor pleurítica é administrado codeína ou realizado bloqueio nervoso intercostal.[5]

Quando houver dispnéia é indicada a administração de uma dieta líquida, ao estabilizar o quadro pode ser oferecida dieta normal.

Oliveira[12] expõe o tratamento da seguinte forma:

a. Cuidados gerais, através da administração de líquidos e da promoção de repouso;

b. Administração medicamentosa: broncodilatadores (beta-adrenérgicos e derivados xantínicos), expectorantes (a água é fundamental para promoção da expectoração), antibióticos, corticóides, oxigenioterapia, cinesioterapia respiratória.

Na convalescença, esses cuidados persistem com supressão gradativa da oxigenioterapia e dos antibióticos. Nesta fase, os cuidados mais importantes são o repouso, a ingesta hídrica, a alimentação bem equilibrada e a cinesioterapia respiratória.

5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES IDOSOS COM PNEUMONIA

Todos os cuidados de enfermagem estão voltados às medidas específicas com a terapêutica medicamentosa, a promoção de uma boa ventilação através do posicionamento adequado, da remoção de secreções, da hidratação, da oxigenioterapia. O paciente permanecerá em repouso até o quadro apresentar melhoras.

Conforme Brunner[5], os cuidados de enfermagem a um paciente com pneumonia podem ser divididos segundo os ítens que abaixo seguem.

A. Eliminação e controle das secreções: seu objetivo é evitar que a secreção retida interfira com as trocas gasosas e possa causar uma involução lenta.

Para atingir tal objetivo podem ser adotados as seguintes medidas:

a. Encorajar a ingesta hídrica dentro dos limites de reserva cardíaca do paciente. Uma boa hidratação fluidifica o muco e funciona como expectorante eficaz.

b. Umidificar o ar para soltar as secreções e melhorar a ventilação. Esta umidificação pode ser feita tanto através de nebulizações, quanto de vaporizações;

c. Encorajar o paciente a tossir (não suprimir o reflexo de tosse) da seguinte forma: inspirar profundamente pelo nariz, expirar e tossir enquanto contrai o abdômen;

d. Utilizar percussão da parede torácica e drenagem postural, para mobilizar as secreções pulmonares;

e. Utilizar aspiração traqueal nos pacientes que tossem mal;

f. Ajudar na retirada broncoscópica de muco espesso, se o paciente estiver fraco para tossir eficazmente;

g. Observar se a tosse não provoca hipóxia grave, cianose.

B. Observar a evolução do estado clínico do paciente.

a. Verificar a temperatura, pulso, respiração e pressão arterial a intervalos regulares, para avaliar a resposta do paciente à terapêutica. A persistência da febre pode ser um sinal de resistência medicamentosa ou resposta inadequada ao tratamento;

b. Ficar atento a complicações (hipotensão, choque, meningite e outros já citados);

c. Orientá-lo para em caso de sentir mal-estar ou qualquer sensação que não considere normal, a procurar um serviço de saúde.

C. Promover condições para o restabelecimento.

a. Promover uma dieta equilibrada e investigar as preferências do cliente;

b. Esclarecer que a fadiga e fraqueza persistem após o desaparecimento dos sintomas;

c. Promover ao paciente repouso. No caso de necessitar permanecer no leito, orientar para que realize troca de decúbito de duas em duas horas;

d. Orientar o cliente a reiniciar gradativamente as suas atividades;

e. Evitar o contato do paciente com portadores de doenças infecto-contagiosas.

Os aspectos psicossociais deverão ser observados quando por ocasião da prestação da assistência. O indivíduo deverá permanecer em repouso tanto durante a hospitalização, como durante a sua recuperação em sua casa. As suas atividades profissionais deverão ficar em segundo plano nesses momentos. Mas nem todos os pacientes concordam com esta atitude retornando muitas vezes mais cedo às atividades do que deveriam. Nesses casos são comuns as recidivas, podendo progredir a óbito.

No paciente idoso a abordagem pode ser difícil, pois além de ter uma convalescença lenta, estará consciente da brevidade dos anos que restam. O idoso exigirá confiança e apoio, havendo necessidade de lidar com o mesmo com paciência.

O paciente deve ser encorajado a participar do seu cuidado, a fim de assumir responsabilidades sobre a sua recuperação.[5]

É muito freqüente os idosos não verem perspectivas de recuperação, entregando-se aos cuidados, sem colaborarem e relacionarem-se com o ambiente a sua volta.[3]

6. SITUAÇÃO DO PACIENTE FRENTE AO PROBLEMA

O histórico do paciente revela dados significativos que devem ser levados em consideração no plano assistencial. Faz-se necessário que estes sejam citados neste momento.

O senhor J. já residia na Clínica Geriátrica quando iniciou a apresentar picos febris, vômitos e dispnéia. Houve necessidade de interná-lo em um hospital para investigação. Permaneceu hospitalizado por 15 dias, neste período foi confirmado o diagnóstico de pneumonia. Durante a hospitalização apresentou como intercorrência desidratação e insuficiência cardíaca.

Ao retornar à Clínica Geriátrica, senhor J. apresentava uma melhora lenta, mas progressiva. Não cooperava nos cuidados, negando-se a realizar os exercícios respiratórios de inspiração profunda e tosse. Não expectorava as secreções das vias aéreas, deglutindo-as.

Apresentava dificuldade para deambular, incontinência urinária e intestinal, diminuição da acuidade visual e auditiva. Permanecia a maior parte do tempo deitado na sua cama ou sentado em uma cadeira. Não conversava espontaneamente. Qûando era solicitada a sua opinião, limitava-se a responder com monossílabos ou a nada responder, apenas olhando para o interlocutor.

Abria a boca com dificuldade, tornando difícil a ingesta hídrica e a administração de medicamentos via oral ou sub-lingual.

Na ocasião da realização do estudo de caso o paciente fazia uso de aminofilina, vitaminas B e C, digitálicos, anti-arritmicos.

A seguir seguem as prescrições de enfermagem elaboradas a este paciente, voltadas sobretudo a convalescença de pneumonia. (ver quadro I)

Quadro I: Prescrição de enfermagem referentes a convalescença de pneumonia de um paciente idoso.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	FUNDAMENTAÇÃO
1. Oferecer líquidos (suco, chá, batida, água, etc.) nos intervalos das refeições, perfazendo um total de 1.200 ml.	1. M-T-N*	1. A hidratação adequada possibilita a fluidificação das secreções.
2. Estimular a ingesta de líquidos na própria xícara ou copo.	2. M-T-N	2. Essa é uma maneira de promover a retomada de hábitos costumeiros, além de ser um estímulo ao início do auto-cuidado.
3. Reorientar o cliente a inspirar profundamente, expirando intensamente após o mesmo, iniciar com 5 movimentos. Repetí-los 6 vezes ao dia.	3. MM-TT-NN	3. Esses exercícios visam ventilar completamente as bases pulmonares e melhorar o retorno gasoso no alvéolo.

Nota*— As letras referem-se aos turnos: M — Manhã, T — Tarde, N — Noite.

4. Orientar o cliente para realizar após as nebulizações a inspirar profundamente e, ao expirar, tossir; repetir 5 vezes todo o exercício.	4. M-T-N	4. Visa a expandir os pulmões e ao tossir ocorre uma pressão pelo diafragma no sentido de eliminar as secreções acumuladas.
5. Auxiliar o cliente a mudar de decúbito a cada 2 horas quando permanecer no leito.	5. DLD-DD-DLE**	5. A mudança freqüente de decúbito evita o acúmulo de secreções nas bases pulmonares, bem como aumenta a circulação previnindo escaras.
6. Elevar o tronco e a cabeça, utilizando uma cadeira sob o colchão, mantendo o alinhamento correto, quando o cliente estiver deitado.	6. Quando deitado.	6. A elevação do tronco em relação ao resto do corpo permite uma expansão do diafragma, facilitando a ventilação do pulmão.
7. Verificar os sinais (temperatura axilar, freqüência cardíaca e respiratória, pressão arterial) a cada 3 horas, registrando as características do pulso e da respiração.	7. 6-9-12-15-18-21 horas.	7. Visa manter o controle sobre o estado geral do paciente.
8. Observar sinais e sintomas de disfunção respiratória: dor inspiratória, cianose, ruído expiratório, retrações, taquipnéia ou bradipnéia, registrando e comunicando as alterações.	8. M-T-N	8. Visa manter em observação a função respiratória do paciente.
9. Informar o cliente sobre os cuidados que lhe serão prestados e o porquê dos mesmos, antes de executá-los.	9. M-T-N	9. Visa manter o indivíduo ciente sobre os cuidados que estão sendo prestados e favorece a sua participação e, conseqüentemente, maior colaboração.
10. Providenciar uma dieta equilibrada, observando os	10. D-L-A-L-J-C***	10. Visa promover o pronto restabelecimento do cli-

Nota** — As letras referem-se aos decúbitos: DLD — decúbito lateral direito, DD — decúbito dorsal, DLE — decúbito lateral esquerdo.

Nota*** — As letras referem-se às refeições: D — desjejum, L — lanche, A — almoço, J — janta, C — ceia.

valores nutritivos, as disponibilidades da instituição e as preferências do cliente.		ente a partir do fornecimento de fontes de energia e respeitando seus gostos e preferências.
11. Evitar o contato do cliente com portadores de doenças infecto-contagiosas durante a convalescença.	11. M-T-N	11. Visa proteger o cliente de infecções, já que este está com seu mecanismo imunitário debilitado.
12. Auxiliar o paciente a deambular por pequenos percursos, apoiando de forma segura, duas vezes ao dia.	12. M-T	12. Visa iniciar o restabelecimento das atividades músculo-esqueléticas, possibilitando uma ampliação das atividades desempenhadas pelo paciente. A deambulação melhora o desempenho de todas as funções orgânicas.
13. Conversar com o paciente durante os procedimentos e nos momentos em que este estiver acordado. Falar sobre o dia do mês, a estação do ano, sobre as condições atmosféricas e sobre ocorrências do dia-a-dia.	13. M-T-N	13. É uma maneira de orientá-lo no tempo e no espaço, como também poderá servir de motivação para o seu auto-cuidado.
14. Realizar exercícios passivos, estabilizando a articulação e apoiar a parte distal, movimentar a articulação de maneira regular e lenta, através de toda a sua amplitude de movimento. Iniciar com cinco movimentos em cada articulação, duas vezes ao dia.	14. M-T	14. Visa reter o máximo possível de amplitude articular de movimento, favorecendo a circulação.
15. Realizar após as nebulizações percussão e drenagem postural. Vibrar com as mãos em formato de concha o tórax do paciente por 20 vezes.	15. M-T-N	15. A percussão visa auxiliar na remoção das secreções fluidificadas devido à nebulização.
16. Posicionar o paciente após percussão torácica	16. M-T-N	16. A drenagem postural utiliza o princípio da gravi-

em posição de Trendelemburg em decúbito lateral direito e em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos em cada posição.

dade, facilitando a expectoração das secreções.

7. CONCLUSÃO

O enfermeiro deve estar preparado para prestar uma assistência eficiente ao idoso que esteja convalescendo de pneumonia, visto a freqüência com que esta patologia acomete o grupo etário em questão.

Devido as suas características próprias, os idosos necessitarão serem assistidos por profissionais persistentes e carinhosos, que realmente acreditem no valor da enfermagem geriátrica.

SUMMARY: Deals with the study of a case about an old aged recovering from penumonia, where a nursing prescription was based on a bibliographic revision of the physiopathology, the diagnosis, the treatment and the nursing assistance in the pneumonia process.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÂNGULO, Marcos S. Aspectos fisiológicos do envelhecimento. *Cadernos da Terceira Idade.* São Paulo, *4*: 7-13, 1979.
2. BELAND, Irene & PASSOS, Joyce. *Enfermagem clínica.* São Paulo, E.P.U. & EDUSP, 1975. V.2.3.
3. BIRCHENALL, Joan & STREIGHT, Mary Eillen. *Care of the older adult.* Philadelphia, Lippincott, 1973.
4. BRUNNER, Lillian & SUDDARTH, Doris. *Moderna prática de Enfermagem.* 2. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
5. _____ . *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 4ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.
6. BURNSIDE, Irene. *Enfermagem e os idosos.* São Paulo, Andréi, 1979.
7. DU GAS, Beverly W. &DUGAS, Barbara Marie. *Enfermagem prática.* 4ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984.
8. GUYTON, Arthur. *Tratado de fisiologia médica.* 5ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.

9. HATANO, Shuichi. Cuidado: frágil. *A Saúde do Mundo,* Genebra: 25-9, abr. 1979.
10. HORTA, Wanda A. A assistência de Enfermagem ao adulto idoso. *Enfermagem em Novas Dimensões.* São Paulo, *4* (5): 268-73, set/out., 1978.
11. LEÃO, Ennio et alii. *Pediatria ambulatorial.* Belo Horizonte, Imprensa Universitária, 1983.
12. OLIVEIRA, Ana Lúcia. Aparelho respiratório no idoso. *Senecta,* Rio de Janeiro, *7* (2): 13-6, 1984.
13. OPS/OMS. Planning and organization of geriatric services: report of a who expert comittee. *Tecnical report series,* Geneva, (548): 5-46, 1974.
14. ROSSI, Edison. A medicina clínica na 3ª idade. Envelhecimento e velhice: uma nova realidade. *Paulínia:* Porto Alegre, 33-53, dez. 1981.

Endereço do Autor: Ana Luísa P. Cogo
Author's Address: Av. Mercedes, 166 — Apto. 4
Porto Alegre — RS — 90.000