



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VICTOR MEDEIROS DE ARAÚJO XAVIER

**APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA
PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA**

Cuité/PB

2014

VICTOR MEDEIROS DE ARAÚJO XAVIER

**APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA
PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde
(CES), Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG) em cumprimento as exigências legais
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Msc. Glenda Agra

Cuité/PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

X3a Xavier, Victor Medeiros de Araújo.

Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma paciente com ferida neoplásica. / Victor Medeiros de Araújo Xavier. – Cuité: CES, 2014.

62 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Enfermagem oncológica. 2. Úlcera cutânea. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Processo de enfermagem. I. Título.

CDU 616-083:616-006

VICTOR MEDEIROS DE ARAÚJO XAVIER

**APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA
PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde
(CES), Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG) em cumprimento as exigências legais
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Glenda Agra - Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité

Prof^a. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia - Membro Interno
Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité

Prof^a. Esp. Nara Calazans Balbino Barros – Membro externo

Dedico este trabalho a minha mãe, que todos esses anos me incentivou, guiou e também lutou para me dar um futuro melhor, esta vitória também é sua mãe. Te amo!

Dedico também minha avó Ana Maria de Medeiros (*in memoriam*), por tudo que fez por mim e por ter ser uma inspiração de pessoa guerreira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus** por sempre está ao meu lado em todas as minhas escolhas, me guiar sempre para os melhores caminhos, ter me dado força durante esses longos cinco anos de curso; ter me proporcionado boas experiências de vida e ter colocado pessoas maravilhosas durante esse tempo na minha vida.

À minha mãe, **Arlete Medeiros de Araújo**, que apesar de nossas brigas, sempre quis meu melhor além de todo o seu esforço para me criar e me sustentar e que em meio de tantas dificuldades nunca baixou a cabeça. Te amo, mainha!

Ao meu pai, **Arrilson de Souza Xavier**, pelos seus conselhos e experiência que sempre me passou.

A minha avó, **Ana Maria de Medeiros Araújo**, que é um exemplo de pessoa, que sempre foi uma guerreira até o último momento da vida e o que ela mais queria era me ver com esta graduação para sentir orgulho de ser seu neto.

As minhas tias **Rejane, Rosangela, Rosane e Aliete**, que me ajudaram sempre e que torceram tanto por este momento.

A minha namorada **Jéssica Dutra** que além de namorada é minha melhor amiga, que sempre me deu forças nas horas difíceis; apesar da distância esteve sempre ao meu lado, me apoiando nas minhas decisões.

Aos meus amigos-irmãos de infância **Izo Araújo e Thayanna Souza** os quais eu tenho um enorme apreço; e que apesar da distância, nossa amizade nunca mudou, só se fortaleceu.

Aos meus amigos da Residência Universitária, **João Carlos (Karlinhos), Adriano Oliveira, Acácio Silveira, Francinildo Macedo, Aluísio Buriti (Lulu), Joelson, Kauan Gerald, Robson Medeiros, Israel Lazaro, Gilson (Sucuri)**: criamos uma amizade que vai ser além da faculdade e vamos ter sempre momentos bons, como os dias que íamos para academia, dividindo lanches, dando e recebendo conselhos, enfim como fala meu amigo Karlinhos “Vocês são Paus”.

A todos os meus colegas de sala, em especial a **Gean Lucas e Reinaldo Rizemberg** companheiros do fundão da sala de aula e de quarto em Campina Grande: temos muitas histórias para contar, você são irmãos que a faculdade me deu.

Aos amigos do Jiu-Jitsu que são tantos, mas que Mestre **Italo Oliveira (Ratão)** vai representar o nome de todos que estavam comigo todos os dias nos treinos e lutas não só dentro, mas fora dos tatames. Sempre vou levar vocês no coração, família Real Fight.

Aos amigos que Cuité-PB me proporcionou: **Priscila Tereza, Hugo Raoni, Felipe Araújo, Eneias, Navarro**, que de uma maneira ou de outra contribuíram não só no meu curso, mas na minha vida.

Ao funcionário **Vital** que sempre nos recebia com uma enorme alegria e carinho todos esses anos, todos os dias na entrada do bloco de salas de aulas e que antes das provas sempre dividia as nossas angústias, ansiedades e também nos momentos de descontração rindo com todos nós, alunos.

À todos os funcionários da Estratégia de Saúde da Família Luiza Dantas de Medeiros com os quais tive o prazer de realizar o Estágio Supervisionado I, me receberam de braços abertos dividindo comigo e com meus colegas o seu ambiente de trabalho.

A todos os funcionários do Hospital Universitário Alcides Carneiro, que me proporcionaram experiências maravilhosas e também por dividirem um pouco da experiência no dia a dia.

À Fundação Assistencial da Paraíba pela receptividade e por ter acreditado nesse trabalho.

Aos pacientes, que no decorrer do curso tive a oportunidade de cuidar e aos que mesmo no sofrimento do câncer colaboraram com a minha pesquisa.

Ao todos os professores do Curso Bacharelado em Enfermagem *campus* Cuité pelos ensinamentos que foram dados em sala de aula e pelo ótimo trabalho que estão realizando.

À minha orientadora **Glenda Agra** por sua paciência durante todo esse tempo da construção deste trabalho, pelos ensinamentos e lições aprendidas: a senhora é um espelho de enfermeira para qualquer aluno.

Gostaria também de agradecer a banca examinadora: Prof. Ms. **Bernadete Gouveia**, Profa. Esp. **Nara Calazans Balbino Barros** que cedeu uma parte de seu tempo precioso para poder contribuir com meu trabalho.

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... E a vida é muito para ser insignificante.” (Charles Chaplin).

XAVIER, V.M.A. **APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO COM UMA PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2014.

RESUMO

A ferida neoplásica desenvolve-se a partir do crescimento do tumor, da neovascularização e invasão da membrana basal por células malignas de forma acelerada e infiltrativa, com crescimento expansivo da lesão sobre a superfície acometida. Dessa forma, cabe aos enfermeiros desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características das feridas neoplásicas e implementar cuidados específicos relacionados a elas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever o processo de cuidar de uma paciente com ferida neoplásica baseado na Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE). Trata-se de um estudo de caso clínico, utilizando o processo de enfermagem nas suas fases de histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. Foram utilizados a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o processo de cuidar baseado na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). O estudo foi realizado na Fundação Assistencial da Paraíba, com uma paciente com doença oncológica avançada apresentando ferida neoplásica estágio III. A pesquisa foi realizada a partir do roteiro para Exame Físico baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) e equipamentos utilizados para mensuração de sinais fisiológicos (Sinais vitais) e antropométricos. Foram construídos 14 (quatorze) diagnósticos de enfermagem, levando em consideração as necessidades psicobiológicas e psicossociais. Conclui-se, portanto, que o processo de enfermagem é a forma mais adequada para cuidar de pacientes com doença oncológica avançada, pois direciona uma assistência individual, sistemática e dinâmica.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica; úlcera cutânea; diagnóstico de enfermagem; processo de enfermagem.

XAVIER, V.M.A. APPLICATION OF NURSING PROCESS: A CASE STUDY WITH A PATIENT WITH WOUND NEOPLASTIC. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande. Cuité - PB, 2014.

ABSTRACT

Neoplastic wound is developed from tumor growth, neovascularization and basement membrane invasion by malignant cells and infiltrating accelerated manner with expansive growth of the lesion on the affected surface. Thus, it is for nurses to develop skills and abilities that enable them to know and identify characteristics of neoplastic wounds and implement specific care related to them. In this sense, the present study aimed to describe the process of caring for a patient with neoplastic wound based on the International Classification of Nursing Practice (ICNP). This is a clinical case study, utilizing the nursing process in its historical phases, nursing diagnosis, planning, intervention and evaluation of results. The Theory of Basic Human Needs and the process of care based on the International Classification of Nursing Practice (ICNP) have been used. The study was conducted in Welfare Foundation of Paraíba, with a patient with advanced cancer presenting wound neoplastic stage III. The survey was conducted from script to Physical Examination based on the Theory of Basic Human Needs Horta (1979) and equipment used to measure physiological signs (vital signs) and anthropometric. Fourteen (14) nursing diagnoses were built, taking into account the psychobiological and psychosocial needs. Therefore, it is concluded that the nursing process is the most appropriate way to care for patients with advanced cancer, as an individual directs assistance, systematic and dynamic.

Keywords: Oncology Nursing; skin ulcer; nursing diagnosis; nursing process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação do Estadiamento das Feridas Neoplásicas	17
-----------------	---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Feridas Neoplásicas: Características gerais.....	16
2.2 Ações básicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas.....	18
2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas.....	19
2.4 Processo de Cuidar.....	22
2.5 Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem.....	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
3.1 Tipo de pesquisa.....	26
3.2 Local da pesquisa.....	26
3.3 Universo e Amostra.....	26
3.4 Critério de Inclusão e Exclusão.....	27
3.5 Instrumento para a Coleta de Dados.....	27
3.6 Coleta de Dados.....	27
3.7 Análise dos dados.....	29
3.8 Considerações Éticas.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.1 Apresentação do Estudo de caso.....	30
4.2. Evolução de Enfermagem.....	30
4.3 Prescrição Médica.....	31

4.4 Registro Fotográfico.....	31
4.5 Processo de Enfermagem.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	51
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	52
APÊNDICE B – Roteiro para Exame físico.....	54

1 INTRODUÇÃO

O processo de carcinogênese é responsável pela proliferação celular descontrolada, em que ocorre, frequentemente, a quebra de integridade cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas da pele, causando a formação de feridas neoplásicas. Essas feridas são passíveis de tratamento, desde que o câncer esteja na fase inicial e tenha possibilidades de cura. Porém, quando o processo patológico está em fase avançada e o tratamento antineoplásico não é mais indicado, a conduta diante dessas lesões é unicamente paliativa, a fim de controlar os sintomas físicos e psicossociais (BRASIL, 2011).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou cerca de 520 mil novos casos da doença para 2012 e 2013. Em 2011, estudos apresentados por esse órgão apontaram sete localizações de câncer que entraram no *ranking* dos tumores mais frequentes do País, destacando-se a bexiga, o ovário, a tireoide (nas mulheres), o sistema nervoso central, o corpo do útero, o linfoma não Hodgkin e a laringe (nos homens). Tais estudos revelam, ainda, que os tipos de câncer mais incidentes nas regiões brasileiras são de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão (BRASIL, 2009).

Estima-se que cerca de 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvem feridas, seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos. As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida do paciente oncológico, pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido (ROCHA et al., 2002; FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

É imperativo ressaltar que os dados acima realçados soam como impacto para a equipe de Enfermagem em cuidados oncológicos, pois, no paciente com doença oncológica avançada, há probabilidade de se formarem fístulas e feridas no final da vida, em decorrência do avanço da doença ou como efeito tardio do tratamento radioterápico (FIRMINO, 2005; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

Essas feridas podem desenvolver úlceras de aspecto visual desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma deformidade corporal, provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico, o que pode provocar sensação de desamparo, humilhação e isolamento social. O cuidado com feridas neoplásicas remete o paciente à constante lembrança visível da patologia incurável, do mal prognóstico e do insucesso terapêutico curativo, indicando aproximação da morte (FIRMINO, 2005; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

As feridas neoplásicas só recebem tratamento curativo quando o câncer se encontra em estágio inicial, no entanto quando em estágio avançado, a terapêutica está relacionada ao controle dos sintomas, dentre eles a dor, o odor, a necrose, o sangramento (LEITE, 2005).

Os enfermeiros são membros indispensáveis da equipe multidisciplinar, a fim de atuar junto, agregando experiências e interesses para o benefício de pacientes com câncer e seus familiares. O enfermeiro também atua diretamente em ações de prevenção primária e secundária no conhecimento do câncer, desenvolvendo ações educativas, apoiando medidas legislativas e auxiliando diagnóstico precoce. Dessa forma, cabe aos profissionais dessa área desenvolver competências e habilidades que lhes permitam conhecer e identificar características das feridas neoplásicas e implementar cuidados específicos relacionados a elas. Nesse sentido, realizar um curativo efetivo, confortável ao paciente e esteticamente aceitável é um desafio para o enfermeiro (MATSUBARA, 2012).

Waldow (2008) afirma que na enfermagem, o cuidar compreende os procedimentos e atitudes demonstradas em ações que lhe são pertinentes e garantidas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de beneficiar as potencialidades dos pacientes para manter ou melhorar a condição humana.

Nesta perspectiva, para prestar o cuidado, o enfermeiro emprega um conjunto de conhecimentos que permite a busca de resolutividade frente às respostas dos fenômenos de saúde, relevantes à prática da Enfermagem. Para isso, o enfermeiro utiliza o Processo de Cuidar, instrumento específico para a realização do cuidado, por meio da interação entre este ator social e o paciente. Nele, as atividades do enfermeiro são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, fundamentadas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/ cuidado com o intuito de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana (WALDOW, 2006).

Apesar do Processo de Cuidar já estar sendo aceito e executado por várias instituições, precisa ser aprimorado, no sentido de ter uma linguagem unificada, sendo necessária e incontestável a adoção de sistemas de classificação para descrever e padronizar as situações da prática de enfermagem. Vale ressaltar que os sistemas de classificação permitem o processo de comunicação, a coligação de informações para o planejamento da assistência, o processo de ensino-aprendizagem profissional, o desenvolvimento de pesquisas e a prestação de cuidado com embasamento científico (LEITE, 2007).

Diante de tantas evidências, comprovando a importância e necessidade dos sistemas de classificação, podemos observar que a Enfermagem já tem alguns sistemas para algumas fases

do processo de enfermagem, a exemplo da Taxonomia Internacional da Nanda (NANDA-I), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification – NIC), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC), e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

A primeira motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu mediante vivência em estágio extracurricular em um setor de oncologia, onde pude ter contato com pacientes com doença oncológica avançada e que apresentavam feridas neoplásicas, e pude observar o quão é incipiente a condução do processo de cuidar estes pacientes. E é com base nesse caminhar que me despertou o interesse de trabalhar minha monografia, buscando resposta para o questionamento: como é realizado o processo de cuidar de pacientes com feridas neoplásicas, utilizando-se a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE)?

Considerando a pertinência deste questionamento, o presente estudo teve como o objetivo geral descrever o processo de cuidar de uma paciente com ferida neoplásica baseado na CIPE.

Como objetivos específicos:

- Instigar os diagnósticos de enfermagem relacionados a um paciente com doença oncológica avançada com ferida neoplásica;
- Elaborar resultados esperados para os diagnósticos mais frequentes (prioritários);
- Traçar intervenções de enfermagem para os diagnósticos representados.

A aplicação do processo de enfermagem deste estudo possibilitará aos enfermeiros no campo prático desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da CIPE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Feridas Neoplásicas: Características gerais

O câncer é tido como um dos fatores preponderantes na mudança do perfil epidemiológico de adoecimento no Brasil, isto pode ser atribuído dentre outros eventos ao aumento da exposição a agentes cancerígenos, prolongamento da expectativa de vida bem como o envelhecimento populacional. A mudança no estilo de vida da população nas últimas décadas tem-se mostrado um fator contribuinte relevante para os elevados índices populacionais acometidos por esta comorbidade, configurando-o como um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

O câncer é definido pelo Ministério da Saúde (2013) como um conjunto de mais de cem doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Matsubara (2012) define-o como uma doença genética, atrelada a danos ao material genético provocando alterações nos genes normais.

A ferida neoplásica desenvolve-se a partir de três eventos: crescimento do tumor, que irá ocasionar quebra da integridade da pele, neovascularização e invasão da membrana basal por células malignas de forma acelerada e infiltrativa, com crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida; como resultado de um câncer avançado de pele ou em casos de metástases, podem ulcerar, evoluindo para a formação de uma cratera ulcerativa, comumente associada com carcinoma de células escamosas ou melanoma. Dependendo de sua localização, pode invadir e destruir estruturas internas e formar fístulas (POLETTI et al., 2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

As denominações mais comuns das feridas neoplásicas são: feridas ulcerativas malignas, caracterizadas pela formação de úlceras e crateras rasas; feridas fungosas malignas ulceradas, devido à união do aspecto vegetativo e apresentação de partes ulceradas; feridas fungosas malignas ou feridas neoplásicas vegetantes, quando são semelhantes à couve-flor (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

Geralmente, os pacientes com câncer apresentam deficiência nutricional, o que concorre para uma deficiência de aminoácidos, suprimento de energia diminuído e oxigênio comprometido, prejudicando a produção de fibroblastos para a contração tecidual, o que contribui para que as feridas neoplásicas não cicatrizem (GOMES; CAMARGO, 2004). Além disso, as feridas neoplásicas apresentam outras características importantes, como sangramento, exsudação intensa, prurido e presença de um odor característico. Alguns

eventos estão ligados ao crescimento das células tumorais, como o sangramento, causado pela ruptura de capilares e vasos, além de diminuição na função plaquetária no tumor a tratamentos como a radioterapia e por traumas durante a remoção do curativo (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

A oclusão dos vasos sanguíneos, devido à pressão causada pelo crescimento tumoral, reduz a difusão do oxigênio, provocando hipóxia, o que leva à proliferação de bactérias aeróbias e anaeróbias que, por sua vez, liberam ácidos graxos voláteis, como o ácido acético e o caproico, e gases putrecina e cadaverina, que produzem um odor fétido (POLETTI et al.,2002; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

O crescimento agressivo do tumor leva a um processo inflamatório, por meio do qual ocorre a liberação de histaminas, responsáveis pelo prurido ao redor da ferida, cuja exsudação pode ser atribuída à hiperpermeabilidade ao fibrinogênio e plasma pelo tumor; produção de fatores de permeabilidade vascular aumentada pelo tumor e aumento de bactérias anaeróbias confinadas na superfície da lesão que, quando infectadas, liberam larga quantidade de exudato fibroso (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

Nesta perspectiva, o Quadro 01 demonstra o estadiamento das feridas neoplásicas, a fim de efetivar melhor a avaliação e o tratamento.

Quadro 1. Descrição do estadiamento classificatório das feridas neoplásicas

Estádio 1 – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.

Estádio 1N – Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

Estádio 2 – Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis à manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exhibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.

Estádio 3 – Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e

tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

Estádio 4 – Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Têm profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exhibe coloração avermelhada, violácea. O leito é predominantemente de coloração amarelada.

FONTE: Haisfield-Wolfe, Baxendale-Cox. Staging of Malignant Cutaneous Wounds: a pilot study. NOS, 26 (6): 1055-56, 1999.

É sobremaneira importante enfatizar a relevância do conhecimento do enfermeiro sobre as propriedades, as características e a classificação das feridas neoplásicas, o que subsidiará, de forma concreta, o tratamento e o planejamento das ações de enfermagem, considerando-se os recursos humanos e materiais disponíveis e necessários, bem como o desenvolvimento de ações educativas direcionadas ao paciente e ao cuidador. Esses aspectos promoverão uma melhoria significativa em sua condição física, psicológica e social.

2.2 Ações básicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas

A primeira ação específica de enfermagem direcionada ao paciente com ferida neoplásica é a avaliação da lesão, que exige do enfermeiro habilidade cognitiva para julgamento clínico com base em experiência prática e testes objetivos, na história fornecida pelo paciente ou por seu cuidador e na observação do profissional. Deve-se avaliar a ferida quanto a sua apresentação, localização, tamanho, coloração, quantidade de secreção, grau de odor, presença de sangramento, fístulas, tuneilizações, prurido e dor. Nesse contexto, é importante classificá-la de acordo com o estadiamento de lesões tumorais (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012; YAMASHITA; KURASHIMA, 2012).

O planejamento do cuidado deve ser centralizado no paciente e partir da premissa de que é fundamental proporcionar-lhe conforto, ou seja, fazer palição dos sintomas para melhorar sua qualidade de vida (LEITE, 2007).

A implementação do tratamento proposto deve respeitar as consequências físicas e psicológicas causadas pela ferida, promovendo cuidados individualizados, que supram os desejos do paciente e que provoquem mínima alteração em seu estilo de vida (LEITE, 2007).

A limpeza da ferida é o primeiro passo da terapêutica tópica. Para isso, vale ressaltar as intervenções básicas de enfermagem, tais como: limpar a ferida para remover, superficialmente, bactérias e desbridamento; conter ou absorver exsudato; eliminar espaço morto com produtos tópicos específicos; eliminar a adesão de gazes às bordas ou superfície da ferida; manter o leito da ferida úmido; promover curativos com boa aparência; empregar técnica cautelosa visando analgesia; retirar as gazes anteriores com irrigação abundante; irrigar o leito da ferida com jato de seringa de 20 ml, com agulha de diâmetro de 40x12; utilizar luvas estéreis; proteger o curativo com saco plástico, durante o banho de aspersão, e abri-lo para troca somente no leito, para evitar a dispersão de bactérias no ambiente (GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

As orientações sobre os cuidados com a ferida devem ser oferecidas ao paciente e ao cuidador, incluindo produtos a serem utilizados, periodicidade de troca de curativos e possíveis complicações. O enfermeiro deve realizar o curativo na presença do cuidador, para que ele possa observar e, num segundo momento, supervisionar a execução do curativo esclarecendo eventuais dúvidas (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; MATSUBARA, 2012).

O registro é fator importante na avaliação das feridas neoplásicas. Deve ser preciso e detalhado para a obtenção de parâmetros de comparação em situações posteriores, avaliando-se a eficácia do tratamento e a satisfação do paciente. Devem ser documentadas todas as intervenções, incluindo a avaliação da ferida, a educação realizada com o paciente e/ou cuidador, especificando os pontos de dificuldades de entendimento, habilidades e resultados obtidos (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007).

2.3 Ações específicas de enfermagem no cuidado com as feridas neoplásicas

Os aspectos psicológicos devem ser tratados com atenção especial, pois o paciente portador de ferida neoplásica apresenta degradação da imagem, fica afastado do convívio familiar e social, devido ao odor proveniente da lesão, e cultiva uma lembrança constante da progressão da doença relacionada a essa problemática. Esses fatores promovem melancolia, revolta e depressão, que contribuem para que piore o estado clínico geral (LEITE, 2007; FERREIRA et al., 2009).

A dor do paciente oncológico portador de ferida neoplásica é um dado peculiar a ser investigado. Devem ser avaliados tanto os fatores físicos responsáveis pela gênese da dor quanto os fatores psicológicos. É pertinente encorajar o paciente a falar sobre seu quadro

álgico, descrever a sensação dolorosa, sua localização, temporalidade e intensidade (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007).

As ações específicas no controle da dor são: monitorar e registrar o nível de dor pela Escala Visual Analógica (EVA); registrar a analgesia empregada; considerar o uso de gelo e de opioides; planejar o curativo e sua troca de acordo com a necessidade de analgesia prévia ou o uso de sedativos; aplicar gazes embebidas em hidróxido de alumínio; considerar o uso de lidocaína 2%; empregar técnica cautelosa sem esfregação do leito ulceral; retirar os adesivos cuidadosamente com o uso de éter; irrigar o leito ulceral com água destilada ou soro fisiológico a 0,9% e aplicar óxido de zinco nas bordas e ao redor da ferida; reavaliar a necessidade de se alterar o esquema analgésico prescrito antes e depois do curativo; considerar a necessidade de antiinflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia, em conjunto com a equipe médica, e comunicar à equipe médica os casos de sofrimento álgico que fogem ao controle da conduta preconizada (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; SILVA; PAZOS, 2005; LEITE, 2007).

O controle do exsudato é importante pelos seguintes fatores: diminui o odor, protege a pele sadia perilesional, aumenta o conforto do paciente e melhora sua autoestima. O exsudato pode ser controlado com curativos absorptivos, tais como: hidrogel amorfo, carvão ativado, alginato de cálcio, zobec como cobertura secundária e uso de antibioticoterapia. A pele periferida, muitas vezes, torna-se macerada pelo contato constante com a secreção, por isso é recomendada a aplicação de vitamina A+D em forma de pomada, a fim de proteger a pele. É preciso, também, atentar para a necessidade de se colher secreção para a cultura, registrar o procedimento, aguardar o resultado e comunicar à equipe médica para a avaliação (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No que se diz respeito ao controle do prurido, o primeiro passo é investigar a causa. As ações específicas para o controle do prurido são: aplicar dexametasona creme 0,1% no local referido; se o prurido for persistente, avaliar, junto com a equipe médica, a necessidade de terapia sistêmica; inspecionar o local, atentando para os sinais de candidíase cutânea ao redor da ferida. Nesses casos, deve-se aplicar pomada sulfadiazina de prata 1% (POLETTI et al.,2002; FIRMINO, 2005; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

A infecção da ferida por microorganismos anaeróbios e tecido desvitalizado causam o odor fétido, descrito como o sintoma que mais causa sofrimento, em decorrência da sensação de enojamento e isolamento social que imputa o paciente. No entanto, o odor é minimizado

utilizando-se antibiótico sistêmico (SILVA; PAZOS, 2005; OLIVEIRA; POLES, 2006; FERREIRA et al., 2009).

O controle do odor é descrito de acordo com o grau de classificação. No odor grau I (sentido ao se abrir o curativo), deve-se proceder à limpeza com soro fisiológico 0,9% e realizar antisepsia com hipoclorito de sódio ou polivinil pirrolidona iodo (PVPI); retirar o antisséptico e manter gazes embebidas de hidróxido de alumínio no leito da ferida. Outras opções de tratamento são: aplicação de sulfadiazina de prata e/ou carvão ativado envolto de gaze umedecida com soro fisiológico 0,9% e oclusão da ferida com gaze embebida em vaselina líquida (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No odor grau II (sentido sem se abrir o curativo), deve-se proceder à limpeza da ferida e realizar antisepsia e irrigá-la com solução de metronidazol (1 comprimido de 250mg diluído para 250ml de soro fisiológico 0,9%). Se o tecido necrótico estiver endurecido e houver necessidade, realizar escarotomia e aplicar comprimidos secos e macerados sobre a ferida, ocluindo com gaze embebida em vaselina líquida. A solução pode ser substituída pela pomada vaginal de metronidazol, gel 0,8% ou solução injetável diluída na proporção 1/1 (100 ml da droga diluída em 100 ml de soro fisiológico 0,9%) (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No odor grau III (fétido e nauseante), deve-se considerar emergência dermatológica; seguir os passos no controle de odor graus I e II e considerar, junto com a equipe médica, a possibilidade de se associar o uso de metronidazol sistêmico endovenoso ao uso tópico. Posteriormente, pode-se seguir com o uso sistêmico via oral, porém mantendo o uso tópico (POLETTI et al.,2002; GOMES; CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA,2012).

Para controlar o sangramento, deve-se aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes; considerar a aplicação de soro fisiológico 0,9% gelado; curativos à base de colágeno hemostático, alginato de cálcio, ácido tranexâmico ou adrenalina, solução injetável topicamente sobre a ferida em seus pontos sangrantes; manter o curativo meio úmido, para evitar a aderência de gazes no sítio ou na superfície e nas bordas da lesão; verificar, com a equipe médica, a possibilidade de iniciar: coagulante sistêmico, intervenção cirúrgica, radioterapia anti-hemorrágica, sedação paliativa para casos de sangramento intenso, desespero do paciente e avaliar a necessidade de hemotransfusões (POLETTI et al.,2002; GOMES;

CAMARGO, 2004; FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012).

No que concerne ao controle das fístulas, deve-se proceder com a aplicação de óxido de zinco na pele ao redor da ferida; aplicar hioscina tópica nas fístulas de baixo débito; considerar o uso de esteroides tópicos (se houver inflamação); ponderar o uso de bolsas nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele e realizar curativo absorvivo como carvão ativado e/ou alginato de cálcio, com gaze do tipo 'zobec' como cobertura secundária (FIRMINO, 2005; LEITE, 2007; SANTANA; MATSUBARA; VILLELA, 2012). Em se tratando do controle da necrose, avaliam-se as necessidades de desbridamento e o status do paciente (FIRMINO, 2005; MATSUBARA, 2012).

É notório, que, à medida que se aproxima o fim da vida, as feridas neoplásicas passam a exacerbar sinais e sintomas, causando estresse físico e psicológico ao paciente, aos cuidadores, aos familiares e aos profissionais de saúde. Portanto, é preciso controlá-los, o que justifica a implementação de cuidados paliativos, cuja meta é a qualidade de vida.

2.4 Processo de Enfermagem

O ser humano é um ser de cuidado, já nascemos com este potencial, assim, todas os indivíduos são capazes de cuidar e precisam ser igualmente cuidados. Entretanto, esta aptidão será mais ou menos desenvolvida de acordo com as circunstâncias, variando de pessoal para pessoa de acordo como foram cuidadas durante as fases da vida. Diversos fatores interferem neste processo como exemplo: ambiente, cultura, economia, política, religião entre outros. (WALDOW, 2008).

Cuidar de alguém significa velar pela sua autonomia, desenvolver suas capacidades e não opor ou ir contra suas decisões livres e responsáveis. Em sua história, a enfermagem tem sido associada ao termo cuidar, assim como ao termo assistir (WALDOW; BORGES, 2008).

A Enfermagem é conhecida como a arte do cuidar, pois ela tem sido relacionada ao termo cuidar e ao termo assistir. O cuidar em enfermagem implica um movimento em direção a algo ou alguém por motivos de preocupação; o cuidar é portanto uma ação que possui direcionalidade concreta e determinada, não sendo necessariamente uma técnica a ser realizada a um paciente mais sim a preocupação, o interesse, a motivação que são expressas no movimento (WALDOW, 2008).

Então, na Enfermagem entende-se que processo de cuidar compreende todas as atividades desenvolvidas pelo cuidador para com o indivíduo a ser cuidado com bases em

conhecimento cinético, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhados de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de manter ou recuperar a saúde como um todo (WALDOW, 2008).

O processo de cuidar é uma conduta deliberada de resoluções de problemas para atender às necessidades de enfermagem e de cuidados de saúde dos indivíduos, sendo evidenciado de diversas maneiras por diferentes autores, os componentes comuns citados são histórico, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação (SMELTZER et al, 2013).

As etapas tradicionais que compreende o processo de enfermagem são definidas da seguinte forma (SMELTZER et al., 2013):

- Histórico: é a etapa inicial do processo de enfermagem e consiste na coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais; esta etapa é vital para o processo de enfermagem e constitui base para as demais etapas;

- Diagnóstico de enfermagem: é definido como um julgamento clínico acerca das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou potenciais de saúde ou processos de vida; constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para que se encontrem os resultados pelos quais a enfermagem é responsável;

- Planejamento de enfermagem pode ser descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o paciente; envolve metas e objetivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais;

- A implementação é a realização do plano de cuidados por meio de prescrições de enfermagem;

- Avaliação é a estimativa das modificações comportamentais do cliente/paciente resultante das ações de cuidado; apesar da avaliação ser considerada a fase final, ela frequentemente não termina o processo, pois esta etapa pode levar a reinvestigação, replanejamento, que pode resultar em um novo processo de enfermagem, não na sua integridade, mas em parte dele onde não houveram mudanças comportamentais significativas às ações planejadas ou implementadas.

2.5 Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem

Atualmente, os sistemas de classificação existentes contribuíram para proporcionar autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aperfeiçoaram a

construção e utilização do corpo próprio de conhecimento da enfermagem e excitando os estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado. Estes fatores assinalaram o imperativo de sistemas de classificação da prática profissional que descrevessem os dados mínimos para a prática de enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Segundo Cubas; Silva; Rosso (2010) tendo em vista vários modelos de classificação existentes, então Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul, Coréia em 1989, viu a necessidade de desenvolvimento de um sistema classificatório internacional que mais tarde denominou-se de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem–CIPE®. Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem–CIPE®. Isso leva ao favorecimento da qualidade da assistência e ao reconhecimento da profissão em todo o mundo, mediante a padronização de sua linguagem (NÓBREGA, 2011).

A CIPE® é um protocolo de linguagem unificado da Enfermagem, com uma terminologia funcional para sua prática. Um de seus objetivos é homogeneizar vocabulários locais com nomenclaturas existentes mundialmente, como parte de uma infraestrutura de informação da Enfermagem, para aperfeiçoar a assistência à saúde da população. Além de estabelecimento de uma linguagem comum para a prática da enfermagem, uma reprodução de conceitos e descrição de cuidados empregados na prática local e mundial. Desta forma, permite à comparação de dados, estimula a pesquisa, ampara no ensino e poderá projetar disposições das necessidades dos pacientes (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Ter em vista o constante aprimoramento da CIPE®, sua composição passou por atualizações a partir das contribuições de enfermeiros de todo o mundo, durante o período de 1996 a 2009, totalizando, seis versões da CIPE®. Vale ressaltar que a contribuição brasileira à classificação foi coordenada pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, que assumiu o compromisso de desenvolver o projeto da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, mostrando termos relacionados à prática da profissão na área de atenção primária, tendo a versão Beta da CIPE® como base de organização (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Atualmente ao apresentar a trajetória das seis publicações da CIPE® verificou-se que vários processos de revisões e avaliações foram realizados, com a finalidade de promover progressos e torná-la de fácil manejo, utilização e preservação. A CIPE® versão 2.0 foi divulgada, em julho de 2009, durante o Congresso do ICN, em Durban, na África do Sul. Ela possui mais de 400 novos conceitos em sua composição, resultantes do trabalho coordenado

pelo Conselho no sentido de garantir a consistência e precisão da classificação. Em 2007, o Brasil, representado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, propôs e obteve sua aceitação como um dos Centros acreditados pelo CIE. Além do Brasil, existem mais quatro Centros acreditados no mundo: um de países de língua alemã; um no Chile; e dois nos Estados Unidos (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caso clínico, utilizando o processo de enfermagem nas suas fases de histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. Foram utilizados a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o processo de cuidar baseado na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE).

O estudo de caso pode ser definido como um estudo delimitado com a exploração de um sistema, obtido a partir de uma coleta de dados detalhada, envolvendo varias fontes de informação (GIL, 2010). Estes são apropriados para serem aplicados na assistência direta de enfermagem, com a finalidade de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter os problemas encontrados (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

Este tipo de pesquisa foi escolhido pelo fato de proporcionar interação entre o pesquisador com o sujeito/objeto da análise, desencadeando a melhor captação da realidade para a edificação de novas informações.

3.2 Local da pesquisa

O local da implementação do processo foi uma unidade de oncologia clínica de um hospital filantrópico de Campina Grande – PB, no período de maio a junho de 2014. A Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) é uma instituição filantrópica, localizada no município de Campina Grande na Paraíba, que atende a pacientes com doença oncológica. Esta fundação oferece à sociedade serviços oncológicos (radioterapia, ambulatório do câncer, oncologia clínica, cirurgia oncológica e quimioterapia), serviços gerais (raios x, ultrassonografia, mamografia, intensificador de imagem e endoscopia digestiva) e serviços de apoio (Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia hospitalar, serviço social, humanização na radioterapia, farmacovigilância).

3.3 Universo e Amostra

Segundo Gil (2010), a população engloba informações sobre do universo que será estudado. Nesta óptica, a população compilada para este estudo foi composta por pacientes com doença oncológica avançada com ferida neoplásica. internada no setor da clínica

oncológica da Fundação Assistencial da Paraíba, localizada no município de Campina Grande no estado da Paraíba.

Ainda na concepção de Gil (2010), amostra é uma porção, criteriosamente selecionada da população; é um subconjunto do universo. Seu tamanho se refere à quantidade de pessoas que irá participar do estudo. A amostra foi composta por uma paciente com doença oncológica avançada com ferida neoplásica em mama esquerda grau III interna na Clínica Oncológica da FAP.

3.4 Critério de Inclusão e Exclusão

Neste sentido, para a participação desta pesquisa foi utilizado como critérios de inclusão: ser paciente com doença oncológica avançada e apresentar ferida neoplásica; e como critérios de exclusão: pacientes menores de 18 anos e em regime ambulatorial.

3.5 Instrumento para a coleta dos dados

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Dessa forma, a pesquisa foi realizada a partir do roteiro para Exame Físico baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979) e equipamentos utilizados para mensuração de sinais fisiológicos (Sinais vitais) e antropométricos.

3.6 Coleta de Dados

No preenchimento do histórico, realizou-se o levantamento dos dados por meio do exame físico e consulta ao prontuário, a fim de coletar dados para identificar os diagnósticos de enfermagem. Na implementação do histórico, não foi possível realizar anamnese pelo nível de consciência da paciente e ausência de representantes da família.

O diagnóstico de enfermagem é a segunda fase do processo, em que pelos dados coletados, são identificados os fenômenos de enfermagem. Estes foram apontados por meio da identificação das Necessidades Humanas Básicas afetadas e do julgamento clínico mediante esta investigação.

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizamos o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico estabelecido por Risner (RISNER, 1986). A fase inicial compreende a análise e a síntese dos dados obtidos a partir do exame físico e entrevista, enquanto que a fase seguinte (ou fase 2), caracteriza-se pelo estabelecimento do diagnóstico propriamente dito.

No período de análise, entendida como a separação dos dados e exame crítico por parte do examinador/ diagnosticador, este percorre dois passos: categorização dos dados e identificação dos indicativos divergentes ou lacunas. Durante a categorização dos dados ou da sua organização lógica, dos mesmos, o enfermeiro pode empregar diferentes modelos conceituais ou concepções teóricas que o subsidiem. A identificação de dados incompletos ou das lacunas evidencia que estes devem ser revisados cuidadosamente, evitando assim erros diagnósticos.

Ainda na fase inicial, o enfermeiro realiza a síntese dos elementos encontrados, ou seja, é o processo de raciocínio no qual a conclusão é diretamente obtida das proposições dadas e princípios estabelecidos. Nesta fase foram desenvolvidas as seguintes atividades: agrupamento das evidências em padrões, de acordo com o referencial teórico escolhido, o que facilitou o raciocínio para o julgamento clínico; comparação dos padrões a teorias, modelos, normas e conceitos; inferências ou hipóteses, sendo a fase de julgamento clínico propriamente dito; proposição, causas ou relação é a conclusão do período de síntese, sendo identificados os fatores que influenciam e contribuem para as alterações inferidas.

A fase 2 ou estabelecimento do diagnóstico propriamente dito, é definida estruturalmente pelo título do diagnóstico ou problema de saúde inferido pelo enfermeiro, pelo fator relacionado ou etiológico e pelas características definidoras, que são os dados objetivos e subjetivos agrupados a evidenciarem os diagnósticos de enfermagem.

Na identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizamos o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico, estabelecido nas seguintes etapas: agrupamentos dos dados e comparação dos padrões a teorias e normas (RISNER, 1986). O julgamento clínico e o conhecimento do enfermeiro aplicado a qualquer tratamento têm como finalidade otimizar os resultados obtidos pelo paciente (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Para a elaboração dos diagnósticos empregamos o livro de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para Clientes Hospitalizados nas Unidades Clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba utilizando a Classificação Internacional de Práticas da Enfermagem (NÓBREGA, 2011).

Após conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, foram elaboradas intervenções com esta definição: é o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979).

3.7 Análise dos Dados

A análise dos dados foi baseada na literatura pertinente relacionada à avaliação e tratamento das feridas neoplásicas disposto no Protocolo do Instituto Nacional Câncer (2011) e por meio da CIPE.

3.8 Considerações éticas

O estudo obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, recomendados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Que preza, principalmente pelo anonimato e sigilo das informações colhidas. Na qual trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia, defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo que danos previsíveis serão evitados e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – PB, sob o CAAE 13341413.0.0000.5182.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Apresentando o Estudo de caso

M. S. R. A de 72 anos de idade, casada, mãe de 11 filhos, com diagnóstico de câncer de colo de útero (carcinoma invasivo de células claras) após um ano evoluindo para metástase em região intestinal e posteriormente para a região mamária esquerda com biópsia de ductal invasivo grau 2 nuclear e ferida neoplásica na mama esquerda grau III.

O diagnóstico inicial foi em dezembro de 2011, no entanto no período de fevereiro a abril de 2012, a paciente foi submetida a 28 sessões de radioterapia e logo em seguida no período subsequente, ou seja, de maio a junho do mesmo ano, a paciente foi submetida ao tratamento braquiterápico com alta taxa de dose de microselectron HDR tendo recebido 3000 eGy em 4 inserções de 750 eGy. Então, foram repetidos novos exames para avaliar o resultado do tratamento e houve necessidade de acrescentar mais 25 sessões de radioterapia, as quais foram realizadas no período de março a maio de 2013. Em junho do mesmo ano, no dia 13/06/2013 a paciente foi submetida a Transversostomia em alça para desvio do trânsito intestinal, pois os exames de imageamento detectaram alargamento e aterosclerose da aorta.

A paciente recebeu três transfusões de concentrado de hemácias em julho de 2014, devido aos vários procedimentos submetidos, desenvolvendo assim uma anemia e uma ferida neoplásica na região da mama esquerda que surgiu em janeiro de 2014 com pequenas lesões, se estendendo a grau III.

4.2 Evolução de Enfermagem

Paciente evolui com estado geral grave, consciente, desorientada auto e alopsiquicamente, acamada, não verbaliza, higiene oral e corporal preservadas, sono e repouso prejudicados por relato verbal da acompanhante, turgor e elasticidade da pele diminuídos, hipocorada, edema de membros superiores e inferiores +3/+4, apresentando ferida neoplásica estágio III em região torácica na mama esquerda, medindo 25 cm (altura), 30 cm (comprimento), com odor grau II. Ao exame físico: SR: Dispneica, taquipneica, expansibilidade torácica bilateral preservada, murmúrios vesiculares diminuídos, sem ruídos adventícios. SCV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros. SGI: Presença de Sonda Nasogástrica aberta, drenando secreção de coloração escura, abdômen globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroáereos nos quatro quadrantes, com bolsa de colostomia no quadrante superior esquerdo, apresentando débito de coloração e odor característicos. SGU:

Presença de Sonda Vesical de Foley, com débito de 300 ml, de coloração e odor característicos.

Aos sinais vitais:

Frequência Respiratória: 22 irpm; Frequência Cardíaca: 74 bpm; Pulso: 74 bpm; Pressão Arterial: 110x70mmHg; Temperatura: 36,2°C e Dor: Mensurada através de expressão facial em escala numérica de 0 a 10, 5 devido a analgesia.

4.3 Prescrição Médica

- 1 - Dieta Por Sonda Nasogástrica
- 2 - Soro Ringer Lactato 500 ml Endovenoso 6/6 h
- 3 - Omeprazol 40 mg Endovenoso 1x dia
- 4 - Ciprofloxacino 400 mg Endovenoso 12/12 h
- 5- Dimorf 10 mg + 100 ml Soro Fisiológico Endovenoso 6/6 h
- 6- Dipirona 1 amp. Endovenoso 6/6 h
- 7- Digesan 1 amp. Endovenoso /6 h
- 8- Captopril 25 mg Via Oral 8/8 h
- 9- Oxigênio 2 Litros por minuto úmido e continuo
- 10- Soro Glicosado 5% 1000 ml 24 h
- 11- Complexio B associado a Vitamina C Endovenoso de 8/8 h

4.4 Registro Fotográfico



Fonte: Arquivos fotográficos dos autores, 2014.



Fonte: Arquivos fotográficos dos autores, 2014.

4.5 Processo de Enfermagem

Os dados apresentados trazem os Diagnósticos de Enfermagem e as intervenções de enfermagem propostas e os resultados esperados. A elaboração de diagnósticos de enfermagem é um processo complexo que envolve o comportamento humano relacionado à saúde (LUNEY, 2004).

As atividades propostas foram uma junção das atividades realizadas pelas enfermeiras da referida instituição onde o estudo foi desenvolvido e das propostas adotadas pela CIPE. Esta classificação é ampla e padroniza as intervenções realizadas pelos enfermeiros, podendo ser utilizada em todo o âmbito da saúde (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Apresentamos os Diagnósticos de Enfermagem, as intervenções e os resultados esperados propostos pela CIPE:

4.5.1 Necessidades Psicobiológicas - Oxigenação

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Dispneia (grau I).
- ✚ **Intervenções de Enfermagem:** Avaliar os sinais de cianose; Avaliar padrão respiratório; Manter a cabeceira de cama elevada; Manter ambiente calmo; Manter ou elevar decúbito do leito na posição de Fowler; Monitorar a administração de oxigênio; Monitorar a frequência e o ritmo respiratório; Monitorar a utilização da musculatura

acessória; Monitorar o padrão respiratório; Monitorar os sinais vitais; Verificar sinais de cianose.

✚ **Resultado Esperado:** Paciente apresente saturação periférica de oxigênio em 94%.

✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Troca de gases prejudicada.

✚ **Intervenções de Enfermagem:** Auxiliar na punção arterial para exames diagnósticos; Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas; Manter as vias aéreas permeáveis; Manter elevação da cabeceira do leito a 90°; Monitorar o nível de consciência, da pressão arterial, do pulso, da temperatura e do padrão respiratório; Monitorar o batimento das aletas nasais, das retrações torácicas e cianose; Observar e estadiar o declínio do nível de atenção ou consciência; Proporcionar apoio emocional.

✚ **Resultado Esperado:** Paciente apresente saturação periférica de oxigênio em 94%.

A necessidade de oxigenação compreende atividades básicas relacionadas à ventilação, difusão de gases e transporte de oxigênio dos capilares pulmonares para as células. A respiração é a troca de oxigênio e dióxido de carbono durante o metabolismo celular, as vias respiratórias do pulmão transferem oxigênio da atmosfera para o alvéolo, onde o oxigênio é trocado por dióxido de carbono (POTER; PERRY, 2013).

Segundo Potter e Perry (2013), há vários fatores que afetam a oxigenação dentre eles a redução de hemoglobina em decorrência de anemia. Nesse sentido, a paciente apresentava anemia, patologia detectada pelos exames laboratoriais, cujos resultados evidenciavam níveis de hemoglobina, hemácias e hematócrito abaixo dos considerados normais. Outro aspecto merecedor de atenção e que é fator influenciador na determinação da ventilação-perfusão foram os processos metastáticos ocorridos nas regiões pulmonares e nas regiões da musculatura acessória respiratória, evidenciados pelos exames de imagem.

A oxigenoterapia tem o objetivo de evitar ou aliviar a hipóxia por fornecimento de concentrações maiores de que o ar ambiente que é 21%. O oxigênio é um gás medicinal e deve ser utilizado de acordo com a necessidade do paciente e de acordo com a prescrição médica, pois este tem efeitos colaterais perigosos devendo ter suas dosagens ou concentrações monitoradas continuamente. Assim, o enfermeiro deve ficar atento às prescrições e ter um senso crítico no sentido de avaliar e verificar se a quantidade de oxigênio ofertado atende às necessidades do paciente (SMELTZER et al., 2013).

Desta forma, a paciente estava em uso de cânula nasal, que é um dispositivo simples e confortável usado para liberação precisa de oxigênio, na qual duas peças nasais são

ligeiramente curvas e inseridas nas narinas da paciente; fornecendo oxigênio umidificador que varia de acordo com a quantidade de litros prescrito para o paciente (POTER; PERRY, 2013).

4.5.2 Necessidades Psicobiológicas - Hidratação

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Edema (membros superiores e inferiores).
- ✚ **Intervenções de Enfermagem:** Aferir os sinais vitais e avaliar os parâmetros hemodinâmicos invasivos se estiverem disponíveis; Avaliar as condições da pele e a perfusão; Avaliar e registrar a evolução e a localização do edema; Avaliar o grau de edema periférico; Avaliar necessidade de restrição hídrica; Investigar a causa do edema; Manter extremidades inferiores elevadas; Manter o cuidado com a pele; Medir o débito urinário; Proteger a pele edemaciada de lesões e oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário; Proteger o membro edemaciado contra lesões; Registrar a ingestão/perda com precisão e calcular o balanço hídrico.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente apresente redução do edema em sete dias.

Para Chemin e Mura (2011), a água representa o composto mais abundante de todos os tecidos, sendo o adiposo o que apresenta a menor quantidade de água, quando confrontado aos demais. No organismo humano, a água corporal total representa cerca de 60% do peso corporal de um indivíduo adulto saudável; sua totalidade varia de acordo com suas características, como idade, gênero e composição corporal. A água total encontrada no corpo humano encontra-se disseminada em dois diferentes compartimentos, tais são: o intracelular, formando o líquido intracelular (LIC), e o extracelular, formando o líquido extracelular (LEC).

Neste sentido, o edema é definido como o acúmulo de líquido no espaço intersticial. Para que o edema ocorra em um indivíduo, necessita haver uma quebra dos mecanismos que controlam a distribuição do volume de líquidos no meio intersticial. Esta desregulação pode ser localizada e abrange somente os fatores que influenciam o fluxo de fluido ao longo do leito capilar, ou, ainda, pode ser secundária às alterações dos mecanismos de controle do volume do compartimento extracelular e do líquido corporal total, o que, na maioria das vezes, ocasiona edema generalizado (COELHO, 2004).

Diante do exposto, a equipe de enfermagem viu a necessidade de traçar diagnóstico que contemplasse intervenções de controle de ingestão e débito de líquidos, proporcionando conforto a paciente, prevenindo lesões e auxiliando no tratamento médico.

4.5.3 Necessidades Psicobiológicas - Nutrição

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Estado nutricional alterado
- ✚ **Intervenções de Enfermagem:** Adequar a dieta ao estilo de vida do paciente; Averiguar a existência de alguma alteração na cavidade oral; Informar à paciente quanto à importância da nutrição; Monitorar a ingestão da dieta; Registrar a ingestão e/ou a aceitação alimentar; Solicitar avaliação nutricional.
- ✚ **Resultado Esperado:** Adaptação total a nutrição enteral.

Segundo Chemin e Mura (2011) atualmente estima-se que 30% dos cânceres acometidos no Brasil estejam diretamente ligados à natureza da alimentação dos indivíduos. Esse percentual pode parecer surpreendente, pois os alimentos que ingerimos todos os dias não nos parecem constituir um fator de risco tão importante quanto o tabagismo. Entretanto, as mudanças do regime alimentar têm um forte impacto sobre a incidência de cânceres.

As indicações para administração de dieta por sonda nasogástrica/nasoenteral são utilizadas para infundir nutrientes e aquelas utilizadas para drenagem de secreções digestivas. As sondas de polivinil devem ser utilizadas somente para drenagem gástrica e por períodos inferiores à 30 dias. O uso de sondas enterais com a finalidade de administração de alimentos precisa ser feito sempre que houver contraindicação ou impossibilidade de se utilizar a via oral fisiológica (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

A nutrição enteral fornece nutrientes para o trato gastrointestinal e é o método preferido para atender às necessidades nutricionais de um indivíduo que se encontra incapaz de ingerir nutrientes por via oral. Os pacientes com dieta enteral recebem fórmulas via sonda nasogástrica, jejunal ou gástrica. A alimentação por sonda geralmente é iniciada na dosagem máxima a taxas lentas e aumentando a taxa horária a cada 8 a 12 horas conforme prescrição médica se não houver sinais de intolerância (POTER; PERRY, 2013).

Um dos principais cuidados de enfermagem relacionados a pacientes que estão submetidos à alimentação enteral é a aspiração da fórmula para a árvore traqueobrônquica, ocasionando irritação da mucosa brônquica, resultando em diminuição do fornecimento de sangue para o tecido pulmonar afetado e como consequência pode levar a uma pneumonia e potencial formação de abscessos (POTER; PERRY, 2013).

Em se tratando da paciente em tela, a mesma fazia uso de sonda nasogástrica, pois apresentava anorexia. No entanto, dias após a dieta, a paciente começou a apresentar débito de

líquido gastrintestinal de coloração escura, o que levou à equipe médica e de enfermagem suspender a dieta e deixar a sonda aberta para drenagem.

4.5.4 Necessidades Psicobiológicas - Eliminação

✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Eliminação intestinal prejudicada.

Intervenções de Enfermagem: Monitorar a ingestão da dieta; Monitorar as eliminações intestinais, quanto à frequência, à consistência, ao volume, à cor e ao odor; Monitorar os ruídos hidroaéreos; Trocar a bolsa de colostomia de acordo com protocolo da instituição, realizar o esvaziamento da bolsa de colostomia sempre que necessário; Monitorizar quanto às complicações, como vazamento no local anastomosado, prolapso do estoma, perfuração, retração do estoma, impactação fecal e irritação da pele, assim como complicações pulmonares associadas com a cirurgia; Monitorizar o abdome para o retorno da peristalse e avaliar as características das fezes iniciais; Proceder com o cuidado com a pele periostomal, pois é uma preocupação contínua porque a escoriação ou ulceração pode se desenvolver rapidamente (problemas de pele incluem infecções por fermentação e dermatite alérgica); Orientar à paciente e família para proteger a pele periostomal lavando frequentemente a área com um pano macio e úmido e sabão neutro; Evitar alimentos que causem excessivo odor e gases são evitados: repolho, ovos, peixe, feijões e produtos de celulose como amendoim.

✚ **Resultado Esperado:** Manter as eliminações preservadas até o final da sua vida.

As eliminações intestinais são essenciais para o funcionamento normal do corpo humano. Mas, a função intestinal de cada indivíduo depende do equilíbrio de vários fatores, dentre eles os padrões de eliminação e os hábitos de vida. Entender os fatores que a promovem, impedem ou causa alterações na eliminação dão suporte e auxiliam o enfermeiro a compreender os problemas de eliminação do paciente. Assim, os cuidados de enfermagem de suporte devem respeitar a privacidade e as necessidades emocionais de cada paciente (POTER; PERRY, 2013).

Segundo Smeltzer et al. (2013) patologias como o câncer, causam condições que interferem no trânsito de fezes pelo reto, necessitando de uma abertura artificial temporária ou permanente (estoma) na parede abdominal. Essas aberturas cirúrgicas são criadas no íleo (ileostomia) ou cólon (colostomia), com as terminações dos intestinos exteriorizadas através da parede abdominal.

Neste sentido, a paciente em estudo apresentava uma colostomia devido a uma cirurgia de transversostomia em alça para desvio do trânsito intestinal no qual a enfermagem deve ficar atenta e observar alterações, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida a paciente. Por isso, alguns cuidados se devem ter com paciente com colostomias e não trazer complicações.

4.5.5 Necessidades Psicobiológicas - Sono e Repouso

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Sono e repouso prejudicados
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Avaliar a causa do padrão do sono alterado; Avaliar diariamente o padrão do sono; Discutir com a paciente e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida; Identificar as causas do problema e reduzi-las ou saná-las; Monitorar o padrão do sono e a quantidade de horas dormidas; Planejar os cuidados de modo a permitir oito horas de sono contínuo; Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso; Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do cliente.
- ✚ **Resultado Esperado:** Padrão de sono e repouso de oito horas por dia em sete dias.

As pessoas necessitam de diferentes quantidades de sono e repouso; sem estas quantidades adequadas, a habilidade de se concentrar, fazer julgamentos e realizar atividades diárias diminui e como consequência há um aumento da irritabilidade. Identificar e tratar distúrbios no padrão do sono dos pacientes é uma meta importante a ser traçada pela enfermagem. Para ajudar os pacientes, o enfermeiro precisa compreender a natureza do sono, os fatores que o influenciam e os hábitos de sono dos pacientes (POTER; PERRY, 2013).

Segundo Potter e Perry (2013), a finalidade do sono ainda permanece obscura, mas sabe-se que o sono contribui para a restauração fisiológica e psicológica. Neste sentido, qualquer doença que causa dor, desconforto físico ou problemas de humor, como ansiedade ou depressão resulta em problemas no padrão de sono e repouso. Indivíduos com estas alterações frequentemente tendem a ter problemas para dormir ou manter-se dormindo.

Deste modo, o enfermeiro para ter um pensamento crítico bem sucedido e ter um julgamento clínico correto, deve obter informações dos pacientes, ter experiência, atitude, padrões intelectual e profissional, afim de formular diagnósticos de enfermagem adequados e que venha a suprir as necessidades da paciente e sanar seus principais desconfortos (POTER; PERRY, 2013).

4.5.6 Necessidades Psicobiológicas - Atividade física, Mecânica corporal, Motilidade e Locomoção

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Exaustão do tratamento.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Avaliar condição de cognição da paciente; Informar atual condição clínica e seu tratamento instituído; Registrar em impresso próprio orientações ofertadas e nível de adesão.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente reduzirá da exaustão do tratamento em quinze dias.

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Mobilidade no leito prejudicada.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem:** Ajudar nas atividades de mobilidade; Dar banho no leito; Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar a paciente; Manter os lençóis limpos, secos e bem esticados; Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade; Observar e registrar o aparecimento de edema e hiperemia nas proeminências ósseas; Oferecer apoio a áreas edemaciadas com coxins, quando necessário; Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente poderá apresentar melhora na mobilidade no leito em vinte dias.

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Movimento corporal diminuído.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Auxiliar nas atividades de autocuidado; Avaliar as áreas que sofrem pressão; Realizar atividades de autocuidado; Realizar mobilidade mesmo que seja de maneira passiva.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente poderá apresentar melhora do movimento corporal em quinze dias.

Lidar com pacientes com doença oncológica avançada e em estado de terminalidade é descrito como estressante e de grande exigência emocional tanto para o paciente, família e profissionais de enfermagem, uma vez que a morte é assumida como uma falha em prestar cuidados eficientes e eficazes. Nesse sentido, a mobilidade no leito prejudicada é um dos indicadores do estresse por exaustão pessoal que intervém na vida do indivíduo e que pode se tornar patológica à medida que se apresenta mais intensamente, além de ser fator de risco para úlceras por pressão (FARIA; MAIA, 2007).

Neste sentido, quando além da exaustão do tratamento está associado a outras complicações e estão expostos a fatores de risco como a limitação da mobilidade decorrente

de patologias diversas ou sequelas que comprometem o estado geral da paciente. O movimento corporal coordenado envolver o funcionamento integrado dos sistemas esqueléticos, muscular e nervoso, uma vez esses movimentos afetados o enfermeiro precisar avaliar e oferecer o cuidado necessário para não trazer mais agravos a paciente e manter uma boa qualidade de vida (POTER; PERRY, 2013; ARAÚJO et al, 2011).

A paciente em estudo apresentou limitações em seus movimentos e diminuição da força muscular devido ao progresso de evolução de sua patologia inicial (câncer) associado a outros fatores, onde destacamos a ocorrência de edemas em membros superiores e inferiores sendo estes fatores influentes diretamente na movimentação, limitações de sua alimentação deixando a enfraquecida e exaustão do tratamento.

4.5.7 Necessidades Psicobiológicas - Cuidado Corporal

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Déficit de autocuidado para tomar banho e ou higiene corporal.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Aplicar a mecânica corporal para movimentação no banho; Avaliar parâmetros hemodinâmicos (pressão arterial e frequência respiratória) antes do banho; Colocar todo o equipamento para o banho ao seu alcance; Dispor toalha, sabonete e outros acessórios na cabeceira da cama; Educar sobre o cuidado com a higiene pessoal durante o banho; Estabelecer, junto com o cliente, horário e rotina do banho e/ou higiene; Estimular autocuidado conforme condição clínica; Manter a privacidade enquanto a paciente estiver tomando banho; Observar a condição da pele durante banho e/ou higiene; Observar temperatura do banho a fim de reduzir episódio de vasodilatação e consequente síncope; Realizar banho no leito; Realizar troca de roupas após o banho; Trocar roupas de cama diariamente.
- ✚ **Resultado Esperado:** Manter a higienização da paciente preservada até o final da sua vida.

A enfermagem é a ciência que tem, como elemento de estudo, o cuidado humano. Como ciência, a enfermagem procura por um corpo de conhecimento próprio, haja vista a palavra ciência estar associada ao domínio de conhecimentos, evidenciados cientificamente. Compreender que a enfermagem atua tem relação direta com o ser humano, valendo-se do conhecimento de muitas outras ciências, para o seu desenvolvimento. Tendo em vista este pensamento os modelos utilizados para direcionar as ações de enfermagem baseados em

modelos biomédicos, onde se avalia alterações anatômicas e fisiológicas dos indivíduos com algum tipo de enfermidade (CADE, 2001).

Dorothea Orem buscou e desenvolveu conceitos de autocuidado de enfermagem, determinando como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Orem expôs três construções teóricas de enfermagem que foi a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, todas interligadas e inter-relacionadas, apresentando como foco principal o autocuidado e sendo, ainda, passíveis de aplicação a todos os pacientes que careçam de cuidado (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002).

Neste sentido, Orem, definiu o autocuidado como o cuidado desenvolvido pelo indivíduo, em benefício de se próprio, mediante atividades ou ações, adequados para satisfazer às necessidades do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais (FIALHO; PAGLIUCA; SOARES, 2002).

Perante a literatura pertinente, esta paciente tinha estrições ao leito e outras patologias associadas a sua doença de base que a impossibilitava de ter um autocuidado, assim a equipe de enfermagem tinha um papel importante não só no que se tratava sobre procedimentos e administração de medicamentos, mas também quanto a sua higiene corporal e íntima, dando a paciente uma melhor qualidade de vida.

4.5.8 Necessidades Psicobiológicas - Integridade física e cutânea mucosa.

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Ferida infectada.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Avaliar a evolução da ferida; Avaliar as características do exsudato da ferida; Cobrir a ferida com cobertura estéril, conforme características do exsudato, quando necessário; Limpar o leito da ferida com solução fisiológica morna em jato; Monitorar a temperatura; Realizar curativo sempre que necessário, com técnica asséptica; Utilizar cobertura antisséptica ou bactericida, caso necessário; Verificar sinais e sintomas de infecção.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente apresentará redução da infecção no ferimento em 10 dias.
- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Integridade da pele prejudicada.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Avaliar a coloração da pele; Avaliar a evolução de lesões; Avaliar a hidratação da pele; Avaliar a necessidade de curativo e

cobertura para a lesão; Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo; Avaliar características de lesões; Avaliar e registrar lesão.

✚ **Resultado Esperado:** Paciente não apresentará úlceras por pressão durante a internação e apresentará processo cicatricial das úlceras existentes em longo prazo.

A pele em pacientes oncológicos tem uma peculiaridade de perda da espessura pela redução do aporte de tecido adiposo e outras camadas decorrente do processo catabólico que o tumor apresenta. A anorexia e a caquexia, agregadas ao ressecamento da pele pelo grau de desnutrição consequente, aumentam o risco de rompimento da integridade cutânea. Porém, há casos em que os pacientes não apresentam o emagrecimento, mas em contra partida desenvolve estado de edema generalizado, que igualmente compromete a pele, deixando-a mais suscetível ao rompimento e lacerações (FIRMINO; CARNEIRO, 2007).

Ferida malignas cutâneas, também chamadas de feridas tumorais, são feridas decorrentes da infiltração da pele por células cancerosas. Porém, as feridas variam em tamanho e aspecto, recebendo denominações de acordo com a configuração com que apresenta: feridas fungosas malignas são aquelas semelhantes à couve-flor, já as feridas ulcerativas malignas são de aspecto ulcerado e formam crateras rasas e por fim as feridas fungosas malignas ulceradas são a união do aspecto vegetativo e partes ulceradas ou ainda vegetante. Na prática clínica é importante resaltar a contaminação por microrganismos aeróbicos, como *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, e principalmente microrganismos anaeróbicos como os *Bacteroides* nestas feridas (FIRMINO; CARNEIRO, 2007).

Ao se deparar com essa problemática o enfermeiro deve realizar o planejamento do cuidado a ser prestado, objetivando o conforto do paciente, ou seja, fazendo uma palição dos sintomas para melhorar a qualidade de vida. Para se conseguir alcançar os objetivos traçados também deve considerar tratamento da doença de base que é condição prioritária para obtenção de eficácia na terapêutica das feridas neoplásicas, cujo objetivo se diferencia no princípio do tratamento de outras lesões, mirando a melhora da qualidade de vida e não a cicatrização da ferida (LEITE, 2007).

Neste sentido o enfermeiro deve trabalhar seus objetivos para o controle da secreção e do odor, sangramento, dor e prurido e a meta é o curativo confortável, funcional e estético,

com bases em intervenções de enfermagem a parti do protocolo para o cuidado de pacientes com feridas malignas cutâneas (FIRMINO, 2005).

Nesta perspectiva, a paciente em tela apresentava uma ferida neoplásica de grau III, que é caracterizada por envolver derme, epiderme e subcutâneo com profundidade regular, com saliências e formações irregulares, podem ser ou não friável, ulcerado ou vegetativo, com presença de tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada (LEITE, 2005).

4.5.9 Necessidades psicossociais – Percepção dos órgãos dos sentidos

✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Dor (intensidade dez)

Intervenções de Enfermagem foram: Avaliar a dor de acordo com uma escala de 0 a 10.

Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração.

Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor; Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor. Avaliar e descrever as características da dor, incluindo localização, intensidade (valor atribuído a partir de escalas), qualidade (queimação, pontada, choque etc.), início, duração, variações, ritmo e fatores precipitantes; Avaliar a intensidade da dor por meio de escalas; Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor; Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível; Monitorar e registrar a eficácia e os efeitos do medicamento administrado; Observar indicadores não verbais de desconforto; Observar os sinais não verbais da dor.

✚ **Resultado Esperado:** Paciente ter alívio do dor ate a o resto da sua vida.

A dor oncológica é considerada uma das piores que se conhecem por ser contínua, crescente, de grande intensidade e é acompanhada de uma reação emocional aversiva e intensa. A dor provoca muito sofrimento, uma vez que a sua intensidade poderá ser aumentada por outros fatores, como a depressão, a ansiedade, a debilidade física e a insônia, que irão, desta forma, contribuir para o seu agravamento (GONÇALVES; FARIAS; PRADO, 2007).

Neste ponto é importante ressaltar o conceito de “dor total”, que a Dra. Cicely Saunders, responsável pelo movimento *hospice*, em 1963, estabeleceu ao escrever o artigo sobre a dor intratável nos pacientes com câncer e que considera fatores psíquicos, sociais e espirituais como fatores potencializadores na dor que o paciente indiscutivelmente está sentindo, ou seja, é possível que em algumas ocasiões o paciente não responda à analgesia potente em função

das suas angústias; até o momento em que se encontre o ponto-gatilho, desencadeador da sua “dor de alma”, a qual interfere na dor de seu corpo (SIMÕES, 2011).

Para que o tratamento seja efetivo e a dor totalmente controlada, é de fundamental importância a equipe interdisciplinar, a qual avalia cada aspecto do paciente, procurando detectar o que pode estar contribuindo para o quadro de dor refratária: a angústia provavelmente é a pior dor a ser tratada (LEAL et al., 2007).

4.5.10 Necessidades psicossociais – Comunicação

- ✚ **Diagnóstico de Enfermagem:** Comunicação prejudicada.
- ✚ **Intervenções de Enfermagem foram:** Estimular a comunicação verbal e não verbal; Estimular o paciente e ou a família a compartilhar os pontos de vista e os sentimentos; Falar com calma utilizando frases curtas e simples; Incentivar a família na vivência dos sentimentos relativos aos problemas de comunicação; Reorientar o paciente para a realidade (chamar o paciente pelo nome, dizer o seu nome e dar ao paciente informação sobre o contexto); Usar estratégias para melhorar a comunicação.
- ✚ **Resultado Esperado:** Paciente entenderá a comunicação verbal e não verbal estabelecida pela equipe de saúde.

A comunicação é um processo aprendido ao longo da vida, a enfermagem se comunica com pacientes e familiares, sendo esta um dos principais meios para a coleta de dados, fornecer orientações interagir com os pacientes e os demais membros da equipe multiprofissional. A comunicação é uma parte essencial do cuidado de enfermagem centrado no cliente. O processo de comunicação exige que o enfermeiro tome decisões constantemente sobre o que, quando, onde, por que e como transmitir uma mensagem (POTER; PERRY, 2013).

Atualmente os enfermeiros utilizam diferentes níveis de comunicação em sua atuação profissional, competindo ao enfermeiro empregar diversas técnicas em cada nível de comunicação. Neste caso, foi feito o uso da comunicação interpessoal que esta por sua vez é uma interação individualizada entre o enfermeiro e outras pessoas ocorrendo mais face a face. Este tipo de estratégia é o mais comumente utilizado em situações em que o paciente por algum motivo deixou de verbalizar (POTER; PERRY, 2013).

A paciente em tela apresentava déficit de comunicação, devido à cronificação da doença, mas isso não inviabilizou a comunicação entre o pesquisador e a paciente, pois o mesmo lançou mão da oralidade para emitir mensagens, direcionando os cuidados de

enfermagem à filha e também foi utilizado o toque como forma de estabelecer vínculo de cuidado com a mesma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as diferentes práticas assistências prestadas aos pacientes com doença oncológica avançada, sobressai o cuidado aos pacientes com feridas neoplásicas. As feridas neoplásicas são infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele em consequência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, ocorrendo assim a formação da lesão. As feridas neoplásicas trazem para o paciente aspecto visual desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma deformidade corporal, provocando distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico.

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições.

Para executar o cuidado, o enfermeiro lança mão do processo de enfermagem, construído sob os alicerces da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), cuja finalidade é proporcionar uma assistência individualizada, sistemática, dinâmica e uniformizada.

Nesta perspectiva, foi aplicado o processo de enfermagem em uma paciente com doença oncológica avançada apresentando ferida neoplásica grau III, a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A partir das Necessidades Humanas Básicas, foram listados os problemas de enfermagem que a paciente apresentava e posteriormente foram construídos diagnósticos de enfermagem. Para viabilidade e execução dos diagnósticos, as intervenções foram realizadas na paciente, respeitando suas limitações físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Os resultados esperados foram postulados de acordo com o diagnóstico e o prognóstico médico.

Nesse sentido, a aplicação do processo de enfermagem neste estudo possibilitou aos enfermeiros no campo prático desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da CIPE.

Salientamos que o desenvolvimento e a aplicação do processo de enfermagem ajudam a disseminar o conhecimento, favorecendo uma prática efetiva, eficaz, minimizando obstáculos.

Vale ressaltar que os diagnósticos de enfermagem propostos pela CIPE propiciaram a elaboração de um modelo, contemplando as necessidades psicobiológicas e psicossociais mais afetadas.

É imperioso destacar a importância do processo de cuidar como foco do trabalho do enfermeiro na clínica oncológica, na perspectiva de favorecer dignidade no processo de terminalidade, bem como permitir credibilidade do trabalho de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. Á.; GALVÃO, M. T. G.; DAMASCENO, M. M. C. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm.** Brasília-DF; v. 64, n. 4, p. 671-6. , jul-ago, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf> acesso em: 10 ago 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A situação do câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/situcancerbrasil/situcancerbras2006.pdf> Acesso em: 11 mar 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf Acesso em: 29 de out de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em 01 dez 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2013/estimativa20132111.pdf>. Acesso em 27 nov 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.
- CADE, N. V. A teoria do déficit de autocuidado de orem aplicada em hipertensas. **Rev Latino-am Enfermagem;** v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf Acesso em: 16 jul 2014.
- CHEMIN, S.M. & MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** 2ª ed. São Paulo: Roca, 2011.
- COELHO, E.B. Mecanismos de formação de edemas. **Medicina,** Ribeirão Preto, v. 37, p. 189-198, jul./dez. 2004. Disponível em: www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/496/495 acesso em: 10 ago 2014.
- CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12,n. 1, p.186-94, 2010 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm> Acesso em: 15 jun 2014.
- FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 15, n. 6, nov-dez, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 15 ago 2014.

FERREIRA, N. M. L. A. et al. Integridade cutâneo-mucosa: implicações para a família no cuidado domiciliário ao paciente com câncer. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 246-51, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a19.pdf> Acesso em: 28 nov 2013.

FIALHO, A. V. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; SOARES, E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado Domiciliar à luz do modelo de barnum. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 5, p.715-20, 2002. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf Acesso em: 16 jul 2014.

FIRMINO, F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. **Rev Prática Hospitalar**, v. 4, n. 42, p. 59-62, 2005. Disponível em: <http://www.officeeditora.com.br/private/PH/ph42.pdf> Acesso em: 28 nov 2013.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Rev. Bras. Canc.**, v. 51, n.4, p. 347-59, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf Acesso em: 28 nov 2013.

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 4, p. 347-359, 2005. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao6.pdf Acesso em: 12 mar 2014.

FIRMINO, F.; CARNEIRO, S. Úlceras por pressão, feridas neoplásicas e micose fungoide: Reflexões da prática Assistencial no Rio de Janeiro. **Rev Prática Hospitalar**. ano IX. Mar-Abr, 2007. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2050/pdfs/mat%2011-50.pdf> Acesso em: 03 mar 2014.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2003, v.11, n.3, p. 371-5. Disponível em: revistas.usp.br Acesso em: 12 dez 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, I. P., CAMARGO, T. C. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. **Rev. enferm. UERJ**, v. 12, n. 2, p. 211-6, 2004. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a14.pdf> Acesso em: 28 nov 2013.

GONÇALVES, A. P.; FARIA, R. R.M.; PRADO, C. O profissional de enfermagem no cuidado da dor de pacientes oncológicos. **Revista Nursing**. São Paulo, p.275-79, 2007.

HAISFIELD-WOLFE, M.E.; BAXENDALE-COX. **Staging of Malignant Cutaneous Wounds: a pilotstudy**. ONS, v.26 e.6, p.1055-56, 1999.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação de Resultados de Enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

LEAL, R. T., et al. Dor e dignidade: o cotidiano da enfermagem na avaliação da dor oncológica. **Revista Nursing**. São Paulo, 2007.

LEITE, A. C. Feridas tumorais: cuidados de enfermagem. **Rev. Científica do Hospital Central do Exército do Rio de Janeiro**, v. 2, n. 2, p. 36-40, 2007. Disponível em: <http://www.hce.eb.mil.br/rev/rev2007/feridastumorais.pdf> Acesso em: 28 nov 2011.

LUNEY M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem estudo de caso e análise**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

MATSUBARA, M. G. S. **Feridas neoplásicas**. In MATSUBARA, M. G. S. et al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012.

SILVA, A.F.; NÓBREGA, M.M.L. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizadas na Clínica Pediátrica do HULW/UFPB**. NÓBREGA, M.M.L. In: NÓBREGA, M.M.L.(Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®** 2011.

OLIVEIRA, E. C. M., POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 354-60, 2006. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mostop_publish/files/files_4c0e3070aabb9.pdf Acesso em: 28 nov 2013.

POLETTI, N. A. A. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Canc.**, v. 48, n. 3, p. 411-17, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/revisao2.pdf Acesso em: 28 nov 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith K, Cristensen PJ. **Nursing Process: application of theories frameworks and models**. 2nd ed. Saint Louis (MI): Mosby; 1986.

ROCHA, F. P., MENEZES, A. M. B., ALMEIDA JÚNIOR, H. L., TOMÁS E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.1, p. 101-6, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8123.pdf> Acesso em: 28 nov 2013.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34ª ed.. Petrópolis: Vozes, 2007.

SANTANA, F. A., MATSUBARA, M. G. S., VILELLA, D. L. **Terapias utilizadas no cuidado com feridas**. In: MATSUBARA, M. G. S. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012.

SILVA, L. D., PAZOS, A. L. A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. **Rev. Enferm. UERJ**, v.13, n. 3, p. 375-81, 2005. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a13.pdf> Acesso em 28 nov 2013.

SIMOES, A. S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. **Rev dor**. v.12, n.2, p. 166-71, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14.pdf> Acesso em 27 abr 2014.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TANNURE, M.C. O Processo de enfermagem. In: TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Sonda nasogástrica/nasointestinal: cuidados na Instalação, na administração da dieta e Prevenção de complicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 95-101, jan/mar, 2002. Disponível em: http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/sonda_nasogastrica_artigo.pdf, Acesso em: 10 ago 2014.

YAMASHITA, C. C., KURASHIMA, A. Y. **Feridas em pacientes de cuidados paliativos**. In: MATSUBARA, M. G. S. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar, 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.16, n.4, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 13 junho 2014.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**. v.8, n.1, 2008. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/126/253> Acesso em: 13 junho 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A -

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a)

Esta pesquisa é intitulada “*Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma paciente com ferida neoplásica*”, está sendo desenvolvida por Victor Medeiros de Araújo Xavier, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms. Glenda Agra, conforme a Resolução nº 466/2012, a qual norteia pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a realização desta pesquisa a sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3 e registrar fotos com máquina fotográfica das lesões que o(a) senhor(a) apresenta. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais, outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa e por fim, coletaremos dados do seu prontuário. Comunicamos que as informações cedidas pelo senhor(a) e contidas em seu prontuário serão guardadas em segredo pelos pesquisadores. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional, somente autorizado pelo senhor(a). Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores a(o) senhor(a), exceto o desconforto (cansaço e/ou constrangimento) de responder as questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda que não há previsão de outros riscos. Vale ressaltar, que essa entrevista será realizada em um local reservado, com apoio do serviço de enfermagem, com a finalidade de garantir sua integridade física e psicológica. Caso o(a) senhor(a) apresente algum desconforto (cansaço e/ou constrangimento), o pesquisador suspenderá imediatamente a entrevista e somente retornará após sua autorização. Outro aspecto importante a ser pontuado é que ao término deste estudo, não haverá mudanças no acompanhamento multiprofissional que o(a) senhor(a) vinha recebendo pela equipe de profissionais deste hospital.

Esta pesquisa contribuirá para a melhor assistência de enfermagem ao paciente oncológico com ferida neoplásica no que se refere ao controle dos sintomas oriundos da lesão, principalmente a dor.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso venha recebendo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este documento será elaborado em duas vias, uma ficando com o senhor(a) e a outra fica retida com o pesquisador.

Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e da minha orientadora, números de telefones, endereços postais e eletrônicos.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização deste estudo e para finalizar, precisamos que o(a) senhor(a) assine as duas vias ou aplique sua digital no local assinalado e ainda rubrique ou aplique sua digital em todas as páginas desse documento.

Victor Medeiros de Araújo Xavier
Pesquisador Colaborador

Glenda Agra
Pesquisadora Responsável

Comitê de Ética e Pesquisa

Endereço da Pesquisadora Responsável: Glenda Agra

Endereço: UFCG: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900
Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120
Fone: 3226-4721 / 9924-9499
Email: g.agra@yahoo.com.br

Endereço do Pesquisador Colaborador:

Endereço residencial: Rua: Mário de Azevedo de Buriti, SN– Residência Universitária -
Antônio Mariz – Cuité/PB CEP 58175-000
Fone: (84) 9651-9988/ (83) 9605-2821
Email: vitinho_181@hotmail.com

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa:

Universidade Federal de Campina Grande
Rua: Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José
Cidade: Campina Grande-Pb
CEP: 58107 670
Fone: (83) 2101.5500
Fax.: (83) 2101.5523

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Campina Grande, ____/____/ 2014



Impressão Dactiloscópica

APÊNDICE B –

**INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS
Fundamentos do Processo de Cuidar**

Data: ____/____/____

1. Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Profissão: _____ Raça: _____

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Procedência: _____

2. Dados de Admissão

Porque foi internado? (motivo que levou a pessoa a procurar o serviço de saúde)

3. Como chegou ao serviço de saúde? (Acompanhado? De quem? Em maca? Cadeira de rodas?)

HD:

(HIPÓTESE PARA DIAGNÓSTICO MÉDICO)

4. Antecedentes clínicos:

Doenças pré-existentes: (alergias, doenças e internações anteriores, condições atuais e sequelas)

Tratamento regulares: (indicar tratamentos medicamentosos, nome da droga, dose e horário, duração do tratamento)

Cirurgias já realizadas:

Antecedentes familiares: (doenças na família de importância epidemiológica e fator hereditário)

5. Necessidades Humanas Básicas

Psico-espirituais: (prática religiosa ou filosofia de vida. Expressa desejo de ajuda espiritual?)

Gregária: (com quem mora, modo como se relaciona com a família e grupos)

Segurança física: (fatores de riscos ambientais que possam afetar a integridade física)

Segurança psicológica: (mecanismos de defesa, preocupações)

Segurança social: (situação de desagregação social, rejeições por grupos, preocupações econômicas)

Aprendizagem: (capacidade de aprendizagem, conhecimento sobre a doença, tratamento e prevenção)

Comunicação: (comunicação verbal e não-verbal, distúrbios da fala, linguagem)

Recreação: (o que faz para passar o tempo e higiene mental)

Sexualidade: (práticas seguras, conhecimento sobre o ciclo de reprodução e controle de natalidade)

Regulação imunológica: (situação vacinal, baixas resistências, fatores de agressão ambiental)

Percepção dolorosa: (presença de dor, resposta à dor e tratamentos)

Sono e Repouso: (padrão de sono, fatores que alteram, uso de medicamentos)

Hidratação: (ingesta hídrica diária, preferências, sinais de desidratação)

Nutrição: (número de refeições diárias, qualidade, preferências e intolerâncias)

Eliminações: (número, características e hábitos urinários e intestinais e extraordinários)

Mecânica corporal: (vícios de postura, defeitos de marcha, dores lombares)

Cuidado corporal: (hábitos e condições de higiene)

Integridade cutâneo-mucosa: (lesões da pele e mucosas, erupções, manchas, cicatrizes cirúrgicas)

Integridade física: (ausência de órgão ou segmentos, perda da função corporal)

EXAME FÍSICO

..*.*.*Cabeça e Pescoço*.*.*.*.*

Couro cabeludo:

- Normal - sem alterações.
 - Problemas de enfermagem: dermatite, seborreia, pediculose, foliculite, calvície ou alopecia
 - Outro:
-
-

Olhos

- Normal - acuidade visual sem alterações.
- Problemas de enfermagem: edema de pálpebras; xantelasma (indica acúmulos de

colesterol); hordéolo ou blefarite; ptose palpebral; miastenia (toda a musculatura tem dificuldade de contração, uma pálpebra cai); lagoftalmia (bolsa de água),

Outro:

Globo ocular:

Normal: _____

Problemas de enfermagem: exoftalmia; enoftalmia

Outro:

Conjuntiva ocular e esclera:

Normal: _____

Problemas de enfermagem: conjuntivite; icterícia; pterígeo, catarata, glaucoma

Outro:

Iris e pupila:

Normal: _____

Problemas de enfermagem: midríase ; miose ; anisocoria

Outro:

Conjuntiva palpebral:

Normal - conjuntiva corada

Problemas de enfermagem: anemia, conjuntivite

Outro:

Seios paranasais:

Normal - sem presença de secreções, sem desvio de septo.

Problemas de enfermagem: sinusite

Outro:

Orelha:

Normal - acuidade auditiva normal.

Problemas de enfermagem: otite, odinofagia, otorreia, otorragia

Outro:

Boca:

() Normal - boa condição higiênica, sem presença de lesões na mucosa.

() Problemas de enfermagem: lábios: herpes viral, rachaduras, queilose (no canto da boca), queilite (falta de vitamina, fissura com processo inflamatório); gengivas e bochechas: gengivite, aftas ou estomatites, língua: língua saburrosa (língua branca), língua acastanhada (marrom e seca);

() Outro:

Pescoço: (...) não há presença de gânglios visíveis e palpáveis. (...) presença de gânglios.

.*.*.*.*Aparelho Respiratório*.*.*.*.

Inspeção estática:

- Condições da pele, simetria, forma: tonel, funil (peito escavado), quilha (peito de pombo), cifoescoliose, abaulamentos e retrações; anormalidades assimétrica do tórax.

Abaulamentos e retrações:

- Inspeccionar a face anterior, posterior e laterais com o mesmo rigor descritivo;

Inspeção dinâmica:

- Existem 3 tipos de respiração: costo torácica, costo abdominal, mista;

Frequência respiratória:

- 14 a 20 mov./min. (movimentos >: taquipneia ; / movimentos <: bradipneia.), espontâneo?

Palpação:

- Examinar a sensibilidade, expansão e elasticidade torácica e vibração. Técnicas: paciente sentado ou em pé com os braços lateralizados; pesquisar alterações isoladamente para os ápices, regiões intraclaviculares e bases

Percussão:

- Dígito-digital, sons.

Ausulta:

- Paciente sentado ou em pé, com o tórax descoberto, respirando com a boca entreaberta, sem

fazer ruído; avaliar o fluxo de ar através da árvore traqueobrônquica, o espaço pleural e identificar presença de obstrução no pulmão; os movimentos respiratórios devem ser regulares e de igual amplitude; comparar regiões simétricas, metodicamente, do ápice até as bases pulmonares. Alterações: Estertores secos: cornagem (asma) Estertores úmidos: crepitanes (pneumonia), bolhosos (subcrepitanes), sibilos, roncosp.

..*.*.*Aparelho Cardiovascular*.*.*.*.*

O paciente é posicionado em decúbito dorsal elevado a 30°, ficando o examinador do seu lado esquerdo ou direito;

Ausulta:

- 1° foco aórtico: 2° espaço intercostal; direito; 2° foco pulmonar: 2° espaço intercostal esquerdo; 3° foco tricúspide: 4° espaço intercostal - borda esternal esquerda; 4° foco mitral: 5° espaço intercostal (ictus cordis); 5° foco aórtico acessório: processo xifoide.

..*.*.*Aparelho Genito-urinário*.*.*.*.*

Urina:

- Características da urina: volume, cor, odor, turvação, precipitações; Alterações miccionais: oligúria, disúria, anúria, polaciúria, hematúria, colúria, glicosúria, cetonúria, incontínência urinária, retenção urinária, enurese.

Cólicas renais; Percussão: Giordano – (não deu cólica); Giordano + (deu cólica renal);

..*.*.*Aparelho Gastrointestinal*.*.*.*.*

Abdômen

- **Inspeção:** observar a forma, abaulamento, retração, circulação colateral e localização da cicatriz umbilical. Parâmetro normal: na posição em pé em perfil e no decúbito dorsal: apresenta a hemiabdomen superior deprimido e o inferior com ligeira proeminência projetada na face anterior do abdômen, o abdômen deve ser plano e sua rede venosa superficial não deve ser visualizada, a circulação mediana supra umbilical da aorta abdominal é somente observada em indivíduos magros (aortismo); normalmente a cicatriz umbilical apresenta-se mediana, simétrica, com depressão circular entre a distância xifo-pubiana. O ânus é fechado em diafragma por pregas cutâneas radiadas e suaves.

Problemas de enfermagem:

- () Normal: _____.
 - () Retraído: desidratação, caquexia;
 - () Abaulamento generalizado: meteorismo, ascite, inguinal, obesidade;
 - () Globoso: hérnia e eventração umbilical, inguinal, deiscência FO, acesso.
 - () Circulação colateral na ascite; hipertensão portal e obstrução da veia cava.
 - () Dilatação da aorta; arteriosclerose e aneurisma;
 - () Desvio lateral: hérnia, retração de cicatriz cirúrgica, queimadura;
 - () Protudente: aumenta a pressão intra-abdominal (ascite, tumor).
 - () Puntiforme: fissura; Hipotônico: hemorróidas; Deformado: cirurgias pregressa e lesões inflamatórias;
 - () Infundibiliforme: pederastia (homossexualismo masculino).
 - () Outro:
-
-

- **Ausculta:** Através do estetoscópio detecta-se os ruídos peristálticos em toda extensão do abdômen e possibilita a avaliação de toda sua frequência e características. Deve proceder à palpação e a percussão, pois testes podem alterar os sons intestinais; Parâmetro normal: os ruídos intestinais são audíveis no mínimo a cada dois minutos, como resultado da interação do peristaltismo com os líquidos e gases.

Problemas de enfermagem:

- () Normal: _____.
 - () Borborigmo: oclusão intestinal por verminose, tumor, volvo.
 - () Íleo paralítico: pós-operatórios de cirurgias intestinais, inflamação.
 - () Outro:
-
-

- **Palpação superficial:** Utiliza-se as mãos espalmadas com as polpas digitais em movimentos rotativos e rápidos nas regiões do abdôme. Permite reconhecer a sensibilidade, a integridade anatômica e a tensão da parede abdominal. Parâmetro normal: normalmente o peritônio é indolor à palpação, podendo ocorrer contração involuntária, devido à tensão e as mãos frias do examinador.

Problemas de enfermagem:

- () Normal: _____.
 - () Hiperesia cutânea, hipertonicidade, inflamação.
 - () Outro:
-
-

Problemas de enfermagem:

- () Normal: _____.

- Consistência mole e dolorosa: infecções agudas;
 - Consistência dura e pouco dolorosa: esquistossomose, cirrose hepática, leucemias e linfomas.
 - Outro:
-
-

Intestinos

- **Palpação profunda:** Somente o ceco e o sigmoide são palpáveis devido à sua localização sobre o músculo psoas. Posicione-se à direita do paciente com as mãos paralelas fletidas em garra. Na expiração penetrar com as mãos ao nível da cicatriz umbilical até o músculo psoas. Deslizar as mãos obliquamente em direção à região inguinal direita. Se o paciente referir dor após essa manobra, poderá apresentar sinal de Blumberg positivo. Repita no lado esquerdo para palpação do sigmóide, indicando presença de fecaloma. Parâmetro normal: o ceco possui a forma de pera, é móvel e apresenta gargarejos. O apêndice vermiforme está posicionado à base do ceco, não sendo possível sua palpação.

Problemas de enfermagem:

- Normal
 - Dor na região inguinal direita: apendicite;
 - Enterite: dor, flatulências, diarréias, desidratação, enterorragia;
 - Pressão ou irritação química inibem a peristalse e excitam a válvula íleocecal.
 - Hábito irregular de alimentação: constipação;
 - Oclusão intestinal: tumor, aderência, verminoses, volvo, hérnia estranguladora.
 - Outro:
-
-

Fígado

- **Palpação profunda:** Deve-se permanecer à direita do tórax do paciente com o dorso voltado para sua cabeceira. Colocar as mãos paralelas com os dedos fletidos em garras, desde a linha axilar anterior deslizando cuidadosamente do hipocôndrio direito até o hipocôndrio esquerdo. Solicita-se ao paciente para inspirar profundamente pois, nesta fase, devido ao impulso diafragmático, o fígado desce facilitando a palpação da borda hepática. Parâmetro normal: pode ou não ser palpável, é macio, tem superfície lisa e borda fina. O limite inferior não excede a dois ou três dedos transversos abaixo da reborda costal.

Problemas de enfermagem:

- Normal: _____.
 - Não palpável: cirrose hepática avançada (hipotrofia do fígado);
 - Palpável: hepatopatias (hepatites, colecistite aguda, tumor);
 - Extra-hepática: enfisema pulmonar pressiona o fígado.
 - Outro:
-
-

SINAIS**ABDÔMEN**

Sinal de Piparotte

FÍGADO

Sinal de Torres-Homen

Sinal de Lemos-Torres

Sinal de Mathieu

VESÍCULA BILIAR

Sinal de Murphy

APÊNDICE

Sinal de Blumberg

Sinal de Rosving

PSOAS

Sinal de Lapinsky

PÂNCREAS

Sinal de Grey-Turner

Sinal de Cullen

RINS

Sinal de Giordano

SSVV:

TEMPERATURA: _____ (afebril, hipotermia, hipertermia)

RESPIRAÇÃO: _____ (eupneico, bradipneico, taquipneico)

PRESSÃO ARTERIAL.: _____ (normotenso, hipotenso, hipertenso)

FREQUÊNCIA CARDÍACA: _____ (normocárdico, bradicárdico, taquicárdico)

PULSO: _____ (normoistfígmico, taquisfígmico, bradisfígmico)

Dor:
