

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CÂNCER DE INTESTINO, CUIDADOS AO PACIENTE EM FASE TERMINAL.

LUCIANO POSTILIONI AIRES¹, ANA PAULA FERREIRA COSTA², PRISCILA DE MORAIS DA SILVEIRA², ODIR VICTORIA PERES JUNIOR², TAMIRES PICCININI², GIANI CUNHA³.

¹Universidade Federal de Pelotas- Luciano_bls@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas- anapaulaferreiracosta@hotmail.com/
prikasilveira@yahoo.com.br/ odirperes.enfermagem@yahoo.com.br/
tamy_piccinini@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas- giani_cd@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho, estaremos apresentando o estudo de caso realizado na unidade Bom Conselho, na instituição Santa casa de Misericórdia de Pelotas.

O estudo relata o caso de um paciente em fase terminal com câncer de intestino.

Os adenocarcinomas constituem mais de 90% das malignidades gástricas; são divididas nas formas intestinais e difusas com fatores de risco, perturbações genéticas, e apresentações clínicas e patológicas diferentes. Os sintomas iniciais se assemelham à da gastrite crônica, incluindo dispepsia, disfagia e náusea. Como resultado, esses tumores são frequentemente descobertos em estágios avançados, quando os sintomas, tais como perda de peso, anorexia, hábitos intestinais alterados, anemia e hemorragia, incitam avaliações diagnósticas adicionais.

Cânceres gástricos do tipo intestinal predominam em áreas de alto risco e se desenvolvem a partir de lesões precursoras incluindo a displasia e adenomas uniformes. A idade média de apresentação é de 55 anos, e a razão homem: mulher é de 2:1. (ROBBINS E COTRAN; 2012).

O motivo pelo qual realizamos tal trabalho foi o estar vivenciando estas situações no campo prático e por este tema, incorporar nossas vivências diárias.

Outro fator que nos inclinou a trabalhar com estes usuários, foi o alto nível de carência, atenção e necessidades sociais que estes apresentam.

2. METODOLOGIA

O estudo de caso foi proposto pela Unidade do Cuidado IV componente curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A unidade Bom Conselho da Santa Casa de Misericórdia abriga pacientes oncológicos, na qual de todos os tipos de cânceres chamou-nos muito atenção o de intestino, sendo que o paciente escolhido para tal estudo apresentava um alto nível de carência econômica, social e afetiva.

O estudo se deu em um período de oito semanas aproximadamente, na qual a coleta de dados se deu através de entrevistas, anamneses, questionamentos estes que foram feitos aos usuários do sistema SUS, bem como aos seus acompanhantes.

Outra ferramenta utilizada foi o exame físico elaborado previamente de acordo com as necessidades e patologias do usuário acompanhado pelo estudo.

Abordaremos um breve histórico de enfermagem do usuário, com a construção do ecomapa e do genograma do mesmo, bem como presença de doenças pregressas e histórico familiar.

Estaremos explorando ainda, dados coletados através de exame físico no modelo céfalo-caudal, levando em consideração as necessidades psicobiológicas, psicossociais, e psicoespirituais.

O trabalho teve como objetivo trabalhar com usuários do SUS, com alto nível de carência com doenças em fases terminais, relacionando com cuidados paliativos feitos pela equipe de enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente J. B., 52 anos, casado, agricultor, natural de Herval. Relata haver histórico de câncer precedente na família bem como histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

A acompanhante relata que os sintomas apareceram no início do mês de março do ano de dois mil e doze (2012), no mês de setembro de dois mil e doze (2012), procura auxílio médico devido a dores abdominais, conforme informado, foi solicitado pelo médico o exame de ultrassonografia, recebendo então o diagnóstico de C.A. (Câncer) de Intestino.

Posterior a interpretação da ultrassonografia e o diagnóstico de câncer, o médico encaminhou o paciente para um outro médico, este cirurgião gastroenterologista, onde a cirurgia não pode ser realizada por falta de leitos, mesmo o paciente propondo-se a pagar leito particular, sendo este encaminhado de volta a sua residência e orientado para que aguardasse uma ligação da central de leitos para então dar início ao processo de internação para a cirurgia.

Necessidades Psicossociais:

Paciente ansioso para voltar a sua residência. Segue rigorosamente as orientações de fazer caminhadas embora sinta leve cansaço frente à esforço. Gosta de cuidar de sua plantação pessoalmente, junto de seu filho. Muito religioso, sempre que possível vai aos encontros evangélicos da comunidade e se faz presente as festas organizadas pela comunidade do assentamento. Tem boa auto-estima, embora tenha andado sem ânimo de realizar o auto-cuidado por estar perdendo esperanças quanto ao seu caso clínico.

Necessidades psicoespirituais:

Evangélico, sempre se faz presente nos cultos de adoração, principalmente nos cultos direcionados à oração e louvores, relata que vê a necessidade de conversarmos mais com Deus e cartar em louvor ao mesmo. "O Louvor é a forma alegre de conversar com Deus ou agradecer o que ele faz por nós" (palavras dele).

Necessidades psicobiológicas:

- Percepção dos órgãos dos sentidos: Não há relato de comprometimentos

- Cuidado corporal: Gosta de tomar banho pela manhã bem cedo pra acordar disposto e à tardinha, porém, no hospital não lhe era facultado o segundo banho.

- Hábito de sono e repouso: Dormia sono revigorante, cerca de 7h em 24h, porém, nas ultimas semanas antecedentes de seu óbito, suas noites eram longas entremeadas a um cochilo e pensamentos não auspiciosos.

- Nutrição: Não tem restrições alimentares e não evita o açúcar, tem preferência a carnes. Ultimamente não vinha alimentando-se bem por sentir dor na região hipocôndrica ao alimentar-se.

- Hidratação: Ingere pouco liquido, cerca de 700 mL de líquidos por dia.

- Mecânica corporal/motilidade/locomoção: No início do período não apresentava déficit, porém, com o fato de não alimentar-se devidamente veio a fraqueza e com isso a dificuldade em deambular sem auxilio.

- Exercícios e atividades físicas: A vida inteira trabalhando na roça, sempre levantando cedo e procurando o que fazer, uma vida de muitas atividades referia.

- Integridade física/cutâneo/mucosa: Mucosas oculares e oral úmidas e hidratadas, normocoradas, normotérmica. Higiene corporal preservada.

- Eliminação urinária: Diurese espontânea.

- Eliminação intestinal: Regular no inicio do acompanhamento e diminuída nas ultimas semanas que este estava sendo acompanhado

- Sexualidade: Preservada

- Ambiente/abrigo: Reside na área rural, em casa própria, sem saneamento básico (fossa).

EXAME FÍSICO:

Ao exame físico apresenta cabeça normo-cefálica, sem traumas ou lesões. Couro cabeludo integro, com distribuição simétrica, sem parasitas e apresentando oleosidade.

Ao examinar o ouvido pavilhão auricular apresentava-se integro orelhas simétricas, meato externo sem cerume. Ao examinar o nariz fossas nasais apresentavam-se desobstruídas, sem secreção e sem desvio de septo.

As mucosas nasais apresentavam-se róseas e sem lesões. Ao examinar os olhos apresentavam aspecto brilhante de alinhamento simétrico, com boa

acuidade visual e campo visual preservado, as sobrancelhas apresentavam distribuição normal, pálpebras com cílios sem oclusão apresentando conjuntiva pálida, apresenta ainda esclerótica branca, aparelho lacrimal com lacrimejamento normal, córneas transparentes e pupilas foto reagentes isocóricas.

Ao examinar a cavidade oral apresentavam cáries em dentição inferior e uso de prótese total superior, gengivas pálidas, lábios normocorados ressecados, língua com movimentação normal. Ao examinar o pescoço apresenta linfonodos palpáveis, com dor.

Ao examinar o tórax pela vista anterior foi percebida simetria estática e dinâmica, com expansão irregular, na vista posterior apresentou coluna ereta e simétrica.

Ao realizar a ausculta pulmonar foi percebido presença de murmúrios vesiculares e roncos em base pulmonar aumentado no pulmão direito. Ao realizar ausculta cardíaca o cliente apresentou bulhas normofonéticas, rítmicas, sem sopro.

Ao examinar o abdome, na inspeção o mesmo apresentava-se globoso, ao realizar a ausculta o mesmo apresentava ruídos hidroaéreos presentes e diminuídos, não foi realizada a percussão devido ao cliente referir algia abdominal.

Ao examinar os membros superiores os mesmos apresentavam boa perfusão periférica, sem edema, nem fraturas ou lesões, mantendo movimentação normal de articulações.

Em membros inferiores os mesmos apresentavam turgor presente, boa perfusão periférica, edema com formação de cacifo (3+ \ 4+), sem lesões, presença de varizes e pulso tibial palpável, mantendo movimentação normal de articulações.

Ao examinar os genitais o mesmo apresentava saco escrotal normal e meato uretral normal; Apresentava pelos em região supra púbica. Anus íntegro, sem anormalidades.

Cliente mantinha acesso venoso central em veia sub clávia direita infundindo soroterapia contínua (Soro Glicosado 5% + Complexo B + Cloreto de Potássio).

Os sinais vitais apresentaram Pressão Arterial (P.A.) em 120/70 mm/Hg em decúbito dorsal, frequência cardíaca em 91 batimentos por minuto (bpm) com pulso cheio, frequência respiratória em 13 movimentos respiratórios por minuto (mrpm) e temperatura em 36°C.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Mobilidade no leito prejudicada (00091) relacionado à força muscular insuficiente evidenciada pela capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro.

Comunicação Verbal Prejudicada (00051) relacionado à baixa auto estima situacional, barreiras psicológicas e condições emocionais evidenciado por ausência de contato visual e fala com dificuldade.

Desesperança (00124), relacionado à restrição prolongada de atividades e deterioração da condição fisiológica, evidenciado por passividade, olhos fechados apetite diminuído e falta de envolvimento no cuidado.

Risco de integridade da pele prejudicada (00047) evidenciado por imobilização física.

Mucosa Oral Prejudicada (00045), relacionado a barreiras ao autocuidado oral e efeitos colaterais relacionados ao tratamento, evidenciado por língua saburrosa.

Risco de constipação (00015) com fator de risco funcional atividade física insuficiente, fator de risco fisiológico a motilidade diminuída do trato gastrintestinal.

Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional (00197) tendo como fator de risco a imobilidade.

Fadiga (00093) relacionada fisiologicamente à condição física debilitada e estado de doença, evidenciado por falta de energia e estar sonolento.

Risco de infecção (00004) tendo como fator de risco as defesas primárias inadequadas por apresentar pele rompida (acesso venoso).

Troca de gases prejudicada (00030) relacionado desequilíbrio na relação ventilação-perfusão, evidenciado por dispneia, respiração anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade), sonolência, taquicardia.

Paciente encontrava-se caquético, com pouca possibilidade de deambulação, com fadiga ao menor esforço físico. Notamos que sentia uma profunda desesperança em relação a sua situação de saúde, fato que mudava quando seu filho ia visita-lo, e quando os médicos davam esperanças para ele. Devido ao uso de cateter venoso central tinha enormes riscos de infecção. Conforme o estagio da doença foi se agravando paciente relatava muita dispneia.

No mês de julho do ano corrente, em virtude de seu estado debilitado, e por não apresentar mais condições clinica, o foco de nosso estudo veio a ter uma parada irreversível, levando o mesmo a óbito, não podendo assim aplicar o plano de enfermagem para alta hospitalar.

4. CONCLUSÕES

Sabe-se que o cuidar é um processo complexo que envolve muito além do físico, de uma forma geral, o cuidador passa a assumir múltiplas funções tornando-se cuidador único, eventualmente auxiliado em tarefas menores por outros membros da família, porém, muito mais que o cuidado clínico, devemos atentar ao cuidado psicoemocional deste que se encontra acometido por enfermidade qualquer que seja.

Pode-se dizer que, com o passar do tempo e o elo de ligação e de entrega mutua do cliente cuidador, faça com que a aproximação de ambos seja facilitada, abrindo espaço para novas experiências e também oportunidades para que este, por hora angustiado ou sofrido, possa se abrir de forma mais espontânea, e confidente expondo seus anseios e aflições, criando assim um vínculo fortalecido para sanar necessidades biopsico-sociais e espirituais deste cliente.

Ao que refere à humanização, por exemplo, é de máxima importância o acompanhamento e a força da família junto ao cliente, o que nunca se deixou faltar no caso apresentado neste trabalho. A família sempre presente, dando força e carinho ao cliente, atentando a todas as indicações de cuidados expostas de uma forma geral.

O processo de morte e morrer é complicado, difícil e muitas vezes incompreendido, e cabe a nós cuidadores, também procurar aliviar esse fardo de ansiedade, mostrando o tudo que se fez, o tanto que se deixou pronto e mais ainda, tentar proporcionar uma morte digna e confortável, se esta não for possível, procurar fazer com que seja o menos dolorosa.

A enfermeira é quem geralmente está próximo nos momentos difíceis, é quem o paciente e a família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Assim este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar. (SOUZA; et al. 2009, p.42).

Percebemos a valorização de todo o esforço, quando a esposa sem mais esperanças chegou para os cuidadores que acompanhavam o foco deste estudo e com um brilho no olhar dando um abraço em cada um agradeceu, e com uma lágrima pôs fim a angustia de ver o sofrimento de seu esposo.

Acreditamos que com esta experiência, aprendemos a conduzir algumas situações delicadas, difíceis e dolorosas, tornando-nos melhores hoje melhores pessoas do que éramos ontem, e com toda a certeza, profissionais altamente capacitados para enfrentar situações semelhantes, sabendo trabalhar o físico, o psico-social e o espiritual simultaneamente sem deixar de abordar nenhum aspecto, tratando nossos futuros clientes de forma digna e consciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROBBINS e COTRAN. **Bases Patológicas das doenças**. 8. ed. p. 696, 987, 1228; 2012.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/[NANDA International]– Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOUZA, Daniele Martins de et al. **A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos**. *Texto contexto - enferm.* 2009, vol.18, n.1, pp. 41-47.

