

## **A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO PACIENTE ACOMETIDO POR CÂNCER DE CÓLON E RETO**

**FRANLAYDE DE MOURA EVANGELISTA ALMONDES<sup>1</sup>; ADRIANA SOARES TOMASZEWSKI<sup>2</sup>; ARLETE ESPÍRITO SANTO FONSECA KNUTH<sup>2</sup>; GIANI CUNHA DUARTE<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [franzi\\_nha\\_moura@gmail.com](mailto:franzi_nha_moura@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [drikkacristal@hotmail.com](mailto:drikkacristal@hotmail.com); [arleteespiritosanto@hotmail.com](mailto:arleteespiritosanto@hotmail.com);

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [giani\\_cd@hotmail.com](mailto:giani_cd@hotmail.com)

### **1. INTRODUÇÃO**

Os conhecimentos científicos produzidos sobre a sistematização do cuidado têm fornecido aos enfermeiros a instrumentalização para a implementação de um processo de cuidado com fundamentação científica. Os profissionais do cuidado necessitam de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, atitudes e posturas éticas para uma apropriada atuação (PIRES, 2007).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) adequa-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, baseada nos princípios do método científico e objetiva identificar as situações de saúde-doença subsidiando as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL *et al.*, 2009).

A SAE está embasada na implementação do Processo de Enfermagem (PE), conforme ALFARO-LEFERE (2010), o PE se caracteriza por ser uma forma organizada e sistemática para a realização do cuidado de enfermagem, dividido em cinco etapas cíclicas: Investigação (anamnese e exame físico); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento; Implementação da Assistência e Avaliação. A resolução 272/2002 do COFEN considera que a implantação da SAE constitui melhora na qualidade da assistência de enfermagem. Com a aplicação do processo de enfermagem pode-se instrumentalizar o enfermeiro no enfrentamento de situações clínicas.

Nessa perspectiva, é de suma importância que a enfermagem reconheça o impacto causado pelo câncer para elaborar um cuidado que possibilite interagir com o paciente, exercitando o diálogo, colocando-se disponível para escutar suas aflições, contribuindo para minimizar a sensação de medo e angústia manifestada pelo seu surgimento facilitando a sua reabilitação, bem como o tratamento da doença (BONASSA; SANTANA, 2005).

O termo câncer vem sendo utilizado para denominar um conjunto de mais de 100 doenças, que tem em comum a proliferação celular descontrolada, sendo o câncer de cólon e reto um dos principais tipos de câncer. No Brasil, as estimativas para 2013 nos mostra a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de cólon e reto é o tipo de câncer que mais incidirá na população brasileira e um dos cinco mais incidentes no sexo masculino (INCA; BRASIL, 2011).

Diante dessa situação, percebe-se que o câncer é um problema de saúde que atinge toda a população, oferecer um cuidado ao portador da doença é um desafio para a enfermagem. Pensando nisso, o enfermeiro é o profissional habilitado a apoiar e orientar o paciente e a família modificando a qualidade de vida futura (INCA, 2008).

Partindo desse pensamento, o presente trabalho tem como objetivo relatar a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no atendimento a um paciente oncológico em um hospital do município de Pelotas/RS.

## **2. METODOLOGIA**

A construção do trabalho se deu a partir de um estudo de caso, o qual é parte integrante das atividades do componente curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem IV-B – Adulto e Família, sendo aplicado a um paciente portador de câncer de cólon e reto. Foi elaborado por acadêmicas de Enfermagem do V Semestre da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), realizado em um hospital do município de Pelotas/RS no período de maio a agosto de 2013.

A autorização, pelo familiar do paciente, para uso dos materiais coletados, foi mediante a assinatura do Termo de consentimento livre e Esclarecido.

A fim de sistematizar a assistência prestada fez-se uso do Processo de Enfermagem. Os dados foram obtidos por meio de anamnese e exame físico norteado por BARROS et al. (2010), Diagnósticos segundo NANDA (2012-2014) e Intervenções de Enfermagem conforme CARPENITO (2005), SMELTZER *et al.* (2012).

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A atribuição do enfermeiro é prestar assistência aos pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, desenvolvendo ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoiar medidas legislativas e identificar fatores de risco ocupacional, assistindo também o paciente oncológico e sua família (BRASIL, 2006).

A fim de prestar essa assistência de forma organizada, aplicou-se o processo de enfermagem, obtendo assim, as seguintes informações mais relevantes na anamnese: paciente, sexo masculino, 62 anos, portador de Parkinson, Esquizofrenia e Retardo Mental; parou de fumar há 20 anos, não etilista. Apresenta lesão vegetante em reto-sigmóide, biópsia por Colonoscopia: mucosa colônica hiperplásica; há uma minúscula área marginal fortemente sugestiva de Adenocarcinoma.

Em seguida, foi realizado exame físico, destacando as seguintes alterações: Paciente deambula muito pouco e com auxílio. Dieta enteral pela Gastrostomia. Ouvido: acuidade auditiva prejudicada (hipoacusia esquerda). Boca: Cavidade oral sem dentição, presença de secreção de coloração amarela, presença de pápula esbranquiçada na mucosa e no palato mole, presença de petéquias e hiperemia nos palatos duro e mole. Aparelho Respiratório: estertorosa, murmúrios vesiculares presentes, bulhas hipofonéticas; tosse produtiva. Abdome: escavado, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, inserção da Gastrostomia com presença de secreção amarelo clara e hiperemia, dor à palpação abdominal em flanco esquerdo. Extremidades: Membros Superiores, presença de equimoses em braço e dorso das mãos do MSD e MSE, e flebite na região posterior do MSD onde está inserido o AVP, articulações dos MMSS e MMII com movimentos diminuídos. Úlceras por Pressão em Estágio I na região anterior dos joelhos e região sacral.

Após o levantamento de problemas de enfermagem identificou-se os seguintes Diagnósticos de Enfermagem, conforme NANDA (2012-2014), prioritários: Diarreia (00013) relacionada a processos infecciosos, evidenciada por

pelos menos três evacuações de fezes líquidas por dia, dor abdominal. Desobstrução ineficaz das vias aéreas (00031) relacionada a secreções retidas, evidenciada por tosse ineficaz. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002) relacionada a capacidade prejudicada de absorver alimentos, evidenciado por peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal. Integridade da pele prejudicada (00046) relacionado a estado nutricional desequilibrado (emagrecimento) e mudanças na pigmentação. Dor aguda (00132) relacionada a agentes lesivos (p.ex., biológicos, lesão vegetante em reto-sigmóide), evidenciada por gestos protetores, comportamento expressivo (p.ex. vigilância). Risco de volume de líquidos deficientes (00028), relacionado a perdas excessivas por vias normais (p.ex., diarreia, sangramento anal vivo). Mucosa oral prejudicada (00045) relacionada à barreiras ao autocuidado oral, higiene oral ineficaz e infecção, evidenciado por drenagem purulenta e lesões orais. Comunicação verbal prejudicada (00051) relacionada a alteração no sistema nervoso central, evidenciada por dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos e para formar sentenças e palavras. Percepção sensorial perturbada auditiva (00122) relacionada à recepção sensorial alterada, evidenciada por mudança na resposta usual aos estímulos. Mobilidade física prejudicada (00085) relacionada a prejuízo cognitivo, evidenciado por movimentos não coordenados, capacidade limitada de desempenhar habilidades motoras finas e grossas.

Em seguida, foram prescritos os cuidados de enfermagem a serem prestados. Observar e anotar as características das fezes; Avaliar sinais de desidratação; Remover secreções, encorajando-o a tossir ou aspirando; Evitar os extremos de temperatura; Manter hidratação por meio de terapia EV; Monitorar sinais vitais; Manter alimentação enteral conforme prescrito; Mudar a posição a cada 2 horas; Estimular higiene corporal, a hidratação da pele com creme hidratante ou óleos graxos essenciais; Avaliar as características da dor a cada 2h ou quando necessário; Discutir com a família métodos de distração durante a dor (ouvir músicas, conversar com o paciente, reposicionamento no leito); Monitorar e manter os estados hídrico e eletrolítico; Monitorar a coloração e consistência dos débitos urinário e fecal; Realizar higiene oral com antisséptico sem álcool; Inspeccionar a boca com abaixador de língua e lanterna; Usar o toque e os gestos para incentivar a comunicação; Usar a fala lenta e direcionada; Falar distinta e claramente, permitindo que apenas uma pessoa fale; Abordar o paciente pelo lado que a audição é melhor; Estimular deambulação com auxílio.

O paciente deve ser considerado como um ser individual, com problemas distintos e necessidades específicas. Na avaliação de enfermagem pôde-se observar que a aplicação da SAE facilitou na identificação de problemas e na tomada de decisão, obtendo-se sucesso na recuperação do paciente, confirmando, assim, que a SAE qualifica a assistência. Com a realização da sistematização, identificamos problemas que, possivelmente, não seriam observados de outra forma.

#### 4. CONCLUSÕES

Este trabalho é muito importante para a nossa formação acadêmica, ao desenvolvê-lo permitiu que arraigássemos conhecimentos sobre a aplicação da SAE compreendendo a importância da sistematização para uma assistência qualificada.

Tendo em vista que a SAE possibilita ao enfermeiro desenvolver planos de cuidados individualizados, eficientes e humanizados de acordo com a patologia e

necessidades do paciente, com isso oferece direção para os resultados esperados.

Portanto, percebeu-se que com a utilização da SAE houve autonomia nas ações e maior vínculo entre as acadêmicas e o cliente, nos trouxe importantes reflexões acerca dos conhecimentos sobre as patologias, prestação do cuidado de forma organizada, dinâmica e competente, contribuindo de forma significativa na qualidade do cuidado prestado ao paciente oncológico, assim como instrumentalizou o cuidado técnica e cientificamente, caracterizando, dessa forma, uma enfermagem científica com um papel bem definido.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **A aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303p
- BARROS, A. L. B. L. de et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2010. 440 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **A Situação do Câncer no Brasil**, Brasília, 2006. 119p
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 272/2002**, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 10 out. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012/2013: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011
- BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. , São Paulo: Atheneu, 2005
- CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem** aplicação a pratica clinica. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005
- INCA, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**, 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628p
- INCA, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128p
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 - 2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012
- PIRES, S. M. B. **Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação** / Sandra Maria Bastos Pires. – Curitiba, 2007. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: < <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSandraPires.pdf>>. Acesso em 10 out. 2013
- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012
- TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, v.62, n.2, pp. 221-227. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008)> Acesso em 10 out. 2013.