



APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM METÁSTASE CEREBRAL

LUIZA HENCES DOS SANTOS¹; SABRINA RIBEIRO FARIAS²; FELIPE FERREIRA DA SILVA³; GIANI DA CUNHA DUARTE⁴.

¹Universidade Federal de Pelotas – h_luiza@live.com 1

²Universidade Federal de Pelotas – sabrinarfarias@gmail.com 2

³Universidade Federal de Pelotas – felipeferreira034@gmail.com 3

⁴Universidade Federal de Pelotas – giani_cd@hotmail.com 4

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) começou a ser implantada no Brasil nas décadas de 70 e 80, para organização de trabalho e subsídio teórico-científico às práticas da assistência de enfermagem contribuindo na promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos. A sistematização pode ocorrer através do Processo de Enfermagem (PE) que possui cinco etapas inter-relacionadas, o histórico de enfermagem, onde são realizadas a anamnese e o exame físico, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação do cuidado, e a avaliação de enfermagem (DOS SANTOS, 2014).

Diante da necessidade da organização do trabalho de enfermagem enquanto ciência, este estudo objetiva analisar a realização das etapas do PE por acadêmicos de enfermagem no cuidado ao usuário oncológico, com metástase cerebral, bem como salientar a importância desse processo na assistência de enfermagem.

2. METODOLOGIA

O presente resumo é um recorte do estudo de caso intitulado “Assistência de enfermagem a paciente com metástase cerebral de câncer de mama” apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), como parte da avaliação no componente curricular “Unidade do Cuidado de Enfermagem V: Adulto e Família B”.

Os dados do estudo de caso foram coletados por três acadêmicas da Faculdade de Enfermagem da UFPEL no ano de 2017, na unidade hospitalar Rede Urgência e Emergência II (RUE II) do Hospital Escola da UFPEL, através de entrevista e exame físico, e buscou-se o embasamento teórico através de revisão de literatura. Para este estudo foi complementada a revisão de literatura.

Todos os procedimentos éticos foram respeitados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias por todas as partes envolvidas. Garantindo assim o anonimato do sujeito, possibilidade de desistência do mesmo e o acesso às informações coletadas. Para garantir o anonimato da paciente foi utilizada a sigla DGC para denominá-la.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O histórico de enfermagem compõe a primeira etapa do PE, sendo composta por entrevista e exame físico. Para coletar os dados da DGC foi utilizada técnica de entrevista compreensiva, aquela que busca respeitar a privacidade e explorar as informações relatadas, através da escuta atenta e demonstração de interesse, bem como abstenção de julgamentos ou imposição de valores, já que dizer ao paciente o que ele deve ou não fazer é a principal



barreira da boa comunicação. Nessa entrevista é importante atentar à comunicação verbal e não verbal, realizar perguntas abertas e fechadas, e compreender o território e rede social do sujeito (BARROS, 2016).

Estruturada dessa forma, a entrevista possibilitou a realização do genograma, ecomapa e fluxograma dos serviços de saúde frequentados pela usuária, além de possibilitar estruturar seu histórico de saúde atual, pregressa e familiar. Dessa forma foi obtida a seguinte história: DGC, 52 anos, casada, internada no HE-UFPEL desde o dia 08/06/2017 com queixa principal de crises convulsivas recorrentes, tem 3 filhos cujos partos foram por cirurgia cesárea, dona de casa, ensino médio completo, espírita, natural de Pelotas, residente do bairro Laranjal, relata vínculo forte com a família e amigos, mantém atividades de lazer regulares, não pratica atividades físicas, apresenta diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) fazendo uso contínuo de Atenolol® e Hidroclorotiazida®, não tabagista e não etilista, alimentação é saudável, porém com pouca ingestão hídrica, não tem distúrbios de eliminações.

Ao relatar sua história pregressa de saúde DGC declara que em 2014 foi diagnosticada com neoplasia maligna da porção central da mama direita, no mesmo ano realizou mastectomia direita e esvaziamento axilar, e posteriormente 16 sessões de quimioterapia, 30 de radioterapia e 18 aplicações de Herceptin. Após tratamento retornou as suas atividades habituais, com cuidados em razão do esvaziamento axilar, e iniciou terapia para aceitar as mudanças no corpo.

Na história de saúde atual a paciente relatou que em maio de 2017 apresentou cefaleia intensa e crises convulsivas parciais, buscou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, foi referenciada para a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi solicitado ressonância magnética, a qual evidenciou lesão expansiva em topografia de giro pós-central a esquerda. Foi internada no HE em junho de 2017 para realização de craniotomia, apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar. No histórico familiar de doença apenas o avô paterno, de 96 anos, desenvolveu Alzheimer, o pai, de 72 anos, é hipertenso, e a tia avó teve câncer colorretal.

Finalizada a anamnese realizou-se o exame físico, que consiste nas técnicas propedêuticas utilizadas para avaliar as condições físicas e psicológicas do usuário, na busca de informações para subsidiar a assistência de enfermagem (BARROS, 2016). Algumas alterações e observações importantes encontradas no exame físico da DGC foram: tricotomia e ferida operatória limpa e seca em região parietal esquerda, sem curativo, com pontos simples, presença de cáries, cicatriz em mama direita com ferida operatória em quadrante inferior direito, portocath infraclavicular direita, acesso venoso central em jugular, presença de ronco em região superior do pulmão direito, presença de equimoses nos membros superiores, devido a punções venosas, membro superior direito com diminuição da sensibilidade e força.

A coleta dos dados através da anamnese e exame físico compõe o histórico de enfermagem, primeira etapa do PE, através da qual foi possível identificar as Necessidades Humanas Básicas (NHB) da DGC. Para Horta (1979) as necessidades dos indivíduos, apesar de universais, variam em intensidade e no modo como cada um vai manifestá-la e combatê-la. As NHB são classificadas em nível psicobiológico, psicossocial e pscoespiritual.

Através da identificação das NHB foram elaborados os diagnósticos de enfermagem da DGC. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejável, sobre a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo, ou sobre uma motivação para melhora da saúde. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015)



Foram elencados para DGC os seguintes diagnósticos reais: Estilo de vida sedentário (00168); Deambulação prejudicada (00088); Mobilidade física prejudicada (00088); Memória prejudicada (00131); Integridade da pele prejudicada (00046); Conforto prejudicado (00214); Confusão crônica; Controle ineficaz do regime terapêutico; Percepção sensorial perturbada. E ainda os diagnósticos de risco: Risco de baixa autoestima situacional (00153); Risco de infecção (00004); Risco de quedas (00155) (HERDMAN; KAMITSURU, 2015; CARPENITO-MOYET, 2006).

A terceira etapa do PE, o planejamento de ações, foi realizada através da prescrição de enfermagem, que visa um cuidado holístico, individualizado, e direcionando à assistência humanizada. A qualidade da prescrição de enfermagem está diretamente relacionada a uma coleta de dados completa, efetiva e organizada, bem como da realização de um exame físico de forma atenta, para então identificar os problemas reais e potenciais do paciente, para planejar ações que atendam as reais necessidades de cada indivíduo (SILVA et al., 2012).

Foram prescritos cuidados de enfermagem, com seus devidos aprazamentos e justificativas, para cada diagnóstico elencado. Para o diagnóstico de Estilo de vida sedentário, por exemplo, foram prescritos os seguintes cuidados: motiva-la a iniciar e continuar um programa de exercícios, informar sobre os benefícios da atividade física para a saúde e o bem estar físico e mental, e realizar em média 30 minutos de atividades físicas leves adequadas ao seu condicionamento físico, os aprazamentos dos cuidados foram três vezes ao dia, justificado pela necessidade de estimular a paciente a realizar atividades físicas que propiciem seu bem estar físico e mental.

A implementação do cuidado é a quarta etapa do PE, onde, após todo o estudo e planejamento da assistência, o cuidado é finalmente efetivado. No caso da DGC foram feitas orientações a ela e a seus familiares, e elaborado o plano de alta, que deve ser baseado no auto cuidado e visar o fornecimento de informações úteis e de fácil entendimento, que sejam necessárias à manutenção da saúde e disponibilidade de serviços (BRASIL, 2010).

Para elaborar o plano de alta da DGC foram consideradas quais seriam suas necessidades no cotidiano ao retornar para casa, após longo período de internação hospitalar, foram consideradas também suas potencialidades e os impedimentos que a patologia poderia acarretar na sua vida. Abaixo foram descritas algumas das orientações do plano de alta:

- Realizar atividade física diariamente, com intensidade leve, como caminhadas de curta distância ou alongamentos, com roupa adequada e confortável, sempre acompanhada;
- Realizar curativo em ferida operatória com soro fisiológico ou água e sabão em temperatura morna (37°), uma vez ao dia, atentar para possíveis secreções (aspecto e cor);
- Utilizar algumas técnicas mnemônicas (de memorização) como organizar informações importantes (anotar e colocar em locais visíveis), realizar associações visuais, repetir frases em voz alta;
- Jogar jogos da memória, quebra cabeças, de cartas;
- Procurar serviço de saúde de referência (Unidade Básica de Saúde Laranjal) mensalmente para realização de exame físico neurológico.

A avaliação de enfermagem, última etapa do PE, consiste no relato diário ou periódico das mudanças que ocorrem no indivíduo enquanto ele está sob a assistência dos cuidados de enfermagem. Essa avaliação deve ser sucinta, evitando repetições, e deve conter possíveis novos problemas e a evolução das



necessidades pré-estabelecidas nas etapas anteriores do PE (HORTA, 1979). No caso da DGC não foi possível concretizar essa etapa, tendo em vista que é necessário um acompanhamento diário, que se tornou inviável pela sua alta hospitalar.

4. CONCLUSÕES

A realização do presente estudo possibilitou aos acadêmicos envolvidos um aprofundamento teórico acerca do Processo de Enfermagem, a partir de um estudo de caso. Dessa forma, conhecendo o sujeito do estudo, sua história, sua patologia, sua rede social e seu território, e realizando revisão de literatura, foi possível realizar a assistência de enfermagem de forma organizada e dinâmica, articulando a prática com as teorias e técnicas do ensino na graduação de enfermagem.

Ao escolher um usuário do serviço hospitalar para realização do estudo de caso, se assumem diversos cuidados na prestação de assistência do indivíduo. Nesse caso, ao realizar a primeira etapa do Processo de Enfermagem, a coleta de dados para histórico de enfermagem, criou-se um vínculo com a usuária, facilitando compreender seu processo saúde-doença e tornando-a mais receptiva.

Dessa forma, é correto afirmar que o presente estudo obteve relevância na perspectiva do ensino, para os acadêmicos, e na perspectiva da assistência humanizada, para a usuária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 471 p.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer Coren-SP CAT Nº 023**, de 2 de junho de 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 640 p.

DOS SANTOS, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

SILVA L. G. et al. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 97-107, 2012.