

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES ESTOMIZADOS

FURTADO, Fabiane Pinho¹
SOUSA, Lenice Dutra de²
SANTOS, Ricardo Cunha³

A palavra “estoma” tem origem grega e exprime a ideia de “boca” ou “abertura” do segmento abdominal, visando o desvio do conteúdo fecal para o meio externo. Entre as principais causas que levam uma pessoa a usar a bolsa de colostomia, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estão às doenças inflamatórias do cólon como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, câncer de cólon e reto². Conforme a porção do intestino onde é construído, o estoma recebe diferentes denominações como: colostomia, quando o cólon é exteriorizado e, ileostomia quando é o íleo². Quanto à temporalidade as estomias podem ser: temporárias (transitórias) ou definitivas (permanentes), essa característica depende do tipo de cirurgia realizada e patologias de base do paciente. No Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), foi criado em 1995 o Serviço de Estomaterapia que atende clientes portadores de estomias e seus familiares. No setor há o fornecimento de materiais/produtos específicos e consultas de enfermagem. Entende-se que identificar as necessidades que aproximam a clientela do Serviço de Estomaterapia pode contribuir com o conhecimento específico no cuidado dos clientes estomizados e, ainda, auxiliar na atuação dos profissionais de saúde e estudantes no ensino, pesquisa, extensão e prática de enfermagem. Assim, destaca-se a relevância de conhecer os diagnósticos de enfermagem prevalentes entre os pacientes estomizados para subsidiar a assistência de enfermagem, bem como as intervenções com pacientes portadores de estomias. Para tanto, este estudo teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem dos pacientes estomizados cadastrados em um Serviço de Estomaterapia. O Processo de Enfermagem (PE) é descrito como um processo dinâmico, com cinco partes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O histórico de enfermagem envolve uma coleta sistemática de dados, para que se torne possível a identificação do problema de enfermagem, com esses dados analisados e avaliados, ocorre o segundo passo, o Diagnóstico de Enfermagem (DE), que são os problemas ou situações de saúde de reais ou potenciais que o enfermeiro é responsável por tratar⁴. O estudo teve abordagem qualitativa e caráter exploratório. Foi realizado no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior da Universidade Federal do Rio Grande- FURG, localizado no município do Rio Grande. Trata-se de uma pesquisa documental. Os dados para fonte das informações foram Históricos de Enfermagem dos prontuários dos clientes cadastrados no Serviço de Estomaterapia do HU/FURG. Os critérios de inclusão foram: históricos de enfermagem de clientes

¹ Enfermeira. Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

² Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG.

³ Estudante do quinto semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). ricardo.c.dossantos@hotmail.com

portadores de colostomia e ileostomia. Foi considerado critério de exclusão: históricos de enfermagem de clientes portadores de urostomias. A coleta dos dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG sobre o parecer 107/2013. Durante a etapa de coleta de dados, não houve contato com os clientes, sendo preservada a identificação dos pacientes, aspecto este que dispensou a necessidade de utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta foi realizada por meio de instrumento de coleta de dados. Os dados do estudo foram organizados por meio do Processo de Enfermagem para a identificação dos diagnósticos. Foram identificados diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Sendo o DE um julgamento clínico sobre as respostas de cada indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais ou potenciais, e constituem a base para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável⁴. Para este estudo foi realizada a análise temática. Para tanto, foi efetuada a leitura repetitiva, a organização e ordenação dos dados, de forma a buscar as regularidades em que se apresentam os achados e, logo em seguida, foram identificados tema ou categorias³. A amostra totalizou a documentação de 20 históricos de enfermagem. Verificou-se que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino (55%) e, a média de idade mais acometida pela estomização é de 60 a 80 anos, o tempo de estomização predominante foi de 1 a 5 anos e como motivo principal evidenciou-se o Câncer Retal (80%). Ademais, verificou-se que o tipo de estomia prevalente foi a colostomia (90%) de caráter permanente (65%). Os resultados do estudo apontaram para a identificação de 35 diagnósticos de enfermagem completos com frequências bastante distintas. Nesse estudo, os diagnósticos de enfermagem considerados prevalentes são os que apareceram com frequência igual ou acima de 20%. O DE Risco de integridade da pele prejudicada, conceituado como risco de epiderme ou derme alteradas foi diagnosticado em 20 (100%) dos pacientes da pesquisa. Já o DE Risco de volume de líquidos deficiente, considerado risco de diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, refere-se a um risco de desidratação, apenas perda de água sem mudanças no sódio e surgiu para 15 pacientes (75%). O DE Déficit no autocuidado para higiene íntima, definido como a capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si mesmo diagnosticado a 13 (65%) portadores de estomias⁴. Por fim, os DE Déficit no autocuidado para o banho e Padrão de sexualidade ineficaz, foram verificados em 4 pacientes cada um o que correspondeu a 20% de frequência da amostra, foram constatadas como Necessidades humanas Básicas afetadas: integridade cutânea, hidratação, cuidado corporal e sexualidade. Diante dos dados encontrados, compreende-se que as alterações decorrentes da estomização se manifestam também em longo prazo e pode-se generalizar que a atenção às necessidades dos pacientes deve ser constante em qualquer serviço de estomaterapia, portanto, o Processo de Enfermagem configura-se como instrumento adequado para a identificação de necessidades e estabelecimento de plano de cuidados. Conclui-se que os resultados desse estudo podem contribuir para o ensino em enfermagem no sentido de que é necessário reforçar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, da realização do Processo de Enfermagem e do aperfeiçoamento da avaliação clínica do paciente (anamnese e exame físico), o estudo ainda pode contribuir para a extensão e prática de enfermagem, especialmente em serviço ambulatorial, ao entender que seus resultados podem estimular os profissionais e estudantes envolvidos a buscar uma assistência mais qualificada.

Descritores: Estomia, Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem.

Eixo temático: O protagonismo no cuidar

REFERÊNCIAS

1. Ardigo FS. Cuidado de Enfermagem às pessoas/famílias em perioperatório de cirurgia de estomia intestinal. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

2. Instituto Nacional De Câncer (INCA). Estatística do Câncer: Vigilância do Câncer e de fatores de risco. Acesso em 2012 Dez.

3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição. São Paulo. Hucitec: 2007.

4. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International; tradução: Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2013.