

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM CÂNCER DE RETO: UM ESTUDO DE CASO

JULIANA DE PAULA TEIXEIRA¹; ALEXIA CAMARGO KNAPP DE MOURA²;
RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ³

¹ Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – j.paula.teixeira@bol.com.br

² Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – alxjetlail@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – r.gabatz@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Para Santos, Veiga e Andrade (2010, p.2) a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é composta pelo “histórico de enfermagem que compreende a anamnese e o exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e plano de alta”. A anamnese e o exame físico permitem conhecer as necessidades e os problemas de saúde do paciente, instrumentalizando o enfermeiro para a realização do diagnóstico e do planejamento das ações de enfermagem, acompanhando e avaliando a evolução do paciente.

A SAE possui um artigo de lei próprio, a lei nº358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre “a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências” (COFEN, 2009, sp.). Essa lei ainda normatiza a SAE em diversos aspectos por meio de artigos que servem como um guia para o seu conteúdo teórico no currículo do curso de graduação em enfermagem.

Conforme descrito por Tannure & Pinheiro (2010), o primeiro passo para a elaboração do diagnóstico de enfermagem é a investigação de saúde do paciente por meio de coleta de dados de forma direta, com suas próprias informações, ou indireta, por meio de familiares e outros meios. Para tanto, deve-se considerar a pessoa de forma integral, levantando um histórico completo da mesma e de sua família e comunidade, a fim de identificar as suas necessidades individuais.

Os diagnósticos de enfermagem que compõem a SAE (TANNURE; PINHEIRO, 2010) consistem na interpretação dos dados levantados, baseando-se tanto nos problemas reais (aqueles apresentados) como nos riscos potenciais (aqueles que o paciente está vulnerável a apresentar), baseando-se nos sinais (objetivos que podem ser medidos e observados) e sintomas (subjetivos, que são sentidos, mas não observados) do paciente.

Para facilitar a elaboração dos diagnósticos NANDA (2015), agrupa os diagnósticos em 13 domínios e diversas classes. O diagnóstico de enfermagem é composto por vários componentes estruturais: Enunciado do diagnóstico + código do diagnóstico + Fator relacionado + Característica definidora. Sendo que os diagnósticos de enfermagem podem ser: Diagnósticos reais; de risco; de bem-estar; de promoção da saúde (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

O presente trabalho foi elaborado por meio do desenvolvimento de um estudo de caso, desenvolvido com um paciente com câncer de cólon e reto com metástase. Objetiva-se apresentar os diagnósticos de enfermagem elencados para o caso atendido, bem como os cuidados levantados e prestados durante todo o estudo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, que de acordo com Yin (2015, p. 24) “investiga um fenômeno contemporâneo (o caso) em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes”. O participante do estudo foi um paciente masculino de 55 anos, com câncer de reto e metástases hepáticas, que esteve internado em uma unidade cirúrgica de um hospital filantrópico em um município do sul do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi feita por meio de anamnese e exame físico por meio de entrevista com o paciente, além dos exames realizados por ele durante sua internação e de dados do prontuário. Destaca-se que os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 foram mantidos, respeitando o direito do participante ao anonimato, bem como coletando seu consentimento para tomar parte no estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de reto é caracterizado por tumor que acomete o intestino grosso, originando-se em lesões benignas, os pólipos (BRASIL, 2016). Esse tipo de tumor costuma ser silencioso, por isso quando diagnosticado, em geral, já possui um comprometimento ampliado, com metástases em outras regiões do organismo. Assim, os pacientes acometidos pelo tumor de reto precisam de um cuidado individualizado que considere suas necessidades, visando abranger um conforto para os sinais e sintomas que apresentam. Nesse contexto, insere-se a SAE como uma ferramenta valiosa para melhoria da qualidade do cuidado oferecido.

Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem neste estudo de caso foi utilizado como referencial teórico o livro, Diagnósticos de Enfermagem Nanda (2015), sendo que para o paciente em questão foram levantados de acordo com suas necessidades os seguintes diagnósticos e prescrições:

D1) Integridade da pele Prejudicada (00046) relacionado à fator mecânico, evidenciado por alterações na integridade da pele.

P1) Orientar quanto à inspeção do ostoma e região periestomal a fim de detectar alterações (Troca da Bolsa); Trocar/Esvaziar bolsa de ostomia sempre que necessário (M, T, N); Observar sinais de hiperemia na pele periestomal (M, T, N).

D2) Risco de infecção (00004) relacionado a procedimento invasivo.

P2) Orientar quanto a cuidados com o curativo (M); Monitorar presença de sinais flogísticos quando relatado incomodo e nas trocas de curativos (M, T, N); Realizar curativos com técnica asséptica (M).

D3) Risco de Sangramento (00206) relacionado a regime de tratamento.

P3) Monitorar o local da cirurgia quanto a sangramentos prolongados (Se dor ou incômodos) (M, T, N); Monitorar presença de Equimoses, sangramento nasal e em gengivas, hematúria, cefaleia grave, fezes vermelhas ou escuras (M, T, N); Orientar o paciente quanto a comunicar sinais de alteração como dor (M).

D4) Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002), relacionado à ingestão alimentar insuficiente evidenciado por interesse insuficiente pelos alimentos.

P4) Investigar preferências alimentares (M); Incentivar o indivíduo a se alimentar acompanhado de outras pessoas (M); Fracionar a dieta, maior número de refeições em menores quantidades (M, T, N).

D5) Ansiedade relacionada à morte (00147) relacionada à antecipação do sofrimento, evidenciado por medo do processo de morrer.

P5) Orientar quanto à importância de manter as interações sociais e a participação no núcleo familiar (Sempre que Necessário) (T); Recomendar acompanhamento de psicólogo (M); Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos (M).

D6) Deambulação prejudicada (00088) relacionada a prejuízo musculoesquelético, evidenciado por capacidade prejudicada em percorrer as distâncias necessárias.

P6) Orientar quanto ao retorno progressivo da deambulação com aumento gradual do tempo de caminhada (M); Orientar quanto à restrição no transporte de peso (M); Orientar o paciente a utilizar dispositivos auxiliares na deambulação (tais como bengala), conforme apropriado (T).

Dos diagnósticos apresentados os acadêmicos conseguiram elaborar e implementar cuidados referentes a: Monitoração sinais flogísticos, Administração de medicamentos, Monitoração de sinais vitais, Posicionamento, Estimulação da interação social, Estimulação do apetite, Estimulação em expressar sentimentos, Exame físico, Aconselhamento de acompanhamento psicológico, Auxílio no transporte, Estimulação do auto cuidado, Estimulação ao lazer.

Destaca-se que quando o enfermeiro for capaz de realizar diagnósticos de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução, ele poderá, acompanhado de sua equipe, planejar a alta hospitalar do paciente. Para isso, devem ser implementadas as etapas da SAE (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010). Portanto, a enfermagem como as demais profissões da área da saúde possui seu campo específico de conhecimento estando responsável pela detecção, planejamento, execução e prescrição de atividades referentes às competências de sua área de conhecimento, o cuidado (NANDA, 2015).

4. CONCLUSÕES

A partir da realização do estudo de caso, com a elaboração dos diagnósticos e prescrições de enfermagem foi possível perceber a relevância da SAE para melhoria da qualidade do cuidado oferecido à pacientes hospitalizados. A detecção e implementação dos cuidados foram cruciais para a evolução do quadro do paciente, destacando-se a importância do diálogo e o levantamento dos diagnósticos de enfermagem para a melhora no quadro clínico. Assim, com o uso dessas ferramentas torna-se possível ao profissional agir no momento mais adequado, fornecendo um tratamento mais humano e individualizado.

Ademais, a vivência da utilização da SAE para o cuidado de enfermagem possibilitou às acadêmicas vislumbrarem na prática o conteúdo teórico aprendido durante o semestre letivo, favorecendo sua compreensão sobre o tema. Também foi possível integrar o paciente e sua família no cuidado prestado, considerando suas necessidades mais prementes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Trata de pesquisas em seres humanos e



atualiza a resolução 196. Brasília – 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
Acesso em: 02 de jul. de 2017

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 13 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen Nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília – 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 18 de jul. de 2017

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. In: YIN, Robert K. trad. HERRERA, Crithian Matheus. 5. ed. Porto Alegre: BookMan, 2015. p. 2-4.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017**. Artmed, Porto Alegre, 2015.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.2, p. 355-358, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>> Acesso em: 15 de jul. de 2017.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2010.