Trabalho 79

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM NEOPLASIA NO PÂNCREAS SEGUNDO WANDA HORTA

Helena Ferraz Gomes[1]
Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves[2]
Maria Célia de Souza Juliasse[3]
Sirlene da Silva Correa[4]
Vanessa da Silva Souza[5]

INTRODUÇÃO: O processo de enfermagem possui um enfoque holístico, pois ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença. A enfermagem, portanto, tem como propósito assistir o ser humano no atendimento as suas necessidades humanas básicas. Essas necessidades são variadas, tais como: psicossociais, psicobiológicas e psicoespirituais Segundo Wanda Horta (1) através do processo de enfermagem busca-se sistematizar a assistência ao cliente, que neste caso abordado, será um cliente com neoplasia de pâncreas. Os tumores de pâncreas mais comuns são do tipo adenocarcinoma, e sua localização na cavidade mais profunda do abdômen prejudicam a detecção do tumor, que em geral acontece tardiamente. O diagnóstico tardio e o comportamento agressivo resulta na alta taxa de mortalidade. Diante destas manifestações clínicas acima referidas, o processo de Enfermagem de Wanda Horta torna-se um instrumento ideal para a sistematização desta assistência. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é elaborar e implementar uma assistência de enfermagem, através do processo de enfermagem de Wanda Horta a um cliente com neoplasia de pâncreas. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo de caso, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de 21 de janeiro e 01 de fevereiro de 2013, na Enfermaria de Clínica Médica de um Hospital Universitário, localizado no Estado do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados utilizou-se a observação participante-assistemática, roteiro de entrevista semi-estruturada, anamnese, exame físico, e busca no prontuário. **RESULTADOS:** Paciente idosa, diagnosticada com anorexia, câncer de pâncreas. História pregressa de hipertensão arterial sistólica, Diabetes Mellitus tipo II e depressão. Admitida no Hospital para cirurgia de Whiple em dezembro de 2012, e mantida internação em decorrência de queixa de fraqueza, dor retroesternal e epigástrica e complicações. Faz uso contínuo de anti-hipertensivo e insulina, nega tabagismo e etilismo. Apresentava-se lúcida e orientada, verbalizando quando solicitada, triste, com autoestima e autoimagem prejudicadas, apática, não cooperativa, queixava dor em região abdominal. Sono e repouso alterados, restrita ao leito. Hidratação e alimentação por meio de sonda nasoentérica e eliminações vesicais e intestinais preservadas. Ao exame físico apresenta-se hipocorada, anictérica, acianótica. Lábios com placas de secreção e hipocorados, língua saburrosa. Ausculta Pulmonar: murmúrios vesiculares universalmente audíveis bilateralmente. Ausculta Cardíaca: bulhas hipofonéticas. Abdome globoso, flácido, álgico à

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Professora Substituta do Departamento Médico Cirúrgico da ENF/UERJ. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Email: helenafg1@yahoo.com.br
[2] Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Pós-graduando em Enfermagem do Trabalho pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Professor Substituto do Departamento Médico Cirúrgico da ENF/UERJ. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Email: gleydy_fran@hotmail.com
[3] Acadêmica do 4° período da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). E-mail: mcjuliace@yahoo.com.br
[4] Acadêmica do 4° período da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). E-mail: sirlenesylva@yahoo.com.br
[5] Acadêmica do 4° período da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). E-mail: greyskullcastle@hotmail.com

palpação na região epigástrica, e ruídos hidroaéreos audíveis. Presença de úlcera por pressão grau I em região sacrococcígea. Membros Superiores: pele hidratada, hipocorada e edema com cacifo (+/4+) nas mãos. Membros Inferiores: pele hidratada, hipocorada, com presença de edema com cacifo (+++/4+), panturrilhas empastadas e hiperemia no calcâneo esquerdo. Sinais Vitais: Pressão Arterial (PA): 130 x 60 mmHg, Temperatura axilar: 36,7°C, Frequência Respiratória: 15 irpm (incursões respiratórias por minuto) e Frequência Cardíaca: 105 bmp (batimentos por minuto). Principais diagnósticos: queixa álgica na região epigástrica, integridade da pele prejudicada, alteração no volume do abdome, nutrição prejudicada, autoimagem e autoestima prejudicada, deambulação comprometida, prejuízo no conforto. Envolvendo, desta forma, os graus de dependência (dependência total). O plano assistencial e de cuidados: estabelecer comunicação terapêutica efetiva, realizar banho no leito diariamente, incentivando o autocuidado diariamente, realizar mudança de decúbito a cada duas horas, alívio dor com medidas de conforto, orientar uma alimentação diversificada, verificação de sinais vitais, administração de medicação prescrita, mensuração da circunferência abdominal, posição de conforto para sono, realizar higiene oral, e de curativo de úlcera por pressão. Assim, após implementação da prescrição de enfermagem observou-se na evolução da cliente a melhora nos seguintes aspectos: hábito alimentar, ingesta hídrica, padrão de sono, diminuição gradual do edema, melhora na autoimagem e autoestima, comunicação efetiva, melhora na integridade da pele que consequentemente melhorou o estadiamento da úlcera por pressão, cuidados de higiene realizada através de banho de aspersão. Neste sentido, o prognóstico de enfermagem que é entendido como uma estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades humanas básicas alteradas após a implementação do plano assistencial, foi satisfatório, pois estado clínico da cliente melhorou, passando de dependência total para dependência parcial dos cuidados de enfermagem. **CONCLUSÕES**: Através desta pesquisa, pode-se aplicar o conhecimento de enfermagem durante as aulas práticas, associando a fundamentação teórica com a prática hospitalar, contribuindo com uma prática mais crítica e reflexiva. Observa-se também que a partir deste estudo clínico pôde-se aplicar o Processo de Enfermagem de Wanda Horta, através das seis etapas: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Com o levantamento de dados foram verificados os problemas de enfermagem que afetavam as necessidades humanas básicas incluindo a autoestima, segurança, fisiológica e autorealização. A partir disso, foram traçados os diagnósticos, seguido do plano assistencial para implementação dos cuidados, com evolução de enfermagem e prognóstico. **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A aplicação do Processo de Enfermagem aumenta a competência do profissional à medida que identifica os problemas e as necessidades básicas afetadas do cliente. O enfermeiro elabora o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial e de cuidados, o que leva ao aprofundamento do conhecimento acerca da melhor “técnica” de enfermagem para atendimento às necessidades verificadas; da fisiopatologia da doença; dos sinais e sintomas; e dos fatores socioeconômicos e culturais envolvidos no processo saúde-doença.

Descritores: Processo de Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Neoplasia.

EIXO I - Cuidado de enfermagem na construção de uma sociedade sustentável;

REFERÊNCIAS:

1. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
2. Brunner &, Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; v. 2; 2005.