

## O PACIENTE DISPNEÍCO: condições gerais (PARTE I)

Maria Aparecida Valente \*

VALENTE, M. A. O paciente dispnéico: condições gerais (Parte I) *Rev. Esc. Enf. USP.*, 12 (3): 187 - 194, 1978.

*A autora faz uma abordagem geral sobre a dispnéia e a importância da assistência de enfermagem ao paciente, nesta eventualidade. Estuda as condições gerais desses pacientes e a atuação da equipe de enfermagem.*

A dispnéia é um sintoma respiratório que pode conduzir o paciente à situação extremamente angustiante de desconforto respiratório, requerendo, portanto, especial atenção da equipe de saúde.

A enfermeira, por permanecer maior parte do tempo ao lado do paciente, no hospital, deve conhecer os problemas referentes à falta de ar, a fim de poder identificá-los, observar o paciente nessa eventualidade e planejar a assistência de enfermagem, procurando evitar que o doente dispnéico entre em maior desconforto.

Vários autores<sup>4, 9, 12, 16, 30</sup> definem a dispnéia como uma percepção subjetiva de dificuldade respiratória, sensação angustiante de falta de ar, sentida como ventilação inadequada.

RATTO<sup>29</sup> referindo-se à definição simplista de dispnéia, comenta que ela pode ser tanto sintoma como sinal e que atualmente tenta-se englobar esses dois aspectos do fenômeno usando-se uma definição mais complexa. Considera a dispnéia como sendo uma respiração associada com desconforto ou esforço, incluindo não só a sensação subjetiva de falta de ar, como também a verificação objetiva de respiração trabalhosa e difícil.

Não obstante o conhecimento da respiração normal tenha sido detalhado pelos fisiologistas, o mecanismo preciso produtor da sensação de falta de ar ainda permanece um enigma<sup>9, 10, 16, 24, 30</sup>. Há uma unanimidade quanto à informação de que a dispnéia é um sintoma mais próprio das afecções pulmonares e cardíacas, embora possa ser observada, mais raramente, em pacientes com anemia grave. Segundo RATTO<sup>29</sup>, "a dispnéia é uma das manifestações de maior significação no campo das doenças pulmonares e cardiocirculatórias".

"Embora possamos medir objetivamente vários índices de disfunção pulmonar, não podemos quantificar a percepção subjetiva de desconforto respiratório do paciente. A correlação entre medidas de disfunção e o grau de dispnéia seria imperfeito" BURROWS et al.<sup>9</sup>.

\* Professor Assistente da disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica I da EEUSP. Mestre em enfermagem.

Como a dor, a dispnéia não pode ser medida objetivamente, sendo, portanto, um sintoma de difícil avaliação. Ela é percebida e interpretada pelo indivíduo quando o ato respiratório se torna difícil ou desconfortável. Este desconforto pode ser expresso objetivamente pelo aumento da frequência respiratória, pelo uso dos músculos acessórios da respiração, pela cianose e pela inquietação do paciente, sinais que aparecem com a intensificação da dispnéia.

A avaliação da dispnéia é portanto, uma difícil tarefa que compete à equipe de enfermagem, a qual tem mais oportunidade de observar sua periodicidade e intensidade, a presença ou ausência de tosse, alterações na cor da pele e mucosa do indivíduo e o grau de ansiedade do paciente.

BROGDEN<sup>8</sup> afirma que a dispnéia é um sintoma tão desagradável e assustador que o paciente se torna cada vez mais ansioso, em vez de se tornar mais ajustado a ele.

A dispnéia, às vezes principal sintoma de uma doença pulmonar ou cardíaca, pode ser tão importante como a sua causa. Entretanto, o seu alívio compreende a parte essencial do cuidado do paciente. Para isso, é necessário saber como é esse paciente, como a dispnéia interfere em seu estado físico e psicológico e o que ele espera da equipe de enfermagem para alívio de sua falta de ar.

"A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estado de equilíbrio, previne estado de desequilíbrio e reverte o desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas necessidades básicas, procura sempre reconduzir o homem à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço" HORTA<sup>22</sup>. Esta citação é o núcleo da Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas e de acordo com ela a dispnéia como fator de desequilíbrio psico-fisiológico do ser humano, assume proporções dramáticas perante a equipe de enfermagem, que atenderá à necessidade de oxigenação, uma das necessidades prioritárias do ser humano.

A enfermeira para melhor poder atender ao paciente nesta eventualidade precisa identificar os principais sinais destes pacientes, quando apresentam dispnéia, os seus problemas em relação à dispnéia e, as suas expectativas quanto à assistência de enfermagem quando em crise dispnéica.

Em, pesquisa desenvolvida em 5 hospitais gerais, do Município de São Paulo, estudou-se 83 pacientes internados, de ambos os sexos, entre 20 e 64 anos de idade, em condições de serem entrevistados, e que informaram ter apresentado dispnéia.

Nete primeiro artigo abordaremos a assistência de enfermagem em relação aos principais sinais apresentados por estes pacientes, no momento da entrevista realizada pela autora.

Fez-se uma comparação entre os dois grupos de pacientes, conforme a afecção que apresentavam, fosse cardíaca ou pulmonar, pois conforme os autores<sup>9, 10, 16, 24, 29</sup> a dispnéia é sintoma mais próprio dessas afecções e de grande significação patológica. A comparação, mostrou-se homogênea quanto às características biossociais, às condições gerais e a problemática dos pacientes. Assim sendo, considerou-se os pacientes cardíacos e pulmonares como elementos de um mesmo grupo.

Os principais sinais observados nos pacientes dispnéicos foram: cianose, palidez, constituição física magra, frequência respiratória acima do normal e posição elevada no leito.

A observação do índice de cianose é muito importante ao paciente dispnéico por estar estreitamente ligado a doenças pulmonares e cardíacas. RATTO<sup>29</sup>, diz: 'A cianose é uma manifestação cujo estudo merece especial atenção em vista do relevante papel que desempenha na fisiopatologia das doenças pulmonares, pois é um dos sinais que possibilita o diagnóstico da insuficiência respiratória.'

Dos pacientes estudados, 41 (49,4%) apresentaram cianose em pelo menos um dos locais verificados, isto é, língua, lábios, mucosa ocular, ponta dos dedos e leitos ungueais. A cianose, tonalidade azulada da pele, depende do aumento do conteúdo de hemoglobina reduzida no sangue capilar, e se evidencia quando excede 5g por 100ml de sangue (limiar da cianose)<sup>3,4,5,6,13,14,15,17,18,19,21,23,25,26,33,34</sup>

Sabe-se que a taxa de hemoglobina nos indivíduos normais é de aproximadamente 15 g por 100 ml de sangue. Nos casos de anemia, quando essa taxa é mais baixa, a cianose é menos comum ou pode estar ausente, pois a quantidade de hemoglobina reduzida será progressivamente menor, dependendo da intensidade da anemia. O contrário se verifica da poliglobulia, quando a taxa de hemoglobina está aumentada<sup>4,6,15,17,18,21,29,34</sup>

O aparecimento e a intensidade da cianose dependem basicamente de dois fatores: a taxa de hemoglobina e a hipoxemia<sup>3,6,17,18,19,33</sup>. Além disso, a cianose pode ser classificada em central, periférica e mista, podendo ser observada nas regiões citadas.

O mecanismo básico da cianose central é de origem cardiopulmonar (hipóxia-hipóxica) sendo sua observação mais visível na língua e nos lábios<sup>1,6,26,32</sup>. BETHLEM<sup>4</sup>, referindo-se à cianose, diz que a central é própria das doenças pulmonares e cardíacas, devido à má ventilação e perfusão (mecanismo da cianose), que podem se apresentar isolados ou, mais comumente, somados.

A cianose periférica, resultado de maior consumo de oxigênio na periferia (hipóxia circulatória) devido a isquemia ou estase venosa, é melhor observada nas extremidades, pontas dos dedos, leitos ungueais, que se tornam cianosados e frios; a mucosa e a língua permanecem inalterados<sup>1,6,32</sup>

A cianose mista associa os dois mecanismos fisiopatológicos e, é mais freqüente na insuficiência cardíaca<sup>1, 25,32</sup>

Nos casos estudados, a cianose se evidenciou mais na língua (48,2%) e nos lábios (39,8%). MEDD et al.<sup>26</sup> e CROFTON & DOUGLAS<sup>13</sup> confirmam estes resultados quando afirmam que a língua é o local onde melhor se avalia a cianose. Como se trata de pacientes com afecção pulmonar ou cardíaca, que apresentam dispnéia há mais de um ano, estes resultados sugerem que a cianose pode ser do tipo central ou mista.

Não é estranho ter sido encontrada alta associação de cianose e dispnéia, pois ambas são provocadas, na maioria dos casos pela baixa pressão de oxigênio no sangue arterial. A cianose é mais freqüentemente notada nos pacien-

tes crônicos, pois houve tempo para aparecer a poliglobulia, que permite maior facilidade para que surjam índices iguais ou superiores a 5% de hemoglobina reduzida no sangue capilar.

A palidez, sinal de anemia por falta de hemoglobina nos vasos sanguíneos<sup>18</sup>, foi notada em 44,6% dos pacientes. Este fato poderia estar associado à desnutrição e conseqüente anemia, visto que a maioria dos pacientes, além de crônicos, eram de baixo nível sócio-econômico.

MITCHELL<sup>27</sup>, referindo-se à palidez, diz ser a conjuntiva ocular, não importando a raça do indivíduo, um dos melhores locais para sua observação, sendo, também, sugestiva de anemia, a qual deve ser confirmada pela dosagem de hemoglobina e hematócrito. Neste estudo, o maior índice de palidez também foi encontrado na mucosa ocular (37,3%).

Muitas vezes, embora não tenha cianose, o paciente pode estar em insuficiência respiratória ou cardíaca grave, por apresentar anemia. Assim sendo, o hemograma e a gasimetria arterial fornecem dados mais objetivos e devem ser sempre consultados, além da observação da pele e mucosa.

A enfermeira deve saber associar as alterações de cor da pele e mucosa com a dispnéia, a fim de melhor identificar os problemas do paciente, planejar a assistência de enfermagem, acompanhar a terapêutica e evolução deste.

A constituição física magra sempre foi a que mais se destacou, representando - se em 53,0% dos pacientes que estavam em condições de serem avaliados neste aspecto. Este fato poderia estar associado à tosse e expectoração apresentadas por 57,8% dos pacientes, pois o conseqüente odor e gosto desagradável na boca afetam seriamente o apetite, prejudicando a nutrição do indivíduo. Outro fator poderia ser o esforço despendido durante a alimentação, o qual muitas vezes desencadeia a dispnéia vindo agravar o estado de nutrição do indivíduo e levando-o ao emagrecimento. Além disso, a falta de atividade do paciente hospitalizado e a intolerância pela comida do hospital são outras condições negativas que poderiam contribuir para a perda do apetite, emagrecimento e conseqüente anemia e palidez.

Observando-se a frequência respiratória, notou-se que a maioria dos pacientes (83,1%) apresentava este dado acima do normal. Segundo WRIGHT<sup>34</sup> e GANONG<sup>17</sup>, os pacientes que apresentam dispnéia geralmente tem frequência respiratória elevada.

Neste estudo, observou-se que o controle da frequência respiratória não era feito pela equipe de enfermagem. Sugere-se, entretanto, que este dado seja mais valorizado pela equipe de enfermagem, especialmente nas enfermarias de pacientes pulmonares e cardíacos, pois pode orientar a observação de outros dados referentes à respiração e prevenir que o paciente tenha o seu estado respiratório agravado.

Embora a minoria dos pacientes (14,5%) estivesse sendo submetido a oxigenoterapia no momento da entrevista, a equipe de enfermagem precisa estar alerta quanto aos perigos dessa terapêutica, especialmente nos pacientes crônicos, com hipercapnia. "A oxigenoterapia está indicada no tratamento da hipoxemia, desde que se conheça detalhadamente suas contra-indicações e toxicidade" BARBAS<sup>2</sup>. Além disso, BLUNDI<sup>7</sup> refere-se ao oxigênio como medicação paradoxal, necessitando de muita cautela a sua aplicação.

Segundo BEVILACQUA et al.<sup>6</sup> e MARCONDES et al.<sup>25</sup> a oxigenoterapia é mais eficaz na cianose central. Pode-se, neste ponto, notar a importância da correlação de dispnéia e cianose, devendo a aplicação da oxigenoterapia ser cautelosa e consciente dentro dos limites recomendados para cada paciente.

Quanto à posição adotada, observou-se que 71,1% dos pacientes preferem ficar deitados, com a cabeceira da cama elevada. Sabe-se que a posição mais elevada do tronco facilita os movimentos respiratórios: a inspiração e a expiração são executados com menor esforço, o diafragma e os músculos intercostais se contraem e se relaxam mais livremente, permitindo respirações mais profundas. A pressão dos pulmões e dos capilares venosos está reduzida pelo efeito da pressão hidrostática e os órgãos abdominais pendem abaixo do diafragma, aliviando o trabalho respiratório.<sup>8, 11, 20, 27, 28, 30, 31</sup>

Dependendo do estado geral do paciente, ele automaticamente adota a posição mais elevada como uma defesa à sua falta de ar. Às vezes, porém, é a equipe de enfermagem que deve ajudá-lo a se colocar em posição mais confortável, elevando a cabeceira da cama e acomodando-o com travesseiros ou usando uma mesinha de refeição, com travesseiros para apoiar a cabeça e os braços.<sup>1, 8, 20, 27</sup> Somente pela identificação dos problemas do paciente e de suas necessidades afetadas é que a enfermeira poderá implementar a assistência individualizada.

VALENTE, M. A. *Dispneic patient: general conditions (Part I)*. *Rev. Esc. Enf. USP*, 12 (3): 187 - 194, 1978.

*The author makes a general approach about dyspnea and the importance of nursing assistance for the patient in this eventuality. It's studied the general conditions about this patient and nursing's actuation.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – ASWORTH, P. M. & ROSE, H. *Cardiovascular disorders: patient care*. London, Baillière Tindall, 1973. p. 22-9.
- 2 – BARBAS F<sup>o</sup>, J.V. Aplicações clínicas da oxigenoterapia. *Atual. Méd.*, 8(1): 62-6, abr. 1972.
- 3 – BERTOLASI, C. A. & TRONGÉ, J. E. *Unidad coronaria: rol de la enfermera*. Buenos Aires, Inter-Médica Editorial, 1972. p. 37 – 107.
- 4 – BETLEM, N. *Pneumologia*. São Paulo, Atheneu, 1973. p.26-9.
- 5 – BEVILACQUA, F. et al. *Manual do exame clínico*. 2 ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1973. p. 20 - 36, 95, 140 - 2.
- 6 – ----- *Manual de fisiopatologia clínica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974. p. 196-201, 307.
- 7 – BLUNDI, E. Bronquite e enfisema pulmonar crônico. *Atual. Med.*, 7(1) : 14-21, abr. 1971.
- 8 – BROGDEN, S. J. Nursing a dyspneic patient. *Can.Nurse*, 62 (4): 29-31, Apr. 1966.
- 9 – BURKOWS, B. et al. *Respiratory insuficieny*. Chicago, Year Book Medical Publishers Company, 1975. p. 65 – 6.
- 10 – CARRAL, R. T. *Semiologia cardiovascular*. 5 ed. México Interamericana, 1968. p. 3 - 27.
- 11 – CHRISMAN, M. Dyspnea. *Am. J. Nurs.*, 74 ((4): 643 – 6, Apr. 1974.
- 12 – COMROE, J. Some theories of the mechanism of dyspnea. apud CHRISMAN, M. Dyspnea. *Am. J. Nurs.*, 74(4): 643 - 6, Apr. 1974.
- 13 – CROFTON, J. & DOUGLAS A. *Enfermedades respiratórias*. Barcelona, Editorial Marin, 1971. p.46-60.
- 14 – Du GAS, B. W. *Tratado de enfermeria practica*. 2. ed. México, Interamericana, 1974. p. 306-13.
- 15 – FARRERAS VALENTI, P. *Medicina interna: compêndio práctico de pqtologia medica y terapeutica clinica*. 8 ed. Barcelona, Editorial Marin, 1972. v.1, p. 332 – 7, 637 – 8.

- 16 – FRITTS Jr., H. W. *Alterações funcionais da respiração e da circulação: dispneia*. In: HARRISON'S. *Medicina Interna*. 6, ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. v. I. p. 213 – 6.
- 17 – GANONG, W. F. *Fisiologia médica*. 2 ed. São Paulo, Atheneu. 1972. p. 509 - 15.
- 18 – GUYTON, A. *Tratado de fisiologia médica*. 3. ed. México , Inter-americana , 1969. p. 300 – 1.
- 19 – HAEBISCH, H. *Fisiologia respiratória*. São Paulo, Edart, 1973. p. 56 - 7.
- 20 – HARMER, B. & HENDERSON, V. *Tratado de enfermagem teorica y practica*. 2 ed. México, La Prensa Mexicana, 1963 . p. 305 , 526.
- 21 – HARRISON, T. R. et al. *Alterações funcionais da respiração e da circulação: cianose, hipóxia e policetemia*. In : HARRISON'S *Medicina Interna*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, v. I., p. 217 - 24.
- 22 – HORTA, W. A. *Enfermagem: teoria, conceitos , princípios e processo*. *Rev. Esc. Enf. USP*, 8 (1): 7 - 15, mar. 1974.
- 23 – JARVIS, C. M *Vital signs*. *Nursing* , 6 (4): 31 - 7, Apr. 1976.
- 24 – MACBRYDE, C. M. & BLACLOW, R. S. *Sinais e sintomas: fisiopatologia aplicada e interpretação clínica*. 5 ed Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1975. p. 327 - 43.
- 25 – MARCONDES, M. et al. *Clínica médica: propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. p. 9 - 12.
- 26 – MEED, W. E. et al. *Cyanosis as a guide to arterial oxygen desaturation*. *Thorax*, 14: 247, May, 1959.
- 27 – MITCHELL, P. H. *Concepts basic to nursing*. New York, McGraw Hill, 1973. p. 372 - 88.
- 28 – MOIDEL, S. et al. *Nursing care of patient with medical surgical disorders*. New York, McGraw Hill, 1971 . p. 235 - 38.
- 29 – RATTO, O. R. *Pneumologia*. In: MARCONDES, M. et al. *Clínica médica : propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1976. p. 185 - 266
- 30 – SECOR, J. *Patient care in a respiratory problems*. Philadelphia, Saunders, 1969. p.43 - 5.

- 31 – SHAFER, N. S. et al. *Medical - surgical nursing*. 6, ed. Saint Louis, Mosby, 1975. p. 573.
- 32 – VÉREL, D. *Essential cardiology*. Great Britain, Medical & Technical Publishing, 1973. p. 27, 80.
- 33 – VIEIRA ROMEIRO • *Semiologia médica*. 11. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1968. v. 1, p. 26,89, 191.
- 34 – WRIGHT, S. *Fisiologia aplicada*. São Paulo, Atheneu, 1967. p. 278-9.