

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO ASSOCIADA A INSUFICIÊNCIA RENAL

ALDRIGUI, LAÍNE BERTINETTI¹; SILVA, TAYANA BASTOS²; FETTER, FABIANA COSTA³; ECHEVARRIA-GUANILO, MARIA ELENA⁴

¹ Acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) – laíneba.bertinettialdrigui90@gmail.com

² Acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) – tayana.bastos@hotmail.com

³ Acadêmica do 5º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) – fabifetter@hotmail.com

⁴ Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente da FEn da UFPEL, Coordenadora do GEPQ - elena_meeg@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso, contou com a participação de uma usuária internada na unidade de Clínica Cirúrgica Santo Antônio da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas do estado do Rio Grande do Sul. O desenvolvimento da atividade visou o aprimoramento do conhecimento e aplicação do processo de Enfermagem frente à neoplasia maligna do colo de útero associada a insuficiência renal, incluindo o estudo da fisiopatologia das doenças que originaram a internação da paciente, exames realizados e medicamentos prescritos.

Durante o acompanhamento da usuária buscou-se realizar um cuidado contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a partir do Processo de Enfermagem, não esquecendo de aspectos como humanização e cuidados paliativos.

O cuidado significa optar por fazer o que for preciso para ajudar os outros, isso inclui focar o que for melhor para o paciente e a familiares, respeitar valores e crenças, permanecer envolvido mesmo quando os problemas se tornem graves. A medida que crescemos e amadurecemos nos tornamos capazes de cuidar o próximo (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de um estudo de caso, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela paciente. O estudo foi realizado por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, durante o estágio curricular do componente Unidade do Cuidado do Adulto IV-A: Adulto e Família na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Protagonizando o caso encontra-se A.M.R.L, do sexo feminino, branca, casada, 43 anos diagnosticada com neoplasia do colo de útero que acarretou uma insuficiência renal aguda.

Obtiveram-se os dados por meio de anamnese, construção de Genograma e Ecomapa de acordo com o Modelo Calgary e Exame Físico além da análise dos exames laboratoriais, imagem e medicações utilizadas durante o período de internação da mesma. Já os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem tiveram como eixo teórico a Classificação da NANDA (2012/2013) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sistematização do processo de enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo implementada na prática assistencial. Com o crescente aumento de troca de informações, demanda das instituições para maximizar os recursos, diminuir gastos, e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem fazem com que seja necessária a sistematização da assistência. Com isso devemos ter, hoje em dia, cada vez mais conhecimentos que englobem os saberes técnicos e teóricos, tais como, fisiologia, anatomia, semiologia, semiotécnica e patologia que permitam a realização de uma avaliação ampla das condições de saúde dos usuários. Além de permitir o desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem e a elaboração de um relatório completo de cada paciente. É muito importante que saibamos incorporar o processo de enfermagem nas nossas unidades e envolver nossa equipe de enfermagem nesse processo (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O processo de enfermagem pode ser dividido em cinco etapas: investigação do paciente com anamnese e exame físico; diagnósticos de enfermagem; planejamento dos cuidados baseada nos diagnósticos; implementação dos cuidados e avaliação do paciente quanto ao cumprimento na realização dos cuidados prescritos (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No intuito de formular o histórico de enfermagem, utilizou-se um roteiro sistematizado para a obtenção de informações importantes do indivíduo em foco, que possibilitou a identificação de seus problemas. Os diagnósticos médicos, os motivos de internação, foram: neoplasia de colo de útero, e insuficiência renal aguda.

O carcinoma epidermóide apresentado pela paciente é um câncer de células predominantemente escamosa caracterizada pela invasão de tecidos de difícil controle (SMELTZER *et al.*, 2011).

Segundo relato da paciente os sintomas iniciais manifestaram-se por corrimento sanguinolento, dores abdominais (cólicas), e isso nos faz pensar que ela desenvolveu o câncer maligno e a não realização do exame preventivo impossibilitou a identificação precoce da doença a qual foi identificada em estado de disseminação rápida.

A insuficiência renal aguda é caracterizada por uma redução abrupta da função renal que se mantém por período variável, resultando na inabilidade dos rins em exercer suas funções básicas de excreção e manutenção da homeostase de eletrólitos do organismo podendo ser ocasionada por vários fatores intrínsecos ao rim (RIELLA, 2010).

Sobre as possíveis causas do surgimento da lesão renal inferimos que esta tenha surgido em consequência do carcinoma invasivo do colo do útero o que pode ter levado a obstrução pós renal no trato urinário, ocasionando a redução na filtração e excreção. Além disso, o tratamento realizado com seções de radioterapia sendo uma das possíveis consequências a ocorrência de dano nas estruturas dos rins e que levaram a paciente a apresentar alterações nos exames físico, laboratorial e imagem.

Após os dados serem avaliados e analisados, cumprindo as etapas correspondentes ao Processo de Enfermagem, realizamos o levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Foram relacionados como diagnósticos prioritários: Dor aguda relacionado a agentes lesivos evidenciado por comportamento expressivo, facial e relato de dor; Volume de líquidos deficientes relacionado a perda ativa do volume de líquidos definida por aumento na concentração urinária, perda súbita de peso e sede; Risco de Infecção relacionado ao aumento da

exposição ambiental a patógenos; Mobilidade física prejudicada relacionada ao controle muscular diminuído, dor e desnutrição evidenciado para virar-se; Integridade da pele prejudicada relacionada a circulação prejudicada e estado nutricional, metabólico desequilibrado; Constipação relacionado a desidratação, motilidade do trato gastrointestinal diminuída evidenciado por abdome distendido dor abdominal e ruídos intestinais hiperativos; Privação do sono relacionado a atividade diurna inadequada e desconforto prolongado evidenciado por agitação ansiedade, irritabilidade e sensibilidade a dor; Sobrecarga de estresse relacionado a estressores intensos e repetidos demonstrado por sentimentos de impaciência e raiva (NANDA, 2013).

Nas etapas subsequentes após determinar o plano assistencial, pôs-se em prática o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem. Os cuidados implementados foram: Ofertar dieta líquida e fracionada (3h em 3h); Avaliar sonda nasogástrica quanto a sua permeabilidade (antes e após dieta); Realizar controle de volume urinário - esvaziamento de urina da bolsa- e anotar volume e características (4 vez ao dia e sempre que necessário); Esvaziar de forma asséptica o cateter vesical de demora (Sempre); Implementar comunicação terapêutica (Sempre); Realizar mudança de decúbito (2h em 2h); Avaliar condições de pele e aspectos que possam favorecer lesões (Sempre); Realizar curativo na úlcera por pressão com soro fisiológico 0,9% e Dersani com gaze estéril (1 vez ao dia); Avaliar dor e administrar medicação conforme medicação médica (Sempre); Proporcionar tranquilidade e conforto (Sempre); Promover uma aproximação com os familiares (Sempre que possível); Manter um relacionamento com o paciente e com os familiares evitando assim dúvidas e ansiedades (Sempre); Promover esperança e apoio espiritual (Sempre); Perguntar o paciente sobre preferência alimentar para estimular alimentação (Sempre que necessário); Realizar banho de leito cefalo caudal proporcionando conforto e segurança ao paciente (1 vez ao dia); Aplicar a escala numérica da dor (3 vezes ao dia); Avaliar sinais vitais e grau de consciência (3 vezes ao dia).

Por fim, embora as patologias da paciente continuarem em evolução, mesmo com a implementação dos cuidados de Enfermagem, acreditamos que a nossa atenção no cuidado humanizado foi realizado da melhor forma possível e objetivos relevantes para amenizar a dor da paciente, promover conforto tanto para a paciente quanto para os familiares, foram atingidos.

4. CONCLUSÕES

Concluimos através deste estudo a importância da sistematização da enfermagem que nos proporciona realizar os cuidados os pacientes de forma integral e humanizada. Maiores investimentos entre os enfermeiros devem ser realizados, de forma que se concretize a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas práticas hospitalares. Atender aos pacientes de forma humanizada percebendo a importância de se ter promoção de saúde também numa unidade hospitalar, e não nos focarmos apenas na doença e na administração de medicamentos. Em busca de compreender os estágios sobre o adoecer da paciente e a fase em que se encontrava buscamos aprofundar nossos conhecimentos.

Só seremos capazes de mudar e concretizar muitas coisas quando começamos a refletir sobre a própria morte o que deve ser feito individualmente por cada ser humano, mesmo que a vontade seja de fugir desse assunto (ROSS, 2008).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283p.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem: Definições e classificações**. Editora Artmed, 2013.

TANNURE, M. C. PINHEIRO, A.M., **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Editora Guanabara Koogan, 2011.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1246 p. 1766 p.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008. 296 p.

SMELTZER, S.C., *et al.* **Tratado de Enfermagem: Médico Cirúrgica**. Editora Koogan, 2011.