



CUIDADO AO IDOSO COM DUAS NEOPLASIAS PRIMÁRIAS E METÁSTASES FUNDAMENTADO NA TEORIA DE CALLISTA ROY

CARE FOR THE ELDERLY WITH TWO PRIMARY NEOPLASMS AND METASTASES REASONED IN THE THEORY OF CALLISTA ROY

CUIDADO A LOS ANCIANOS CON DOS TUMORES PRIMARIOS Y METÁSTASIS BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

Vanessa Carolina Costa Dias¹, Simila Queiroz de Andrade², Carolina Fernandes Santos³, Patrícia Peres Oliveira⁴, Andrea Bezerra Rodrigues⁵

RESUMO

Objetivo: operacionalizar o processo de enfermagem a um idoso com duas neoplasias primárias e metástases, baseado no Modelo de Adaptação de Roy, utilizando NANDA-I, Classificação dos Resultados de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem. **Método:** trata-se de um estudo de caso, qualitativo, realizado com um idoso com dois tumores primários (pulmão e laringe) e metástases, em seu domicílio, no período de março a julho de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, CAAE: 23523913.7.0000.5545, protocolo número 667.264. **Resultados:** observou-se que o cuidado ao idoso favoreceu a sua adaptação, pois à medida que as intervenções foram implementadas e avaliadas, o cliente apresentou melhora significativa diante dos estímulos, o que possibilitou alcançar as metas estipuladas. **Conclusão:** a utilização desta teoria permitiu reconhecer que as metas e as intervenções implementadas foram importantes para a substituição de respostas ineficazes por respostas adaptativas. **Descritores:** Neoplasias; Teoria de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objective: operationalizing the nursing process to an elderly with two primary tumors and metastases, based on the Roy Adaptation Model, using NANDA-I, Classification of Nursing Results and Classification of Nursing Interventions. **Method:** this is a case study, qualitative, conducted with an elderly with two primary tumors (lung and larynx) and metastases, in the home, in the period from March to July 2014, after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of São João del Rei, CAAE: 23523913.7.0000.5545, protocol number 667.264. **Results:** it was observed that the elderly care favored to adapt, because as the interventions were implemented and evaluated, the customer improved significantly before stimuli, what allowed achieve the stipulated goals. **Conclusion:** the use of this theory allowed recognizing that the goals and implemented interventions were important to replace ineffective responses by adaptive responses. **Descriptors:** Neoplasms; Nursing Theory; Nursing Process; Aging Health.

RESUMEN

Objetivo: poner en práctica el proceso de enfermería a un anciano con dos tumores primarios y metástasis, basado en el Modelo de Adaptación de Roy, con el uso de NANDA-I, Clasificación de Resultados de Enfermería y Clasificación de Intervenciones de Enfermería. **Método:** se trata de un estudio de caso, cualitativo, realizado con un anciano con dos tumores primarios (pulmón y laringe) y las metástasis, en el hogar, en el período de marzo a julio de 2014, después de la aprobación por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Federal de São João del Rey, CAAE: 23523913.7.0000.5545, número de protocolo 667.264. **Resultados:** se observó que el cuidado a los ancianos ha favorecido la adaptación; porque, a medida que se implementan y evalúan las intervenciones, el cliente mejoró significativamente antes de los estímulos, lo que permitió alcanzar los objetivos estipulados. **Conclusión:** el uso de esta teoría permitió reconocer que las metas e intervenciones implementadas eran importantes para reemplazar respuestas ineficaces por las respuestas de adaptación. **Descriptores:** Neoplasias; Teoría de Enfermería; Proceso de Enfermería; Envejecimiento de la Salud.

¹Enfermeira egressa, Universidade Federal de São João del-Rei/UFESJ. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: carolferrandesx@gmail.com;

²Enfermeira. Graduada em enfermagem Universidade Federal de São João del-Rei/UFESJ. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: si_queiroz15@hotmail.com;

³Enfermeira egressa, Universidade Federal de São João del-Rei/UFESJ. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: nessinhadas_4@hotmail.com;

⁴Enfermeira. Professora Mestre em Gerontologia, Doutora em Educação, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei/UFESJ. Divinópolis (MG), Brasil. E-mail: pperesoliveira@gmail.com;

⁵Enfermeira, Especialista em Oncologia, Professora Mestre e Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: andreabrodrigues@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional figura no contexto mundial de forma relevante proporcionou consequências e mudanças significativas na sociedade nos planos políticos, econômico, cultural, técnico-científico e social. Os reflexos dessas mudanças são percebidos no cotidiano, expressos nos modos de viver, pensar e agir dos idosos. Neste contexto emerge-se a necessidade precípua de investigar as condições de saúde desse segmento populacional e as várias faces que envolvem o processo de envelhecimento.¹⁻²

Uma das mais temidas doenças crônicas não transmissíveis é o câncer, embora apresente possibilidade de cura, quando diagnosticado precocemente, qualquer que seja sua etiologia, atinge milhões de pessoas no mundo, frequentemente, é aterrador, pois, apesar dos avanços terapêuticos, que possibilitam uma melhoria na taxa de sobrevida e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante e mortal.³ A incidência dessa doença aumenta consideravelmente com a idade, muito provavelmente porque, com o avançar dos anos, acumulam-se fatores de risco associado a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso.⁴⁻⁵

Melhoria na sobrevivência e expectativa de vida de pessoas com câncer tem colocado um foco em riscos a longo prazo, incluindo o de desenvolver outras primárias malignidades.⁶ Paralelamente, deve-se considerar que os fatores de risco para o câncer de pulmão e de laringe encontram-se associados. A incidência dos dois é maior em homens.³

O primeiro a documentar a ocorrência de várias neoplasias simultâneas em um mesmo paciente foi Billroth. Em 1932 Warren e Gates realizam uma grande revisão de várias séries de casos de neoplasias primárias múltiplas e apresentam também 1.078 autópsias, onde identificaram 40 casos (3,7%) de tumores múltiplos. Nesse estudo os autores propuseram e utilizaram os seguintes critérios para a identificação de neoplasias primárias múltiplas: a confirmação diagnóstica de malignidade para os tumores, a distinção entre eles e a exclusão da possibilidade de um tumor ser metástase do outro.⁷

Estudo realizado em 2012 apontou que as pessoas com câncer de pulmão do sexo masculino têm um risco de uma segunda neoplasia de laringe de 3,7% ao ano, sendo que destes, menos de 1% dos tumores foram sincrônicos, ou seja, diagnosticados nos primeiros seis meses do diagnóstico do

primeiro tumor,⁸ como é o caso do idoso deste caso clínico.

A relevância deste estudo está no fato do idoso possuir dois tumores primários, de pulmão e laringe, respectivamente, e possuir metástases advindas do adenocarcinoma de pulmão em região pleural e coluna vertebral, fundamentando a importância de aplicar a sistematização do cuidar a um cliente com doenças crônicas e sua família, além do fato de não ter na literatura, nacional e internacional, publicação de enfermagem sobre um caso clínico oncológico com dois tumores primários e metástases posteriores.

Os profissionais de saúde que convivem com pessoas com câncer, percebem que tal doença provoca um grande impacto emocional e social na família e no indivíduo que vivencia esta enfermidade. Além disso, requer constante reestruturação, acarretando um desafio contínuo da pessoa em relação a seu corpo, sua família, seu papel social, seus planos futuros e seus valores pessoais.⁹⁻¹⁰

Nesse contexto, a equipe de enfermagem possui como responsabilidade assistir o indivíduo com câncer e sua família, tanto no aspecto físico como no psicológico e os cuidados de saúde realizados no domicílio são os componentes de um cuidado de saúde integral e contínuo. Os serviços de saúde prestados as pessoas e famílias na residência tem o propósito de promover, manter e recuperar a saúde, ou aumentar a independência do indivíduo e família, ao mesmo tempo em que diminuem as implicações da dependência nas atividades de vida.¹⁰

Precisamos considerar ainda que quando o cuidado é transferido para o domicílio, este se torna um portal de abertura em que se descortina o cotidiano da vida das pessoas e da família que moram na mesma residência. Esse cotidiano desvelado traz em si dimensões da existência humana que adquirem importância para o estabelecimento de relações antes não vivenciadas, seja entre profissionais, usuários e familiares, seja entre famílias e serviços como instituições distintas.⁹⁻¹⁰

As pessoas com câncer tendem a ficar mais sensíveis e vulneráveis aos estímulos provocados pela situação da neoplasia, muitas vezes interferindo na promoção de uma resposta eficaz diante desses estímulos, o que contribui de forma negativa para a sua adaptação. Então, cabe ao enfermeiro planejar a assistência integral a esses indivíduos e sua família, de forma ordenada e científica, utilizando o processo de enfermagem, baseado em um referencial

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

teórico que, neste estudo será o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MACR). O câncer gera estímulos exigindo do portador uma resposta, que poderá ser tanto adaptativa como ineficaz, por meio da atenção domiciliar que inclui, a família como elemento interativo e colaborativo no cuidado com a saúde, atendendo assim às necessidades complexas e utilizando uma gama de recursos institucionais, comunitários e familiares para a efetividade das respostas adaptativas.¹¹

A escolha por implementar o processo de enfermagem em um indivíduo com duas neoplasias primárias e metástases deu-se, tendo em vista, que a população idosa constitui-se em um grupo diferenciado, tanto no que se refere às condições sociais, quanto no aspecto dos cuidados necessários à sua saúde e bem-estar, considera-se fundamental uma maior aproximação aos idosos para a identificação dos cuidados de enfermagem que melhor atendam suas necessidades, buscando melhorar sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a individualização da assistência.

Deste modo, o estudo de caso poderá contribuir para o conhecimento dos profissionais de enfermagem que cuidam de idosos com câncer.

Destarte, o estudo em questão objetivou operacionalizar o processo de enfermagem a um idoso com duas neoplasias primárias e metástases, baseado no Modelo de Adaptação de Roy, utilizando NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC-*Nursing Outcomes Classification*) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC-*Nursing Interventions Classification*).

REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de enfermagem (PE) baseia em cinco etapas interligadas que são a investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É um modo sistemático e dinâmico de realizar os cuidados de enfermagem. Indispensável a todas as abordagens de enfermagem, o PE produz um cuidado humanizado dirigido a resultados e econômico.¹²⁻¹³

Os enfermeiros têm instrumentos de trabalho que possibilitam a interação ágil durante a aplicação do PE, dentre eles: os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem-NANDA-I,¹⁴ Resultados de Enfermagem-NOC¹⁵ e Intervenções de Enfermagem-NIC.¹⁶

O PE é embasado por fases que podem modificar conforme a teoria de enfermagem a ser aplicada. Roy expõe uma concepção de

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

processo que integra as seguintes etapas: avaliação do comportamento, avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação.¹²⁻¹³

O MACR concede quatro conceitos fundamentais: a pessoa receptora do cuidado, o ambiente, a saúde e a propósito de enfermagem. A pessoa é o foco do cuidado de enfermagem e pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Roy compreende a pessoa como um sistema que compartilha conhecimentos com o seu ambiente constantemente, o que acarreta transformações internas e externas no mesmo.¹¹ Diante de tais modificações, ainda há a exigência de se ajustar com o objetivo de manter a integridade. Isto é, o indivíduo é um sistema aberto denominado de sistema de adaptação.¹³

O ambiente é considerado como o mundo interno e aquele ao redor da pessoa. Os sistemas humanos inter-relacionam-se com as mudanças ambientais, onde conseqüentemente surgem respostas adaptativas a esse ambiente. Vê-se que a saúde é resultado da adaptação da pessoa a um ambiente que está sendo modificado constantemente, levando-a a precisar ser uma pessoa integrada, com habilidade de atingir as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle.¹¹

A enfermagem tem como um dos objetivos promover respostas eficazes nos quatro modos adaptativos e as nossas atividades devem estimular reações adaptativas nas situações de saúde e doença. O enfermeiro deve atentar-se em manejar os estímulos focais, contextuais e residuais do indivíduo. A assistência de enfermagem deve estar atenta na condição da pessoa, nos estímulos focais, contextuais, residuais e na promoção da reação adaptativa.^{12-13,17}

Compreende-se que os estímulos focais dizem respeito ao problema central causador de mudanças no indivíduo. Já os contextuais são os sinais e sintomas que podem ser avaliados, observáveis e relatados pelo sujeito. E os estímulos residuais são condições significativas para a situação do indivíduo, mas que não são mensuráveis.¹³

O sistema adaptativo do indivíduo tem entradas (estímulo=*input*) que são regulamentadas pelos estímulos procedentes interna ou externamente a pessoa, causando respostas que a levarão a adequar-se ou não. O grau de adaptação dependerá de cada indivíduo, ou seja, irá depender dos seus meios de enfrentamento. O sistema adaptativo ainda possui respostas também

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

(comportamento=*output*) que são os modos como a pessoa se comporta, como reage a determinado estímulo. Ele poderá responder de forma ineficaz ou adaptativa.¹³

Os mecanismos de enfrentamento utilizados para adaptação são o regulador, que compreende transmissores químicos, neuronais ou endócrinos e o cognoscente que envolve percepções, emoções e julgamento.^{11,13}

Os mecanismos, regulador e cognoscente, atuam nos modos adaptativos que compreendem: função fisiológica, autoconceito, função do papel e interdependência. O modo fisiológico associa-se as necessidades humanas básicas: oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso; integridade da pele; sentidos, fluidos e eletrólitos; função neurológica e endócrina. O modo de autoconceito é um modo psicossocial que se relaciona ao conceito que o indivíduo/grupo tem sobre si. Desta forma, o modo de interdependência é estabelecido como relações estreitas entre as pessoas; no modo social são desempenhadas pelas relações sociais.¹¹

O modo de desempenho social é também um modo psicossocial, que envolve especificamente os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade.¹³ Os efetadores dos mecanismos de enfrentamento são os quatro modos citados, que sofrem influência de estímulos, tanto externos quanto internos, produzindo uma resposta eficaz ou não. As respostas a esses estímulos são positivas quando favorecem a sobrevivência, crescimento e produção das pessoas, e são negativas quando não conseguem esse objetivo.^{11-12,17}

Conforme a teorista, o enfermeiro tem como uma de suas missões, nessas situações, encorajar a adaptação positiva do indivíduo. Assim sendo, é essencial desenvolver duas ações: avaliação e intervenção. O profissional apontará as situações-problema e seus respectivos estímulos durante a avaliação. Já durante a intervenção, ele manipulará esses estímulos de modo a eliminá-los, fazendo com que a pessoa se adapte a eles.¹¹

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, refere-se a um meio de organizar os dados, preservando do objeto estudado o seu caráter unitário. Considera a unidade como um todo, incluindo o seu desenvolvimento (pessoa, família, conjunto de relações ou processos, dentre outros). Por meio do estudo do caso o que se pretende é investigar, como uma unidade, as

características importantes para o objeto de estudo da pesquisa, representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados.¹⁸

O cenário de estudo foi o domicílio de um idoso com neoplasias de pulmão e laringe primária e metástases, morador de um município do interior de Minas Gerais, foram realizadas visitas domiciliares nos meses de março a julho de 2014. Foi escolhido este idoso por estar há 10 anos em tratamento/acompanhamento devido as neoplasias e, cadastrado em uma entidade filantrópica localizada na cidade onde reside, sem fins lucrativos, cujo objetivo é prestar assistência a pessoas com câncer, propiciando-lhes melhora da qualidade de vida e inclusão social.

Inicialmente, foi utilizado um roteiro de levantamento de dados, baseado na Teoria de Adaptação de Roy, elaborado pelas autoras. Segundo Roy, o PE apresenta seis fases: avaliação de comportamento, avaliação de estímulos, diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação.¹³

Na primeira visita domiciliar (VD), o roteiro destinou-se a avaliar os comportamentos e os estímulos focais, contextuais e residuais. A partir daí, foram estabelecidos os diagnósticos de Enfermagem, utilizando-se como a NANDA-I.¹⁴ Após, foram estabelecidas as metas e as intervenções, a fim de promover uma melhor resposta adaptativa do idoso. Diante do objetivo de atuar nos comportamentos ineficazes identificados, os resultados e as intervenções e de enfermagem foram definidos conforme a NOC¹⁵ e a NIC.¹⁶

Em outras VD as intervenções foram implementadas e avaliadas, realizou-se um processo de julgamento sobre as respostas do idoso a respeito dos estímulos geradores dessas respostas.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, conforme CAAE: 23523913.7.0000.5545 e protocolo número 667.264. O participante do estudo aceitou, o convite voluntariamente, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dados referente a investigação comportamental, ou seja, a coleta de respostas ou de comportamentos de saída da pessoa como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos,¹² neste caso, os

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

modos fisiológico, autoconceito e social. No modo interdependência não foram encontrados diagnósticos de enfermagem.

Os dados foram coletados mediante roteiro, baseado no MACR, exame físico e prontuário da instituição beneficente onde o cliente é cadastrado, além de resultados de exames e laudos que encontravam em sua residência. Este processo levou à obtenção da história do idoso. Como primeira etapa do PE, a investigação comportamental é considerada a coleta de respostas ou de comportamentos de saída do indivíduo como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos, ou seja, neste caso, os modos fisiológicos, autoconceito e modo social. Este processo levou à obtenção da história do idoso.

● Histórico do idoso

Idoso, 72 anos, sexo masculino, natural de Piracema, Minas Gerais, casado, seis filhos e 11 netos que não residem em seu domicílio; aposentado (salário de R\$840,00 em março de 2014; esposa não possui renda), trabalhou por 28 anos em uma siderúrgica no alto forno cujo combustível usado era carvão mineral, ensino fundamental incompleto, católico, tabagista por 50 anos, parou de fumar há 10 anos quando foi diagnosticado o câncer de pulmão. *Antecedentes familiares:* pais falecidos por morte natural, duas irmãs vivas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Antecedentes clínicos:* exérese do adenocarcinoma primário em lobo superior direito (LSD) do pulmão, fez segmentectomia de LSD e toracotomia em julho de 2004. No mês outubro de 2004, foi diagnosticado Carcinoma Epidermoide (CEC) de laringe primário, fez faringolaringectomia e 36 sessões de teleterapia. Em 26/05/2009 foi diagnosticado comprometimento pleural e da coluna vertebral - T10, T11 e T12, ambas metástases do adenocarcinoma pulmonar. *História da doença atual:* encontra-se em controle ambulatorial semestral em estadiamento IV, utiliza exclusivamente hospital conveniado do Sistema Único de Saúde, orientado sobre seus problemas de saúde, foi realizado a primeira VD em 26/03/2014, demais VD em abril, maio, junho e julho de 2014. Reside com a esposa em casa própria de alvenaria, com saneamento básico, oito cômodos amplos, com degraus da sala para a cozinha e para o banheiro, quintal com árvores frutíferas e horta, que fornece parte dos alimentos para a família. Aos exames durante as VD, constatou-se que o idoso estava consciente, orientado, comunicação prejudicada, pois apresenta traqueostomia definitiva, mas consegue emitir sons por uso de voz esofágica, faz higiene

sempre que surge secreção, portanto várias vezes por dia com soro fisiológico e gaze. Emagrecido, peso corporal 25% abaixo do ideal, apresentou aumento de dois quilos entre a primeira e a última VD. Pele e mucosas estavam ressecadas, descoradas. Houve diminuição do ressecamento da pele em todo o corpo a partir da segunda VD. Dorme por cinco horas contínuas após tomar clonazepam 2mg à noite, sempre em decúbito lateral direito. Inicialmente apresentou ingestão hídrica diminuída, apetite diminuído, com pouca aceitação alimentar e somente alimentos pastosos, abdômen plano, indolor à palpação, higiene corporal e oral preservadas, com a frequência de um banho/dia no final da tarde. Dispneico aos médios esforços referiu cansaço e fadiga ao deambular pela casa, com expansão torácica normal, ausculta pulmonar murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 16ipm a 20ipm, presença de tosse durante as 24 horas do dia com secreção esbranquiçada; ausculta cardíaca: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopro, pulso de 79bpm a 80bpm, perfusão periférica preservada, pressão arterial dentro dos parâmetros normais (120x70mmHg a 130x70 mmHg). Eliminação vesical espontânea com característica e frequência normal, eliminação intestinal presente em dias alternados, sons intestinais ativos, deambula sem ajuda, apresenta nódulos visíveis e palpáveis em coluna vertebral T10, T11 e T12, referiu dor moderada (5 pela escala analógica da dor) constante há 5 anos, tipo queimação que irradia para região lombar e membros inferiores. Hemoglobina de 10,8 g/dL (março de 2014) a 11,6 g/dL (julho de 2014), Hematócrito de 28% a 33%, demais exames laboratoriais dentro dos parâmetros de normalidade. Na primeira VD, encontrava-se choroso, nostálgico e triste, referiu falta de energia o tempo todo, e disse estar desgostoso com a vida: “a alegria de viver acabou, não posso mais falar e comer o que quero... não saio mais de casa, pois tenho vergonha... as pessoas ficam reparando, só vou a missa rezar”. Quanto à recreação e lazer refere ouvir rádio, assistir todos os jogos de seu time de futebol e jogo de “truco” com a família em feriados, evita ir a festas e encontros familiares.

◆ O processo de enfermagem e o Modelo de Adaptação de Callista Roy

O PE pode ser visualizado de acordo com o MACR. Os componentes do PE foram a avaliação do comportamento e de estímulos, os diagnósticos de enfermagem, o estabelecimento das metas/resultados,

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

intervenções e avaliação.^{13,17} Foi um instrumento valioso na orientação da atenção domiciliar das pesquisadoras, o centro dos cuidados de enfermagem foi o idoso com neoplasia de pulmão, segundo tumor primário de laringe e metástases, considerando as suas crenças, valores e esperanças.

Os aspectos que afetaram o idoso, chamado de estímulos, causaram uma resposta adaptativa ou ineficaz, representou a interação do seu sistema adaptativo com o meio ambiente.^{13,19}

As células neoplásicas primárias (pulmão e laringe) e as metástases pleural e em coluna vertebral foram o estímulo focal que confrontaram o idoso em quatro modos adaptativos: mudanças físicas, tais como perda de peso, dor crônica, traqueostomia, disfunções no metabolismo de nutrientes, diminuição da hemoglobina e hematócrito que afeta o modo fisiológico. Ao mesmo tempo, estas mudanças trazem consigo sentimentos

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

de desesperança, dependência e insegurança, o que afeta a autoconceito. A função de papel é prejudicada na família e nas questões sociais.

Estímulos contextuais, que são os sinais e sintomas que podem ser avaliados, observáveis e relatados pela pessoa, tais como, no caso do idoso, a idade, o tabagismo, a traqueostomia, a diminuição da oxigenação para os tecidos; têm uma influência sobre o efeito do estímulo focal.

O estímulo residual provável foi o trabalho em alto forno de siderúrgica com carvão por 28 anos, ou seja, condições significativas para a situação do idoso, mas que não podem ser mensuradas.

Apresenta-se na **Figura 1** uma representação diagramática baseada nos registros dos sistemas adaptativos de Roy.

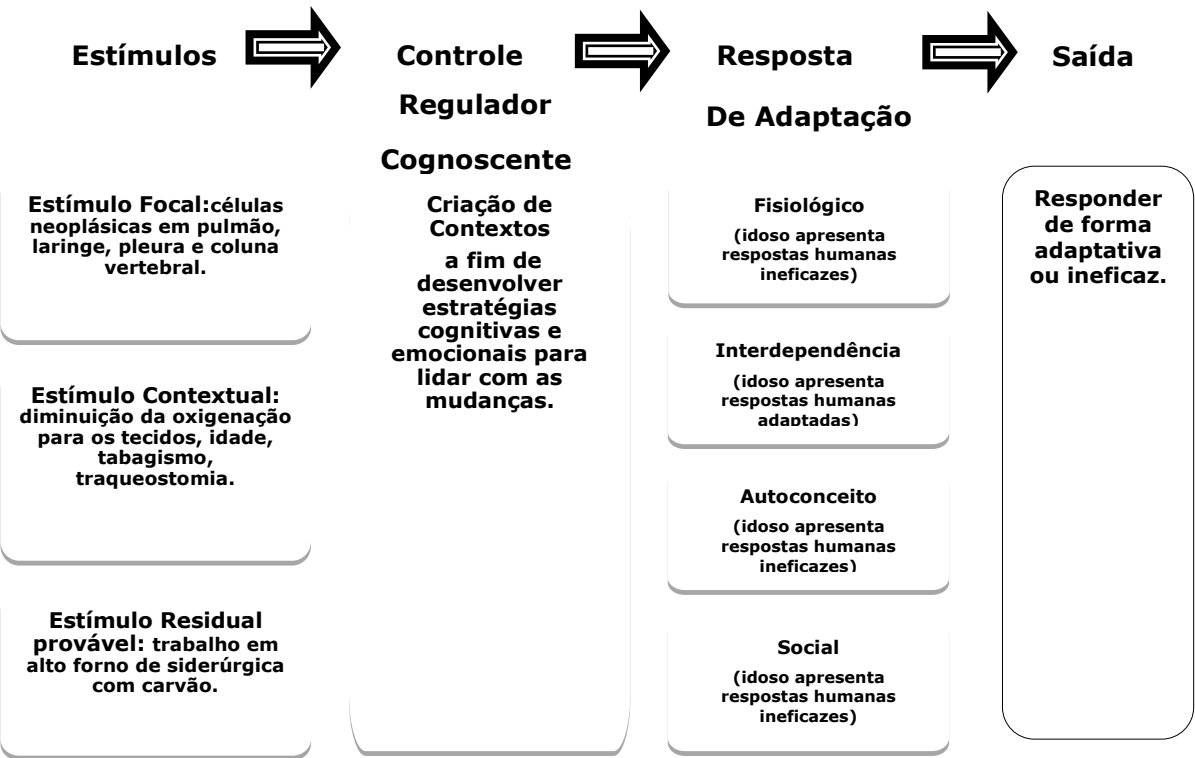


Figura 1. Representação diagramática baseado no Modelo de Adaptação de Callista Roy, referente a um idoso com dois tumores primários (pulmão e laringe), e metástases. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2014.

Tabela 1. Planejamento da assistência de enfermagem a um idoso com câncer de pulmão e laringe primários e metástase. Divinópolis-MG, Brasil, 2014.

Modos de adaptação de Callista Roy	Diagnósticos de Enfermagem (código NANDA)	Resultados de Enfermagem (código NOC)	Intervenções de Enfermagem (código NIC)
Modo fisiológico: nutrição.	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00002), caracterizada pela falta de interesse na comida, mucosas pálidas e peso corporal 25% abaixo do ideal; relacionada a incapacidade de ingerir os alimentos.	Estado nutricional (1004).	Monitorização nutricional (1160).
		Apetite (1014).	Planeamento da dieta (1020).
		Estado da deglutição (1010).	Controle da nutrição (1100).
		Peso: massa corporal (1006).	Controle de peso (1260).
Modo fisiológico complexo: sentidos.	Dor crônica (00133), caracterizada por relato de dor, fadiga e anorexia; relacionada a metástase em coluna vertebral T10, T11 e T12.	Nível da dor (2102).	Controle da dor (1400).
		Nível de desconforto (2109).	Administração de analgésicos (2300).
			Musicoterapia (4400).
Modo fisiológico complexo: sentidos.	Comunicação verbal prejudicada (00051), caracterizada pela fala com dificuldade relacionada a barreira física (Traqueostomia).	Comunicação (0902).	Melhora da comunicação: Déficit da fala (4976).
Modo fisiológico: proteção.	Risco de quedas (00155), relacionada a idade de 72 anos, degraus em sua residência, tapetes soltos na residência, anemia e uso de clonazepam.	Ambiente domiciliar seguro (1910).	Prevenção contra quedas (6490).
Modo social.	Interação social prejudicada (00052), caracterizada por desconforto em situações sociais e relato familiar de mudança na interação, após a traqueostomia, relacionada a barreira de comunicação.	Comunicação (0902).	Melhora da socialização (5100).
		Imagem corporal (1200).	Melhora da imagem corporal (5220).
		Autoestima (1205).	Fortalecimento da autoestima (5400).
Modo autoconceito: Self físico.	Tristeza Crônica (00137), caracterizada por sentimentos expressos que podem interferir na capacidade do idoso atingir seu mais alto nível de bem estar físico relacionada à experiência de doença crônica.	Estado de saúde pessoal (2006).	Apoio à tomada de decisão (5250).
		Enfrentamento (1302).	Melhora do enfrentamento (5230).
		Bem-estar pessoal (2002).	Aconselhamento (5240).
			Escutar ativamente (4920).
			Presença (5340).

DISCUSSÃO

As doenças crônicas, dentre elas as neoplasias de pulmão e laringe, apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso, assim o cuidado precisa estar direcionado para a implementação de intervenções voltadas para a manutenção dessa capacidade funcional, pois tem implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas, de forma a facilitar o enfrentamento do novo estilo de vida e, consequentemente promover o bem-estar do idoso.^{2,5}

A análise e o agrupamento dos sinais e sintomas presentes durante a avaliação e os julgamentos clínicos realizados sobre as

respostas humanas, baseados no referencial de Roy, permitiu as pesquisadoras usarem terminologias bem definidas, como NANDA-I,¹⁴ NOC¹⁵ e NIC¹⁶ para padronizar o cuidado de enfermagem.

Depois de agrupar os dados clínicos, as respostas humanas, levantar os diagnósticos de enfermagem, e determinar os resultados que se pretendeu atingir, em colaboração com o cliente, o plano de cuidados foi elaborado e implementado, ao longo das VD as pesquisadoras avaliaram se, os resultados estavam sendo impactados positivamente ou, se precisavam rever os diagnósticos, metas e/ou intervenções, conforme apropriado. As intervenções de enfermagem envolveram a manipulação dos estímulos a fim de promover respostas adaptativas.

Conforme a Tabela 1, os modos de adaptação de Callista Roy comprometidos

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

foram: fisiológico (nutrição, atividade/repouso e proteção), fisiológico complexo (sentidos), autoconceito (*Self* físico) e social.

♦ Modo fisiológico

O modo fisiológico relaciona-se às cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção; além de quatro necessidades fisiológicas complexas: sentidos; fluídos e eletrólitos; função neurológica e endócrina.

Os diagnósticos de enfermagem, considerados pelas pesquisadoras, no cuidado ao idoso, no modo fisiológico foram: nutrição desequilibrada-menos que as necessidades corporais (nutrição), dor crônica (sentidos), comunicação verbal prejudicada (sentidos) e risco de quedas (proteção).

O diagnóstico de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais, é definido como: ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.¹⁴ No presente estudo, esse diagnóstico foi evidenciado pela falta de interesse na comida, mucosas pálidas e peso corporal 25% abaixo do ideal, relacionado a dificuldade para deglutir alimentos e líquidos, ocasionada pela traqueostomia. Os resultados da NOC,¹⁵ estabelecido com o idoso e a esposa, foi: apetite, estado nutricional, estado da deglutição e peso-massa corporal. O escore inicial quanto ao apetite era de 2 (muito comprometido) e, o escore pretendido foi de 4 (levemente comprometido). Quanto aos demais resultados, o escore de largada era de 2 (desvio substancial) e, como escore-alvo 3 (desvio moderado).

As intervenções estabelecidas com o idoso e a esposa, para alcançar os resultados estabelecidos foram: controle da nutrição e de peso, planejamento da dieta e monitorização nutricional, mediante as seguintes atividades: adaptar a dieta ao estilo de vida do idoso, orientar a ingestão de alimentos conforme preferências e valor nutritivo, dar preferência a alimentos pastosos, evitar o uso de canudo para beber, devido a deglutição prejudicada. Ressalta-se que, inicialmente, foi determinado a capacidade da família para satisfazer as necessidades e garantir que a dieta incluísse alimentos ricos em fibras e vitaminas.¹¹

O diagnóstico de dor crônica tem como definição: experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descritas em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses.¹⁴ Foi

caracterizada pelo relato de dor, fadiga e anorexia; relacionada a metástase em coluna torácica. O resultado de enfermagem, nível de dor, foi classificado em 5 (moderado) e as metas ficaram estabelecidas, em uma escala de 10 pontos, entre 3 e 4 nos movimentos e 0 em repouso. As intervenções realizadas para alcançar o alívio da dor foram discutidas com a família, sendo estabelecido: controle da dor e administração de analgésicos.

Isso incluiu avaliação médica para introdução de medicação analgésica, instrução de posições e movimentos do corpo para evitar aumento da dor, orientação para o idoso e esposa sobre os princípios de controle da dor, como a administração de analgésicos antes do banho, uso de terapias complementares, no caso foram usadas músicas de preferência do idoso. Assim obteve-se uma melhora na qualidade de vida, evidenciada pela ausência de dor após analgesia e audição musical, bem-estar pessoal, melhora no padrão do sono.

O diagnóstico de comunicação verbal prejudicada é definido como: habilidade diminuída ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.¹⁴ Foi caracterizada por afasia e fala com dificuldade, relacionada a barreira física (traqueostomia). A meta estabelecida e alcançada foi a comunicação com a troca de mensagens de forma precisa de 1 (gravemente comprometida) para 3 (moderadamente comprometida).¹⁵ A intervenção proposta e aplicada, baseada na NIC¹⁶ foi a melhora da comunicação: déficit da fala e, as atividades elencadas, em consonância com a família, inicialmente, foi solicitado o auxílio da esposa na compreensão da fala do cliente, nas próximas VD as pesquisadoras ficaram de pé diante do idoso ao conversar e ouviram sempre com atenção. Destarte, possibilitou uma melhor comunicação e cognição.

O diagnóstico risco de quedas, o qual é concebido como suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico,¹⁴ relacionada a idade de 72 anos, degraus em sua residência, tapetes soltos na residência, anemia e uso de clonazepam. A meta estabelecida foi de proporcionar um ambiente domiciliar seguro, cujo escore inicial era 1 (não adequado) e, o escore-alvo estabelecido ficou em 3 (moderadamente adequado), pois não era possível retirar os degraus da residência. Como intervenção foi estabelecida a prevenção contra quedas e, como atividades acordadas com a família: instalar um abajur ao lado da cama, retirar os tapetes dos locais de circulação, manter os

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

degraus livres de objetos e instalação de fitas antiderrapantes nos mesmos.

♦ Modo Autoconceito

O modo autoconceito é composto de crenças e sentimentos sobre si mesmo realizado em um determinado momento. Tem como componentes o *self* físico e o *self* pessoal. O *self* físico, inclui dois componentes: a sensação corporal (comportamento não assertivo, tristeza, sensação de morte) e a imagem corporal. O *self* pessoal é uma avaliação individual de suas próprias características, expectativas, valores e méritos.¹³

Foi diagnosticado tristeza crônica, tem como definição o padrão clínico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência.¹⁴ Neste estudo, evidenciado pela expressão de sentimento de tristeza, vazio, desgosto relacionada ao câncer. Os resultados selecionados foram: bem-estar pessoal, cujos escores de partida foram determinados como 1 (nem um pouco satisfeito) e, os escores-alvo ficaram em 3 (moderadamente satisfeito). Os escores iniciais para aceitação: estado de saúde pessoal e enfrentamento foram 2 (raramente demonstrado) e, o escore almejado, 4 (frequentemente demonstrado).¹⁵ Para o alcance as pesquisadoras estabeleceram as intervenções: escutar ativamente, presença, aconselhamento, apoio à tomada de decisão e melhora do enfrentamento.

♦ Modo social

O modo social é o conjunto de expectativas sobre como uma pessoa ocupa um papel na Sociedade.¹¹ Elencou-se o diagnóstico de interação social prejudicada que é a quantidade insuficiente ou excessiva, ou ineficaz, de troca social caracterizada por incapacidade de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social relacionada a ausência de pessoas significativas.¹⁴ Foi caracterizada por desconforto em situações sociais e relato familiar de mudança na interação, após a traqueostomia, relacionada a barreira de comunicação.

As metas estabelecidas foram: autoestima, imagem corporal comunicação com escore inicial de 1 (gravemente comprometida) e, escore-alvo de 3 (moderadamente comprometida).¹⁵ As intervenções para alcançar os resultados foram: fortalecimento da autoestima, melhora da imagem corporal e da socialização.¹⁶

♦ Avaliação

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

O PE é completado pela avaliação. Nesta fase, as metas de comportamento são comparadas com as respostas de saída da pessoa, e é determinado o movimento em direção ou afastamento da obtenção de metas. A readaptação às metas e as intervenções são feitas com base nos dados de avaliação.^{13,19}

Ao se realizar um julgamento das respostas do idoso, após a implementação das intervenções de enfermagem, de acordo com o observado, no decorrer das VD e, na medida em que as intervenções foram implementadas e avaliadas, o cliente apresentou melhora significativa diante dos estímulos, o que possibilitou alcançar as metas de uma melhora do apetite, aceitação dos alimentos pastosos, aumento da energia, inclusive apresentou um aumento de dois quilos em três meses, melhora da anemia, comprovada por exames laboratoriais, ausência da dor em repouso, passou a receber visitas em seu lar, diminuindo seu sentimento de tristeza, portanto manifestando comportamentos que demonstraram a sua adaptação.

Pode-se concluir que as metas estabelecidas foram alcançadas, demonstrando a importância da assistência de enfermagem.

CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem aplicada à luz da teoria de Roy, facilitou o diálogo com o idoso e sua esposa no alcance das metas e modificações dos comportamentos, por meio da implementação das intervenções. De forma gradual, o cliente evoluiu de maneira satisfatória, apresentando comportamentos adaptativos.

Pode-se ainda observar que o cuidado implementado com o PE nos permitiu agir de forma direcionada aos problemas adaptativos do idoso com duas neoplasias primárias e metástases, por meio do julgamento clínico na busca de melhor promover a sua saúde.

Apesar de estar de acordo com os critérios estipulados na metodologia, uma das limitações do estudo foi ser realizado com um único idoso com neoplasia de pulmão e laringe primárias e metástases, devido a ser um caso com pequena incidência mundial. Estas desvantagens limitam a generalização dos resultados. Contudo, essas limitações não invalidam o estudo e respondem de forma satisfatória às proposições da pesquisa. Os resultados estimulam a continuidade desse tipo de estudo clínico com casos não descritos na literatura, pois desta forma, propiciará um cuidado contínuo, atualizado e de qualidade

Dias VCC, Andrade SQ de, Santos CF et al.

com enfoque no bem-estar da pessoa e para o alcance da sua autonomia de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Haasbeek CJ, Palma D, Visser O, Lagerwaard FJ, Slotman B, Senan S. Early-stage lung cancer in elderly patients: a population-based study of changes in treatment patterns and survival in the Netherlands. *Ann Oncol*. 2012 Oct;23(10):2743-7.
2. Mantovani M, Mendes F. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. Online braz j nurs. [Internet]. 2010; [Cited 2013 Jan 22] 9(1):1-2. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2835>.
3. Swaminathan V, Audisio R. Cancer in older patients: an analysis of elderly oncology. *Ecancermedicalscience*. 2012 Feb; 6: 243.
4. Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR, Bader AM, Barnato AE, Gawande AA, Jha AK. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2011;378:1408-13.
5. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(1):231-38.
6. Petrucci MS, Brunori V, Masanotti GM, Bianconi F, La Rosa F, Stracci F. Incidence of multiple primary cancers following respiratory tract cancer in Umbria, Italy. *Ig Sanita Pubbl*. 2013 Nov/Dec;69(6):629-38.
7. Priantel AVM, Carvalholi AL, Kowalski LP. Segundo tumor primário em pacientes com câncer de vias aerodigestivas superiores. *Braz j otorhinolaryngol*. 2011 Mar/Apr; 76(2): 251-256.
8. Surapaneni R, Singh P, Rajagopalan K, Hageboutros A. Stage I lung cancer survivorship: risk of second malignancies and need for individualized care plan. *J Thorac Oncol*. 2012 Aug; 7(8): 1252-6.
9. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA, Caliri MHL. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer com câncer. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013;46(3):289-96.
10. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2011 [acesso em: 30 de jun 2014];13(2):338-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8980>.
11. Coelho SMS, Mendes IMDM. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de

Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias...

- adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*. 2011 out/dez; 15(4):845-50.
12. Saldanha EA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Medeiros ABA, Lopes MVO, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. *Rev Rene*. 2013; 14(4):774-82.
 13. Roy C, Andrews HA. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2009.
 14. Herdman TH. *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
 15. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5. ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2013.
 16. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner, C. *Nursing interventions classification (NIC)*. 6. ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2013.
 17. Bastos R, Fernandes M, Soares M, Costa M, Sousa F, Almeida F. Physiological adaptation of elderly in hemodialysis treatment: an analysis in the light of the Roy Model. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2014 Jan [cited 2015 Jan 12]; 8(4):834-41. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4743>
 18. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
 19. Costa T, Leite K, Andrade S, Santos S, Costa K, Martins K. Self-concept analysis of elderly in light of the model of adaptation of Roy: the "i physical and the i personal". *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2013 Apr [Cited 2015 Jan 11];7(5):1421-6 Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4561>

Submissão: 14/01/2015

Aceito: 13/05/2015

Publicado: 01/06/2015

Correspondência

Patrícia Peres de Oliveira
Universidade Federal de São João del-Rei/UFSJ
Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400
Bairro Chanadour
CEP 35501-296 – Divinópolis (MG), Brasil