

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À COMPLICAÇÃO PERIOSTOMAL SEGUNDO NANDA: ANÁLISE CRÍTICA DAS HABILIDADES NECESSÁRIAS AO ENFERMEIRO

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera*
Angela Maria de Almeida Nogueira**
Franciele Oliveira Fernandes***
Rafaela Dias de Araújo****

BALDISSERA, V. D. A.; NOGUEIRA, A. M. A.; FERNANDES, F. O.; ARAÚJO, R. D. Diagnóstico de enfermagem relacionados a complicação periostomal segundo Nanda: análise crítica das habilidades necessárias ao enfermeiro. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, v. 11, n. 1, p. 63-60, jan./abr. 2007.

RESUMO: Ao assistir o paciente colostomizado, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem que possibilita, ao profissional enfermeiro, assistência planejada, tanto ambulatorial quanto hospitalar. O atendimento a pacientes com colostomia presume a percepção de condições clínicas consideradas patológicas, entre elas, as complicações periostomais. Este trabalho objetiva elencar os diagnósticos de enfermagem relacionados às complicações periostomais, discutindo habilidades clínicas necessárias ao enfermeiro para a definição destes diagnósticos. Diagnóstico de enfermagem é o estudo de algo, para determinação de sua natureza, necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem. Para se definir os diagnósticos de enfermagem relativos a complicações periostomais se faz necessário que o enfermeiro reconheça tais complicações. Os diagnósticos de enfermagem que se relacionam às complicações periostomais podem ser integridade da pele prejudicada e risco para a integridade da pele prejudicada. A avaliação clínica do enfermeiro deve ser pormenorizada para se identificar alterações de pele já existentes, ou em risco de acontecer. Após a realização do diagnóstico de enfermagem é de suma importância que o enfermeiro oriente o paciente para o autocuidado. O enfermeiro deve compreender os parâmetros de normalidade da pele, saber realizar o exame físico e identificar alterações da região do periostoma, a fim de estabelecer o diagnóstico de enfermagem para uma assistência de qualidade e individualizado. As habilidades de exame clínico dermatológico assumem principal destaque na avaliação do enfermeiro para o paciente portador de íleo/colostomia.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Exame Físico.

NURSING DIAGNOSES RELATED TO PERISTOMAL COMPLICATION ACCORDING TO NANDA: CRITICAL ANALYSIS ON THE NECESSARY NURSE'S ABILITIES

ABSTRACT: While assisting the colostomized patient, the nurse uses the nursing process which allows planned either ambulatory or hospital assistance. Colostomized patient implies assistance in the perception of clinical conditions considered pathological – among themselves – the peristomal complications. The objective of this article is to relate nursing diagnoses to peristomal complications by discussing the necessary clinical abilities necessary for the nurse to define such diagnoses. Nursing diagnosis is the study of something in order to determine its nature. It is necessary for the development of a nursing care plan. In order to define the nursing diagnoses related to peristomal complication, it is necessary that the nurse recognize such complications. Nursing diagnoses related to peristomal complication may be the damaged skin integrity as well as the risk for the damaged skin integrity. The nurse's clinical assessment should be detailed in order to identify existing skin alterations or those at risk. After the nursing diagnosis accomplishment it is extremely important that the nurse orientates the patient with respect to self care. The nurse should understand the skin normality parameter, how to carry out the physical exam, and identify alterations in the peristomal region in order to establish a nursing diagnosis towards qualified and individualized assistance. The abilities concerning clinic dermatological exam are important for the nurse's assessment of the patient with ileo-colostomy.

KEYWORDS: Nursing Assessment. Nursing Diagnosis. Physical Examination.

Introdução

Ao assistir o paciente colostomizado, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem que, segundo Horta (1979) “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos, que são o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de

cuidados ou prescrição de enfermagem, a evolução e o prognóstico. Este processo possibilita, ao profissional enfermeiro, assistência planejada, tanto ambulatorial quanto hospitalar, o que se aplica ao atendimento de pacientes colostomizados.

Galdeano apud Dalri; Rossi e Dalri (2006)¹ relatam que a utilização dos diagnósticos de enfermagem possibilita ao enfermeiro conhecer os padrões humanos alterados, colaborando para que as intervenções de enfermagem sejam direcionadas e

*Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR Campus Sede.

**Acadêmica de do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR Campus Sede

***Acadêmica de do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR Campus Sede

****Acadêmica de do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPAR Campus Sede

Endereço para correspondência: Rua Otávio Barbosa da Silva, 1862 CEP 87504-675 – Umuarama-PR . Fone: 44-99560272/44-36245594. e-mail: vane@unipar.br

¹GALDEANO LE. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.

individualizadas. Esta linguagem diagnóstica deve ser padronizada, a exemplo da utilização dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que surgiu na década de 90 e possibilita a organização da terminologia científica relacionada aos diagnósticos de enfermagem (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000). De acordo com Lopes; Montagnoli; Maia (1999) “com o uso dos diagnóstico espera-se identificar os problemas do cliente no âmbito de resolução da enfermagem”.

Em diversas condições crônicas, os indivíduos são atendidos pelo enfermeiro que, utilizando o método científico do processo de enfermagem, irá identificar necessidades humanas afetadas para as quais irá implementar ações de enfermagem. Esta situação aplica-se a colostomizados/ileostomizados.

A colostomia e a ileostomia são condições relacionadas a uma derivação intestinal realizada cirurgicamente na porção do intestino grosso e intestino delgado, respectivamente, com fixação da alça no abdome. Geralmente é indicada para pacientes acometidos por patologias crônicas como doença de Chagas, doença de Chron, câncer, dentre outras. Pode ser provisória ou definitiva, dependendo da indicação médica (BOUNDY et al., 2004). O estoma ou ostoma caracteriza-se pela parte intestinal exteriorizada (SMELTZER; BARE, 2005).

O atendimento a pacientes com colostomia/ileostomia presume a percepção de condições clínicas consideradas patológicas, entre elas, as complicações periestomal, que são aquelas que ocorrem ao redor do estoma. Para tratar destas complicações se faz necessária a identificação dos diagnósticos de enfermagem para que o profissional enfermeiro elabore as intervenções de enfermagem objetivando resolver os problemas identificados.

Este trabalho procura, através de pesquisa bibliográfica, elencar os diagnósticos de enfermagem relacionados às complicações periestomal, discutindo habilidades clínicas necessárias ao enfermeiro para a definição destes diagnósticos.

Convém salientar que a difusão científica sobre a temática diagnóstico de enfermagem vem crescendo em larga escala desde a década de 90 e, quando relacionado a portadores de colostomia/ileostomia, ainda se percebe uma carência de publicações tornando pertinente este trabalho, especialmente por considerar que o mesmo irá contribuir para o corpo de conhecimento da enfermagem.

Desenvolvimento

Ao prestar assistência de enfermagem ao portador de um estoma, o enfermeiro irá deparar-se com naturezas diversas de problemas enfrentados por estes

pacientes. Tais problemas encontram-se enraizados em dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Segundo Gemelli; Zago (2002), os aspectos físicos estão relacionados com as mudanças da anatomia e fisiologia intestinal que repercutem nos aspectos sociais, psicológicos e espirituais do paciente. A auto-rejeição, insegurança, sentimento de incapacidade e descrença em valores espirituais são sentimentos que comumente acompanham os ostomizados durante seu processo de adaptação à sua nova condição. A este respeito, já foram descritas reações esperadas e sentimentos habituais que se evidenciam já no pós-operatório de ostomia (SILVA; TEIXEIRA, 1997), e que perduram por tempo particular no processo de adaptação de cada paciente.

Como profissional engajado com o cuidado humano e na abordagem integral do ser humano, o enfermeiro pode iniciar precocemente sua assistência, objetivando a reabilitação do paciente e minimizando seu sofrimento, especialmente ao incentivar o autocuidado (GEMELLI, ZAGO, 2002), que contribui precocemente para inserir o paciente nos cuidados com seu estoma (ZAGO; CASAGRANDE, 1996), impedindo que crenças e tabus se tornem ameaças à sua integridade física, social e psicológica.

Ao exercer a ciência do cuidado humano através de sua assistência, o enfermeiro estará se utilizando de fases de um processo de trabalho, denominado processo de enfermagem (HORTA, 1979) ou sistematização da assistência de enfermagem (CIANCIARULLO, 2001). A primeira destas fases, o histórico de enfermagem, é o momento em que o enfermeiro fará a coleta de dados subjetivos e objetivos que permitirá sua avaliação da condição do paciente, dando início à segunda fase, denominada diagnóstico de enfermagem, conceituada como o resultado da avaliação de dados levantados pelo enfermeiro, determinando a natureza bio-psico-social das alterações no padrão de resposta humano; o diagnóstico de enfermagem é indispensável para o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem (CARPENITO, 2000) individualizado e que atenda às reais necessidades. Neste sentido, o diagnóstico de enfermagem enquanto “um julgamento clínico sobre as respostas atuais ou potenciais, que indivíduos, famílias ou comunidades apresentam a problemas de saúde/processo de vida” (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2000) permite a elaboração de intervenções adequadas e oportunas. Porém, requer extrema capacidade de raciocínio e interpretação de achados semiológicos.

Piccoli; Galvão (2001) relatam que, para utilizar-se de uma assistência sistematizada, o enfermeiro precisa de um modelo conceitual que norteie a coleta de dados para estabelecer os diagnósticos de enfermagem e de conhecimento cognitivo e afetivo para atender o paciente de acordo com suas necessidades. Acrescenta-

se, ainda, que para definir o diagnóstico de enfermagem, uma linguagem padronizada é oportuna, porque permite a compreensão interdisciplinar (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2002); esta linguagem tem sido padronizada e constantemente revisada através da Associação Norte Americana para Diagnósticos de Enfermagem, comumente denominada NANDA – sigla derivada do nome original inglês North American Nursing Diagnosis Association. Os diagnósticos de enfermagem utilizam-se de taxonomia proposta pela NANDA desde a década de 80 (CIANCIARULLO, 2001), e baseia-se nos achados semiológicos obtidos durante o histórico de enfermagem.

A respeito do portador de ostomia e suas necessidades físicas especiais encontram-se, na literatura, as complicações periestomais, incluindo a dermatite e a necrose isquêmica (MEALY et al., 1996), cuja manifestação se dá por sinais típicos que o enfermeiro deve conhecer e ter habilidades para reconhecê-los, tratá-los e, especialmente, preveni-los. A avaliação clínica do enfermeiro deve ser pormenorizada, a fim de identificar alterações de pele já existentes, ou em risco de acontecer. A avaliação do tipo estoma e do uso adequado do dispositivo - a bolsa para colostomia - são condições necessárias para determinação de riscos potenciais, que são aqueles que demandam medidas de observação e controle, e cuja intervenção se dará quando houver alteração da situação, ou seja, quando o problema potencial for modificado para ativo (CIANCIARULLO, 2001).

Com base na taxonomia proposta por NANDA, os diagnósticos de enfermagem que se relacionam à complicação periestomal podem ser dois: Integridade da Pele Prejudicada e Risco para a Integridade da Pele Prejudicada (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2002). Para determinar estes diagnósticos, o enfermeiro deverá ter domínio da anatomia, fisiopatologia e semiologia, com ênfase nos achados dermatológicos e julgamento clínico, conforme descrito a seguir.

A integridade da pele prejudicada é definida como “epiderme e/ou derme alterada” e é caracterizada por destruição de camadas da pele. O risco de integridade da pele prejudicada é definido como “estar em risco de a pele ser alterada de forma diversa” (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2002).

Para se definir estes diagnósticos de enfermagem se faz necessário que o enfermeiro reconheça tais complicações, que se manifestam por sinais de edema, fistula, hiperemia e escoriação; estes sinais estão presentes por alterações no tecido epitelial que ocorrem por fatores diversos, como os mecânicos, circulatórios e nutricionais.

O edema caracteriza-se pelo aumento da espessura do tecido, resultado do acúmulo de líquidos

na derme e/ou hipoderme, e pode estar presente, nos indivíduos colostomizados, como resultado de processo inflamatório. A fistula relaciona-se a um canal com pertuito da pele que drena foco profundo de supuração ou necrose (POSSO, 1999), e referem-se às complicações de ostomias ligadas a processos infecciosos e isquêmicos. A hiperemia, definida como o aumento da quantidade de sangue que repercute em coloração avermelhada da pele também pode ser evidenciada na região periestomal como resultado de agressões externas do efluente da colostomia, lesão mecânica do adesivo das bolsas coletoras, ou processo infeccioso. As escoriações são consideradas perdas superficiais dos tecidos (POSSO, 1999) e estão relacionadas, também, às agressões que a pele ao redor do estoma sofre por ação mecânica da bolsa coletora ou pelo efluente da colostomia, caracterizando-se como uma condição seqüencial da hiperemia cuja causa não foi solucionada.

Estes sinais somente podem ser reconhecidos quando o enfermeiro tem o conhecimento e a habilidade para realizar o exame clínico da pele, sendo capaz de separar achados anormais daqueles que se enquadram nos padrões de normalidade. Posso (1999) afirma que a “finalidade do exame físico dermatológico é determinar os sintomas subjetivos da doença obtidos na entrevista e os sinais objetivos, percebidos durante a avaliação clínica, através dos métodos de inspeção e palpação”. Deste modo, infere-se que o exame clínico dermatológico realizado pelo enfermeiro proporciona auxílio para diagnósticos de enfermagem de complicação periestomal.

Após a realização do diagnóstico de enfermagem, além de implementar medidas de recuperação ou prevenção de complicações na pele periestomal, é de suma importância que o enfermeiro oriente o paciente para o autocuidado, haja vista que o paciente deve assumir responsabilidade pela sua saúde e recuperação. Quando identificado erros no tipo de dispositivo ou no preparo do próprio paciente para adaptá-lo à pele, devem-se propor intervenções adequadas como substituição do dispositivo e ensino assistido do paciente até que ele seja capaz de manusear e fixar/retirar o dispositivo sem ajuda profissional.

Vale ressaltar que as alterações na pele periestomal aumentam custos, causam dor ao paciente e exige trabalho redobrado da equipe de enfermagem no intuito de reconduzir à integridade da pele, devendo, portanto, ser precocemente identificadas para colaborar com a sua prevenção.

Muito embora este processo de enfermagem já esteja difundido como método eficaz de assistência, sabe-se que são diversos os motivos que levam profissionais enfermeiros a não o adotarem na sua prática assistencial, como a falta de tempo disponível

(KLETEMBERG; MANTOVANI; LACERDA, 2004) durante a jornada de trabalho, corroborando com Thofehn apud Kletemberg; Mantovani e Lacerda (2004)² que afirmam ser o distanciamento entre a teoria e prática o maior responsável por fazer com que enfermeiros atendam mais aos apelos da demanda do que da qualidade dos serviços prestados. Em se tratando da temática deste trabalho é evidente concluir que apenas os enfermeiros dispostos a realizar a sua assistência com base na qualidade sustentada pelo processo de enfermagem - através de histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem - serão capazes de reconhecer as alterações de pele ao redor do estoma já instaladas ou em risco de instalação e decidir sobre as melhores condutas de recuperação e prevenção. Neste sentido, defende-se que somente através da utilização do processo de enfermagem o enfermeiro poderá ter seu papel profissional reconhecido, proporcionando o desfazer das amarras que o projetam como profissional meramente executor de tarefas. A habilidade e conhecimento dos princípios científicos que norteiam a avaliação do indivíduo, seja ele saudável ou enfermo, deve ser uma constante na prática do enfermeiro.

Considerações finais

O enfermeiro deve compreender os parâmetros de normalidade da pele, saber realizar o exame físico e identificar alterações da região periestomal, a fim de estabelecer o diagnóstico de enfermagem para uma assistência de qualidade e individualizada.

As habilidades de exame clínico dermatológico assumem principal destaque na avaliação do paciente portador de colostomia ou ileostomia realizada pelo enfermeiro. Portanto, apenas com o pleno domínio das técnicas semiológicas de inspeção e palpação, aliados ao raciocínio clínico, é que o enfermeiro poderá seguramente implementar ações de enfermagem seguras que contemplem a prevenção de complicações e a recuperação da integridade da pele.

Referências

- BOUNDY, J. et al. (trad Carlos Henrique Cosendey). **Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2004. 1056 p.
- CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica**. 6ª edição – Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 1089 p.
- CIANCIARULLO, T.I. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências** – São Paulo: Ícone, 2001. 303 p.
- DALRI, C.C.; ROSSI, L.A.; DALRI, M.C.B.. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 07 Nov. 2006.
- GEMELLI, L.M.G.; ZAGO, M.M.F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10 n.1, jan/fev, 34 - 40, 2002.
- ²THORFEHN, M.B. et al. **O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de enfermagem e enfermeiros**. Rev Gaúcha de Enf, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 69-79, 1999
- HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 129 p.
- KLETEMBERG, D.F.; MANTOVANI, M.F.; LACERDA, M.R. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminhos trilhar? **Cogitare Enf.**, v.9, n.1, p. 94- 99, 2004
- LOPES, M.H.B.de M.; MONTAGNOLI, É.T.de L.; MAIA, C..A.T. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de ginecologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n. 5, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 07 Nov. 2006.
- MEALY, K et al.. Reversible colostomy - what is the outcome? **Dis Colon Rectum**, v. 39, 1227-1231, 1996.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação: 1999-2000**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 292 p.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2001- 2002**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002. 288 p.
- PICCOLI, M.; GALVÃO, C.M. Enfermagem perioperatória: identificação dos diagnósticos de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 07 Nov. 2006.
- POSSO, M.B.S. **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999. 287 p.
- SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomoterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. 597 p.
- SILVA, R; TEIXEIRA R. Aspectos psico-sociais do paciente ostomizado. In: Crema E, Silva R. **Ostomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba (MG): Pinti, p. 193-204, 1997.
- SMELTZER, S. C. & BARE, B.G. **BRUNNER/SUDARTH: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005. 1094 p.
- ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. Algumas características do processo educativo do enfermeiro cirúrgico com pacientes: um ensaio. **Acta Paul Enfermagem**, v. 9 n.3, set/dez, 52-59, 1996.

Recebido em: 04/03/2007

Aceito em: 04/09/2007

Received on: 04/03/2007

Accepted on: 04/09/2007