

ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
CASE STUDY OF A PATIENT WITH IMPAIRED VERBAL COMMUNICATION

Ana Claudia Puggina¹, Ana Carolina Alves de Mello², Ana Elise Pontes², Felipe Augusto Oliveira²,
Monica Reis², Tais Cristina Pereira², Monica Martins Trovo³

RESUMO

Este estudo de caso tem como finalidade relatar possíveis ações para melhorar a acurácia diagnóstica de enfermagem voltada para a problemática comunicacional em um paciente do sexo masculino com hipótese diagnóstica médica de Hematoma Subdural Crônico Agudizado por Traumatismo Crânio Encefálico após queda da própria altura. O paciente no 5º dia de internação na enfermaria de Clínica Cirúrgica tinha a princípio o diagnóstico de enfermagem Confusão Aguda, no entanto por meio de intervenções adequadas esse diagnóstico modificou-se para Comunicação Verbal Prejudicada, proporcionando novas abordagens e intervenções para esse paciente.

Descritores: Acidente Vascular cerebral; Diagnóstico de Enfermagem; Comunicação.

ABSTRACT

This case study aims to report possible actions to improve the nursing diagnostic accuracy focused on communication problems in a male patient with a medical diagnosis of Chronic Subdural Hematoma sharpened by Traumatic Brain after falling to the ground. On the 5th day of hospitalization, the patient had the nursing diagnosis of Acute Confusion, however through appropriate interventions this diagnosis had changed to Impaired Verbal Communication, providing new approaches and interventions for this patient.

Descriptor: Stroke; Nursing Diagnosis; Communication.

1 Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UnG). Professora adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ). Membro do grupo de pesquisa "Estudo e Pesquisa em Comunicação em Saúde" da EE-USP.

2 Alunos do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ).

3 Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UnG). Membro do grupo de pesquisa "Estudo e Pesquisa em Comunicação em Saúde" da EE-USP.

INTRODUÇÃO

Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) são as causas mais frequentes para danos cerebrais, podendo resultar em alterações motoras, sensitivas, cognitivas, comportamentais e de expressão e/ou compreensão da linguagem.

Compreendido como uma patologia não degenerativa e não congênita, o TCE é qualquer agressão causada por força física externa, que acarreta lesão anatômica, comprometimento funcional, ou ambos, envolvendo estruturas ósseas cranianas e encefálicas¹.

É importante que sejam compreendidos os mecanismos da lesão cerebral decorrentes deste tipo de trauma, visto que há consequências sensoriomotoras, cognitivas, comportamentais e sociais diretamente sequenciais à injúria. As lesões primárias ocorrem segundo a biomecânica que determina o trauma. As lesões secundárias acontecem de acordo com mudanças estruturais encefálicas decorrentes da lesão primária, bem como de alterações sistêmicas oriundas do traumatismo².

O AVE é uma emergência clínica e/ou cirúrgica, que pode ser definida como uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, com sinais e sintomas correspondentes as áreas cerebrais envolvidas. O quadro clínico depende da região comprometida, pode iniciar-se em questão de segundos a horas e o seu rápido reconhecimento e tratamento tendem a reduzir a mortalidade das vítimas. Os dois

tipos de AVE são o isquêmico (70 a 85% dos casos) e o hemorrágico (15 a 30% dos casos)²⁻³.

O diagnóstico é feito a partir da anamnese, mostrando história súbita ou rapidamente progressiva da instalação dos sintomas e presença de fatores de risco. Para tanto, o correto exame neurológico e a adequada indicação de exames complementares são fundamentais.

A expressão de ideias e sentimentos por meio de símbolos verbais é dependente da integridade da função cerebral. Os processos de produção da fala e da linguagem são elaborados em áreas distintas do córtex e lesões nestas áreas podem comprometer a compreensão e/ou a expressão da fala, originando alterações de linguagem denominadas afasias².

Afasia pode ser compreendida como déficit parcial ou total da habilidade de utilização de símbolos verbais, integrados em palavras ou frases, para a expressão e/ou compreensão de ideias e sentimentos e independe de distúrbios intelectuais ou articulatorios. Assim, quando há extenso comprometimento cortical do hemisfério dominante para a linguagem verbal (hemisfério esquerdo para a maioria dos indivíduos), podem ocorrer afasias, com prejuízo da expressão e/ou da compreensão verbal²⁻⁴.

As formas clínicas mais comuns de afasia são: *afasia de expressão* ou *motora*, quando a expressão verbal se mostra extremamente difícil, por decorrência de lesão na área de Broca, localizada no lobo

frontal, geralmente encontra-se associada com hemiplegia direita; *afasia de compreensão* ou *sensorial*, caracterizada por dificuldade na compreensão verbal e consequente expressão incompreensível devido supressões de fonemas, resulta de lesão na área de Wernick, que faz parte do córtex auditivo de associação; *afasia global*, quando a lesão envolve as áreas de Broca e Wernick, com grande comprometimento da expressão e da compreensão verbal e hemiplegia direita e, finalmente, *afasia nominal* ou *amnésica*, caracterizada pela dificuldade em nomear objetos e fala pausada, podendo ocorrer em decorrência de lesões em distintas regiões corticais relacionadas à linguagem^{2,5}.

Em situações nas quais as lesões corticais resultam em afasias, a habilidade de verbalização do paciente encontra-se comprometida. Nestes casos, faz-se necessário que o enfermeiro atribua em seu planejamento assistencial o diagnóstico de enfermagem comunicação verbal

“O paciente foi encaminhado ao hospital em setembro de 2013, vindo de outro serviço após ter sofrido queda da própria altura, com Trauma Cranioencefálico em região parietal esquerda e otorragia à direita, em uso contínuo de Acetilsalicílico e Captopril. Recebido com colar cervical e saco coletor em orelha esquerda sem débito ou presença de sangue. História prévia de AVE isquêmico em outubro de 2012, disartria, déficit motor à direita e hemiparesia direita incompleta”.

prejudicada⁶, para que possa direcionar ações terapêuticas individualizadas que auxiliem a interação do paciente com a equipe e seus familiares.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Considerando a importância da comunicação na assistência e a discussão desta temática em todas as Teorias de Enfermagem como estratégia fundamental para o cuidado com qualidade, surge a necessidade deste estudo de caso.

Assim, sua finalidade é relatar possíveis ações que possibilitem melhorar a acurácia diagnóstica de Enfermagem voltada para a problemática comunicacional em um paciente do sexo masculino, com hipótese diagnóstica médica de Hematoma Subdural Crônico Agudizado por Traumatismo Crânio Encefálico, trazendo reflexões sobre as dificuldades de interação do paciente, aspecto comum na prática clínica do enfermeiro.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O hematoma subdural é a acumulação de sangue nos espaços meníngeos em decorrência de um TCE com lesão das pequenas veias que atravessam o espaço subdural, entre a aracnoide que envolve o cérebro e a dura-máter, que está em contato com o crânio. Os hematomas subdurais causam aumento da pressão intracraniana, com compressão e lesão do tecido cerebral, apresentando elevada mortalidade⁷. A disartria relatada refere-se à incapacidade de articular as palavras de modo correto e neste paciente está relacionada à sequela motora do acidente isquêmico anterior, assim como

a hemiparesia direita (diminuição da força muscular).

“O paciente encontrava-se no 5º Dia de Internação na Clínica Cirúrgica com hipótese diagnóstica médica de Hematoma Subdural Crônico Agudizado por Traumatismo Crânio Encefálico. Evoluía calmo, consciente, não contactuando verbalmente, períodos de confusão, Escala de Coma de Glasgow 14 (MRO 4, MRV 4 MRM6). Mantendo-se restrito no leito sem acompanhamento familiar, com grau de dependência 3 e escala de Braden 20. Mucosas oculares coradas e hidratadas, pupilas isocóricas e fotorreagentes de 2mm. Seios da face não dolorosos à palpação. Mucosa oral íntegra e rosada. Acuidade auditiva e visual aparentemente preservadas. Linfonodos cervicais e supraclaviculares não palpáveis. Tireoide não palpável e móvel à deglutição. Tórax simétrico, sem abaulamentos, MV+ sem ruídos adventícios. BRNF em dois tempos sem sopros audíveis. Abdome plano e flácido, sem dor à palpação. Sinal de Godet negativo, perfusão periférica e integridade cutânea preservadas, pele hidratada e sem manchas. Dieta por sonda nasoenteral. Mantendo acesso venoso periférico em MSE recebendo soroterapia. Evacuação e diurese presentes e espontâneas. Diurese por uripen. Normotenso, afebril, normocárdico e eupneico”.

Ao exame físico deste paciente, notou-se afasia, caracterizada pela ausência de verbalização. Nas evoluções de Enfermagem anteriores que constavam no prontuário e no impresso de passagem de plantão dos

enfermeiros destacava-se o diagnóstico de enfermagem *Confusão Aguda* e a ausência de registros que citassem ou ao menos direcionassem para a atribuição do diagnóstico *Comunicação Verbal Prejudicada*.

A partir dos dados levantados por meio da avaliação clínica do paciente e registros em prontuário e considerando a definição e características definidoras dos diagnósticos *Confusão Aguda* e *Comunicação Verbal Prejudicada* foram realizadas intervenções para testar a acurácia dos diagnósticos neste caso clínico.

CONFRONTANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O sistema de classificação norte americano desenvolvido pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)* e por grupo de enfermeiros pesquisadores da Universidade de Iowa possui atualmente na taxonomia 13 domínios, 47 classes e 230 diagnósticos de enfermagem⁶.

O diagnóstico de enfermagem *Confusão Aguda* é definido por início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo⁶. As características definidoras e os fatores relacionados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Confusão Aguda. Jundiaí, 2014.

Características definidoras
<ul style="list-style-type: none">• Agitação aumentada• Alucinações (visuais ou auditivas)• Falta de motivação para iniciar um comportamento voltado a uma meta• Falta de motivação para iniciar um comportamento voluntário• Flutuação na cognição• Flutuação no nível de consciência• Inquietação aumentada• Percepções errôneas• Respostas emocionais exageradas
Fatores relacionados
<ul style="list-style-type: none">• Abuso de substâncias psicoativas• Delirium• Demência• Distúrbios metabólicos• Exacerbação de doenças crônicas• Flutuação no ciclo sono-vigília• Hipoxemia• Mais de 60 anos de idade

Fonte: NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ North American Nursing Diagnosis Association - International; Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

O diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada define-se por habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e

usar um sistema de símbolos⁶. As características definidoras e os fatores relacionados são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada. Jundiaí, 2014.

Características definidoras
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de contato visual• Déficit visual parcial,

- Déficit visual total
- Desorientação em relação a pessoas
- Desorientação no espaço
- Desorientação no tempo
- Dificuldade de usar a expressão facial
- Dificuldade na atenção seletiva
- Dificuldade para compreender o padrão usual de comunicação
- Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (p. ex., afasia, disfasia, apraxia, dislexia)
- Dificuldade para formar sentenças
- Dificuldade para formar palavras (p. ex. afonia, dislalia, disartria)
- Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação
- Dispneia
- Fala com dificuldade
- Gagueira
- Incapacidade de falar o idioma do cuidador
- Incapacidade de usar expressões faciais
- Não consegue falar
- Não fala
- Pronúncia indistinta
- Recusa obstinada a falar
- Verbaliza com dificuldade
- Verbalização imprópria

Fatores relacionados

- Alteração no autoconceito
- Alteração no sistema nervoso central
- Ausência de pessoas significativas
- Baixa autoestima crônica
- Baixa autoestima situacional
- Barreiras ambientais
- Barreiras físicas (p. ex., traqueostomia, intubação)
- Barreiras psicológicas (p. ex., psicose, falta de estímulos)
- Condições emocionais
- Condições fisiológicas
- Defeito anatômico (p. ex., fenda palatina, alteração do sistema visual neuromuscular, sistema auditivo ou aparelho fonador)
- Diferenças culturais
- Diferenças relacionadas à idade de desenvolvimento

- Diminuição da circulação cerebral
- Efeitos colaterais relacionados ao tratamento (p. ex., medicamento)
- Enfraquecimento do sistema musculoesquelético
- Estresse
- Falta de informação
- Percepções alteradas
- Tumor cerebral

Fonte: NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ North American Nursing Diagnosis Association - International; Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.

A ausência de verbalização do paciente parece ter sido de início superficialmente avaliada neste caso, uma vez que a confusão, provavelmente expressa por agitação psicomotora, foi considerada predominante enquanto manifestação clínica, embasando o diagnóstico confusão aguda conferido ao paciente.

É relevante apontar que em situações clínicas como a descrita, nas quais o paciente apresenta alterações cognitivas concomitantes, faz-se necessário maior aprofundamento na avaliação neurológica, explorando não apenas o nível de consciência, padrão motor e habilidade de verbalização, mas o conteúdo do pensamento. Deste modo, a detalhada avaliação clínica é soberana para identificação de sinais e sintomas que determinarão quais características definidoras e fatores relacionados são mais pertinentes para a condição clínica manifesta.

RESULTADOS

Para testar o diagnóstico de enfermagem Confusão Aguda, foi elaborada

uma intervenção para avaliar a flutuação no nível de consciência e cognição do paciente.

O nível de consciência é avaliado em um paciente consciente por meio do questionamento com a devida comprovação de questões pessoais, tais como o próprio nome, data de nascimento, endereço, etc.

A cognição que é o ato ou processo da aquisição do conhecimento que se dá por meio da percepção, da atenção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem, pode ser avaliada pelo enfermeiro em um paciente consciente e capaz de se expressar verbalmente pela maneira com a qual ele forma as frases, compreende e responde o que foi solicitado.

O paciente em questão tinha uma limitação em expressar-se verbalmente, por isso foram elaborados pelos alunos de enfermagem mensagens escritas em folhas de papel sulfite os seguintes questionamentos:

Qual é o seu nome?	José	Eduardo	Marcelo
Qual a sua idade?	55	58	53
Onde você mora?	Jundiaí	Várzea Paulista	São Paulo

As mensagens foram escritas com letra legível e caneta grossa vermelha. Foi solicitado que o paciente apontasse com o dedo indicador a resposta correta. A distância entre as possibilidades de resposta foi importante para identificarmos o que exatamente o paciente estava apontando.

Ao apresentarmos a primeira mensagem, o paciente fez uma expressão de surpresa (levantou as sobrancelhas) e sorriu. Logo em seguida, fez uma expressão de concentração (franziu as sobrancelhas e cerrou os olhos) e aparentemente leu pausadamente. O pensamento parecia estar identificado, entretanto o paciente denotou compreender exatamente o que era esperado.

As perguntas foram feitas mais de uma vez e foi observado que o paciente estava respondendo conscientemente e de modo assertivo as respostas apontando com o indicador a resposta correta sem flutuações e sem titubear, demonstrando não estar confuso e sim com incapacidade de verbalizar.

Antes dos alunos e da professora finalizarem a avaliação com o paciente foram elaborados cartazes com perguntas relacionadas ao cuidado e às necessidades básicas do paciente, tais como:

Você está com dor?
Sim Não
Você está com sede?
Sim Não
Você precisa ir ao banheiro?
Sim Não

Com essa avaliação e esclarecimento do seu estado mental, o paciente demonstrou-se claramente feliz e satisfeito em ser compreendido em sua totalidade e limitação. O agradecimento foi com o olhar e com um aperto de mão.

Para os alunos, a experiência foi gratificante e esclarecedora do importante papel do enfermeiro para que a atenção adequada ao paciente pudesse ser efetuada, pois o diagnóstico de Confusão Aguda era transmitido verbalmente nas passagens de plantão entre os enfermeiros à beira do leito, sem qualquer questionamento.

A nova forma de comunicação com o paciente foi demonstrada para o enfermeiro e a auxiliar de enfermagem que prestavam cuidados diretos, eles ficaram surpresos e concordaram que Confusão Aguda não era o diagnóstico de enfermagem mais adequado para a condição do paciente naquela situação. O real diagnóstico foi a partir de então considerado Comunicação Verbal Prejudicada, caracterizado por dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (afasia), relacionado à alteração no sistema nervoso central.

DISCUSSÃO

A comunicação é uma necessidade humana básica e, portanto, determina e efetua o atendimento da área expressiva de assistência ao paciente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde⁸⁻⁹. A comunicação efetiva e funcional enfermeiro-paciente, bem como entre os membros da equipe multidisciplinar, é fundamental para a qualidade da assistência à saúde¹⁰.

O objetivo da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas¹¹. Alterações no padrão de comunicação geram situações de desequilíbrio no atendimento a esta necessidade psicossocial, sendo necessária a aplicação da ciência de enfermagem para o restabelecimento do equilíbrio dinâmico da interação verbal e não verbal. Assim, o processo de enfermagem deve fazer-se protagonista na atenção às alterações comunicacionais do paciente e família¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade de cuidar exige que as decisões sobre os diagnósticos e as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do doente.

A rotina corrida do dia a dia e o excesso de trabalho em alguns hospitais sobrecarregam os setores e inferiorizam a relação de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

O enfermeiro possui um papel de educador e tem como um dos seus objetivos estabelecer o bem estar do paciente. A assistência ao paciente deste estudo de caso provocou nos alunos uma sensação de dever cumprido.

REFERÊNCIAS

1. Koizumi MS, Diccini S. Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

2. Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

3. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. São Paulo: Manole, 2009.

4. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. Revista CEFAC. 2011 mar-abr [acesso em 2014 jun 7]; 13(2):330-339. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n2/36-10.pdf>.

5. Guyton AC, Hall JE. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

6. Herdman TH, organizador. Diagnósticos de enfermagem da Nanda Internacional: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

7. Abc.med.br [internet]. Hematoma subdural: definição, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico, evolução e possíveis complicações [acesso em 2014 jun 7]. Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/361329/hematoma-subdural-definicao-causas-sintomas-tratamento-diagnostico-evolucao-e-possiveis-complicacoes.htm>.

8. Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole, 2005.

9. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2008.

10. Puggina AC, Araújo MMT, Silva MJP. O diagnóstico comunicação verbal prejudicada segundo as classificações

NANDA, NOC e NIC. Revista Enferm. Atual
in Derme. 2013 jan/fev/mar [acesso em 2014
jun 7]; 13(64): 34-42. Disponível em:

[http://www.sobenfee.org.br/web-
files/publicacoes/revista_2.pdf](http://www.sobenfee.org.br/web-files/publicacoes/revista_2.pdf).

11.Horta WA. Processo de
enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.