

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

ALEXANDRA ISABEL DE AMORIM LINO

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO DE INDIVÍDUOS COM ESTOMAS
GASTROINTESTINAIS: APLICANDO O PROCESSO DE
ENFERMAGEM**

BRASÍLIA

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALEXANDRA ISABEL DE AMORIM LINO

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
DE INDIVÍDUOS COM ESTOMIAS: APLICANDO O PROCESSO DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Políticas Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dra Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1017697.

L758d Lino, Alexandra Isabel de Amorim.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais : aplicando o processo de enfermagem / Alexandra Isabel de Amorim Lino. -- 2014.
115 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Cristine Alves Costa de Jesus.

1. Horta, Wanda de Aguiar. 2. NANDA International. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Estomia. 5. Sistema gastrointestinal. 6. Enfermagem em saúde pública.
I. Jesus, Cristine Alves Costa de. II. Título.

ALEXANDRA ISABEL DE AMORIM LINO

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
DE INDIVÍDUOS COM ESTOMIAS: APLICANDO O PROCESSO DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Políticas Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Aprovado em 01 de Setembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cristine Alves de Jesus – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Helena Megumi Sonobe – Membro Efetivo, externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Ivone Kamada – Membro efetivo
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho ao meu esposo Marcelo e aos meus filhos Elis e Miguel, pelo amor e por me apoiaram e compreenderam minha ausência em alguns momentos.

Aos pais Maria Odete e Geraldo pelo amor e por terem proporcionado meu continuo aprimoramento, cuidando com carinho dos meus filhos na minha ausência.

Agradecimentos

À professora Dra Cristine Alves Costa de Jesus, a quem agradeço pela colaboração em compartilhar seu conhecimento, ensinamentos, incentivos, dedicação e tempo.

Às professoras Dra Ivone Kamada e Dra Ana Lucia da Silva pelo constante incentivo pela Estomaterapia e realização de pesquisa direcionada a ela.

À coordenação e aos professores do Programa de Pós Graduação da Universidade de Brasília, por oportunizarem momentos tão importantes para a construção e expansão do saber, que engrandece a Enfermagem.

Aos membros da Banca, Prof. Dra Helena Megumi Sonobe e Prof. Dra Ivone Kamada por aceitarem o convite a participarem desta banca.

Aos pacientes que concordaram em participar desta pesquisa, possibilitando que a mesma fosse realizada.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, o meu muito obrigado.

RESUMO

LINO, A.I.A.. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais: aplicando o processo de enfermagem** 2014. P. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Estoma tem origem da palavra grega *stoma*, que significa abertura ou “boca”. Pode ter caráter temporário ou permanente. No trato gastrointestinal destacamos os seguintes tipos de estomias: gastrostomia, jejunostomia, ileostomia e colostomia. Para melhor entendimento neste estudo foram adotadas as estomias alimentares (gastrostomia e jejunostomia) e estomias excretórias (jejunostomia, ileostomia e colostomia). O presente estudo teve como objetivo geral, aplicar o processo de enfermagem em indivíduos com estomias gastrointestinais, tendo objetivos específicos, identificar o perfil dos indivíduos estudados no que se refere aos aspectos sócio-demográficos e clínicos; identificar o perfil diagnóstico da amostra estudada, conforme a classificação da NANDA-I; relacionar os diagnósticos de enfermagem com as necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta; e propor intervenções e resultados de enfermagem a partir de diagnósticos mais frequentes, conforme as Classificações de Intervenções (NIC) e Resultados (NOC). Estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Cirurgia Geral de um hospital de grande porte do Distrito Federal, com pacientes internados submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal. A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2013, com seleção não aleatória dos participantes, obedecendo aos critérios de inclusão pré-determinados. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizado pelo parecer de número 313.309 Comitê de Ética em pesquisa- FEPECS/SES-DF. O estudo foi desenvolvido com base no Referencial Teórico de Wanda Horta, utilizando um instrumento dividido sequencialmente em três categorias, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, validado por meio de teste piloto. O instrumento permitiu o registro de variáveis sociodemográficas, clínicas e relativas aos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Participaram do estudo 40 pacientes, destes 17 apresentavam estomias alimentares (gastrostomia e jejunostomia) e 23 com estomias excretórias (jejunostomia, ileostomia e colostomia). Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (60,9%) com estomias excretórias e do sexo masculino (100%) com estomias alimentares. A idade média foi de 59 anos, predomínio dos casados e a maioria apresentava ensino fundamental incompleto. Quanto a ocupação predominou o grupo de trabalhadores de serviços, vendedores do comércio e mercados. Quase a totalidade 38 (95%) dos pacientes, contaram com o apoio de pessoas importantes durante o período de internação. Dentre as estomias excretórias o diagnóstico médico mais prevalente foram as neoplasias intestinais 10 (43,5%), seguidas de outras neoplasias (de pâncreas, estômago e útero) 6 (26,1%) e os demais 4 (17,4%) com abdome agudo obstruído, 2 (8,7%) trauma por arma de fogo, 1 (4,3%) câncer de útero e 1 (4,3%) fístula retovaginal. Nas estomias alimentares, a maioria (35,3%) tinha neoplasias diversas (câncer de tireoide, neoplasias malignas da laringe e neoplasias da base da língua). Outros pacientes apresentaram câncer de esôfago 5 (29,4%), traumas 3 (17,6%) e ingestão de soda cáustica 2 (11,7%). Foram elaborados ao todo 338 diagnósticos de enfermagem na amostra estudada, com uma média de 8,45 diagnósticos de enfermagem por paciente. Do total de 41 rótulos de diagnósticos da NANDA-I presentes, sendo 34 reais e 7 de risco onde se destacam os de maior frequência: Integridade Tissular Prejudicada em 40 (100%) pacientes; Conhecimento deficiente, presente em 36 (90%) pacientes; Incontinência Intestinal

presente em 24 (60%) pacientes; Distúrbio na imagem corporal identificado em 20 (50%) pacientes; Dor Aguda formulado em 19 (47,5%) estomizados; Ansiedade em 16 (40%) pacientes; Deglutição Prejudicada identificada em 15 (37,5%) pacientes; e Padrão de Sono Prejudicado presente em 14 (35%) pacientes. Entre os diagnósticos de Risco, foram estabelecidos o Risco de infecção em 18 (45%) pacientes, Risco de Solidão em 17 (42,5%) e Risco de Aspiração em 12 (30%) pacientes. Entre os resultados de enfermagem destacaram-se os relativos ao nível de ansiedade, conhecimento: cuidados na doença, conhecimento: cuidado com estomia, estado de deglutição, imagem corporal, controle da dor, eliminação intestinal, integridade tissular: pele e mucosas, sono, conhecimento: controle de infecção, adaptação a deficiência física e controle de riscos. As intervenções de enfermagem estavam relacionadas a cada um dos diagnósticos e foram de maior frequência as relativas à: redução da ansiedade, ensino: processo da doença, ensino: cuidados com estomias, terapia de deglutição, melhora da imagem corporal, controle da dor, cuidados locais com o local da incisão, supervisão da pele, cuidados com lesões, melhora do sono, proteção contra infecção, melhora do enfrentamento e controle de vias aéreas. Conclui-se que, a aplicação do Processo de Enfermagem utilizando o referencial teórico de Wanda Horta e as taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC foi viável no setor estudado, permitiu a caracterização da clientela atendida e a identificação de um rol de diagnósticos, resultados e intervenções que podem embasar futuros estudos no direcionamento do cuidado ao indivíduo estomizado.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, estoma, teoria de Horta.

ABSTRACT

LINO, AIA Diagnostics and nursing interventions in the care of individuals with gastrointestinal stoma.: Applying the nursing process P. 2014 Thesis (MS) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2014.

Stoma derives from the Greek word stoma, which means opening or "mouth". It can be temporary or permanent. In the gastrointestinal tract highlight the following types of ostomy: gastrostomy, jejunostomy, ileostomy and colostomy. To better understand this study were adopted food ostomy (gastrostomy and jejunostomy) and excretory ostomy (jejunostomy, ileostomy and colostomy) The present study had as main objective, apply the nursing process in individuals with gastrointestinal ostomy, having specific goals, identify the profile of the studied with regard to demographic and clinical aspects of individuals; identify the diagnostic profile of the sample, according to the NANDA-I; correlate nursing diagnoses with Basic Human needs Wanda Horta; and propose nursing interventions and results from more frequent diagnoses, according to the Classifications of Interventions (NIC) and Results (NOC) exploratory study with a quantitative approach, held at the General Surgery Unit of a large hospital in the Federal District, with hospitalized patients undergoing surgery of the gastrointestinal tract. Data collection occurred from July to December 2013, with non-random selection of participants meeting the requirements of predetermined inclusion. All participants were informed about the study and signed a consent form, authorized by opinion number 313 309 Ethics Committee of researchers FEPECS / SES-DF. The study was developed based on the Theoretical Framework of Wanda Horta, using an instrument sequentially divided into three categories, psychobiological, psychosocial and psychospiritual needs, validated through pilot testing. The instrument allowed the registration of sociodemographic, clinical and related to nursing diagnoses, interventions and outcome variables. Data were analyzed using descriptive statistics. The study included 40 patients, of whom 17 had food ostomy (gastrostomy and jejunostomy) and 23 with excretory ostomy (jejunostomy, ileostomy and colostomy). There was a predominance of female patients (60.9%) with excretory ostomy and male (100%) with food ostomy. The average age was 59 years, a predominance of married and most had not completed elementary school. As the occupation predominated group of service workers, vendors and trade markets. Almost all 38 (95%) patients had the support of important people during the hospitalization period. Among the most prevalent excretory ostomy medical diagnosis intestinal tumors were 10 (43.5%) followed by other cancers (pancreatic, stomach and uterus) 6 (26.1%) and the remaining four (17.4%) clogged with acute abdomen, 2 (8.7%) trauma by gunshot, 1 (4.3%) of cervical cancer and 1 (4.3%) rectovaginal fistula. In food ostomy, the majority (35.3%) had various malignancies (thyroid cancer, malignant neoplasms of the larynx and cancer of the tongue base). Other 5 patients had esophageal cancer (29.4%), trauma 3 (17.6%) and caustic soda ingestion 2 (11.7%). 338 nursing diagnoses in the study sample, with an average of 8.45 nursing diagnoses per patient were drawn up at all. Of 41 labels NANDA-I diagnoses present, 34 and 7 real risk highlighting the most frequent: Impaired Tissue Integrity in 40 (100%) patients; Poor knowledge present in 36 (90%) patients; Bowel incontinence present in 24

(60%) patients; Disturbance in body image identified in 20 (50%) patients; Acute Pain formulated in 19 (47.5%) ostomy; Anxiety 16 (40%) patients; Impaired swallowing identified in 15 (37.5%) patients; Impaired sleep pattern and present in 14 (35%) patients. Risk Diagnoses were established the Risk of infection in 18 (45%) patients, risk of Solitude in 17 (42.5%) and Risk of aspiration in 12 (30%) patients. Between the results of nursing highlights were on the level of anxiety, knowledge: care in disease knowledge: ostomy care with state of swallowing, body image, pain control, bowel elimination, tissue integrity: skin and mucous membranes, sleep, knowledge: infection control, adaptation to disability and risk control. Nursing interventions were related to each diagnosis and were more often those relating to: reduced anxiety, teaching: disease process, teaching: ostomy care, swallowing therapy, improved body image, pain control, care locations with the incision site, supervision of skin care with injuries, improves sleep, protection against infection, improved coping and airway management. It is concluded that the application of the nursing process using the theoretical framework of Wanda Horta and taxonomies of NANDA-I, NIC and NOC was feasible in the studied sector, allowed the characterization of the clientele and the identification of a list of diagnoses, outcomes and interventions that can to base future studies on targeting of ostomy care to the individual.

Descriptors: Nursing diagnosis, nursing interventions, stoma, theory Horta

RESUMEN

Lino, AIA Diagnóstico y de enfermería las intervenciones en la atención de personas con estoma intestinal :. Aplicar el proceso de enfermería P. 2014 Tesis (MS) del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2014.

Estoma se deriva de la palabra griega estoma, lo que significa la apertura o "boca". Puede ser temporal o permanente. En el tracto gastrointestinal destacar los siguientes tipos de ostomía: gastrostomía, yeyunostomía, ileostomía y colostomía. Para entender mejor este estudio se adoptó ostomía alimentos (gastrostomía y yeyunostomía) y excretor ostomía (yeyunostomía, ileostomía y colostomía) El presente estudio tuvo como objetivo principal, aplicar el proceso de enfermería en personas con ostomía digestiva, tener metas específicas, identificar el perfil de lo estudiado con respecto a los aspectos demográficos y clínicos de los individuos; identificar el perfil de diagnóstico de la muestra, de acuerdo con la NANDA-I; correlacionar los diagnósticos de enfermería con Basic humano necesita Wanda Horta; y proponer intervenciones de enfermería y los resultados de los diagnósticos más frecuentes, de acuerdo con la Clasificación de Intervenciones (NIC) y Resultados (NOC) estudio exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado en la Unidad de Cirugía General de un gran hospital en el Distrito Federal, con los pacientes hospitalizados sometidos a cirugía del tracto gastrointestinal. Los datos fueron recolectados entre julio y diciembre de 2013, con la selección no aleatoria de los participantes que cumplan los requisitos de inclusión predeterminados. Todos los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron un formulario de consentimiento, autorizada por el número 313 309 opinión del Comité de Ética de investigadores FEPECS / SES-DF. El estudio fue desarrollado en base al Marco Teórico de Wanda Horta, utilizando un cronológicamente las divide en tres categorías, las necesidades psicobiológicas, psicosociales y psico-espirituales, validado a través de pruebas piloto. El instrumento permite el registro de variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con los diagnósticos de enfermería, intervenciones y variables de resultado. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. El estudio incluyó a 40 pacientes, de los cuales 17 tenían comida ostomía (gastrostomía y yeyunostomía) y 23 con ostomía excretor (yeyunostomía, ileostomía y colostomía). Hubo un predominio de pacientes del sexo femenino (60,9%) con ostomía excretor y masculina (100%) con ostomía alimentos. La edad promedio fue de 59 años, un predominio de casados y la mayoría no había completado la escuela primaria. Como la ocupación predominó el grupo de trabajadores de servicios, proveedores y mercados comerciales. Casi todos los 38 (95%) pacientes tuvieron el apoyo de personas importantes durante el período de hospitalización. Entre los tumores de ostomía excretores de mayor prevalencia de diagnóstico médico intestinales fueron 10 (43,5%), seguido de otros cánceres (de páncreas, estómago y útero) 6 (26,1%) y los cuatro restantes (17,4%) obstruido con abdomen agudo, 2 (8,7%) trauma por arma de fuego, 1 (4,3%) de cáncer cervical y 1 (4,3%) fístula rectovaginal. En ostomía alimentos, la mayoría (35,3%) tenía varios tumores malignos (cáncer de tiroides, tumores malignos de la laringe y el cáncer de la base de la lengua). Otros 5 pacientes tenían cáncer de esófago (29,4%), los traumatismos 3 (17,6%) y la ingestión de sosa cáustica 2 (11,7%). 338 diagnósticos de enfermería en la muestra del estudio, con una media de 8,45 diagnósticos de enfermería por paciente fueron

elaborados en absoluto. De 41 etiquetas de diagnósticos NANDA-I presentes, 34 y 7 riesgo real destacando las más frecuentes: Deterioro de la integridad tisular en 40 (100%) pacientes; Conocimiento Poor presente en 36 (90%) pacientes; Incontinencia presente en 24 (60%) pacientes del intestino; Alteración de la imagen corporal identificada en 20 (50%) pacientes en; Dolor Agudo formulado en 19 (47,5%) de ostomía; Ansiedad 16 (40%) pacientes; Deglución deteriorada identificada en 15 (37,5%) pacientes; patrón de sueño deficiente y presente en 14 (35%) pacientes. Los diagnósticos de riesgo se establecieron el riesgo de infección en 18 (45%) pacientes, el riesgo de la soledad en 17 (42,5%) y el riesgo de aspiración en 12 (30%) pacientes. Entre los resultados destacados de enfermería estaban en el nivel de ansiedad, el conocimiento: la atención en el conocimiento de la enfermedad: el cuidado de ostomía con el estado de la deglución, la imagen corporal, el control del dolor, la eliminación intestinal, la integridad del tejido: piel y membranas mucosas, sueño, conocimiento: control de infecciones, la adaptación a la discapacidad y el control de riesgos. Las intervenciones de enfermería se relacionan entre diagnóstico y eran con más frecuencia los relativos a: reducción de la ansiedad, la enseñanza: proceso de la enfermedad, la enseñanza: el cuidado de ostomía, una terapia de deglución, la mejora de la imagen corporal, el control del dolor, la atención lugares con el lugar de la incisión, la supervisión de cuidado de la piel con lesiones, mejora el sueño, la protección contra la infección, mejorar el afrontamiento y manejo de vía aérea. Se concluye que la aplicación del proceso de enfermería utilizando el marco teórico de Wanda Horta y taxonomías de NANDA-I, NIC y NOC era viable en el sector estudiado, permite la caracterización de la clientela y la identificación de una lista de diagnósticos, resultados e intervenciones que se pueden basar los futuros estudios sobre la focalización de la atención de ostomía para el individuo.

Descriptor: Diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, estoma, teoría Horta.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição percentual do tipo de estoma presente na amostra estudada, de pacientes atendidos no HBDF (n= 40), Brasília, 2014.....	69
Figura 2	Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas no grupo de pacientes com estomias excretórias, (n= 23), Brasília, 2014.....	73
Figura 3	Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas no grupo de pacientes com estomias alimentares, (n= 17), Brasília, 2014.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra (n=40) quanto ao sexo, idade, estado civil, e escolaridade, em relação ao tipo de estoma – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	70
Tabela 2	Caracterização da amostra (n=40) quanto à ocupação – Brasília, julho a dezembro de 2014.....	72
Tabela 3	Caracterização da amostra (n=40) quanto à presença ou não do acompanhante e relação de parentesco com o paciente, quando presente – Brasília, 2014.....	72.
Tabela 4	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem reais da NANDA-I, distribuídos por Necessidades Humanas Básicas, na amostra estudada (n=40)– Brasília, Julho a Dezembro de 2014.....	75
Tabela 5	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco da NANDA-I, distribuídos por necessidades humanas Básicas, na amostra estudada (n=40)– Brasília, 2014.....	76
Tabela 6	Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências iguais ou superiores à 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	77
Tabela 7	Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem reais com frequências iguais ou superiores à 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	80
Tabela 8	Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências iguais ou superiores à 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	82
Tabela 9	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	84
Tabela 10	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	85
Tabela 11	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	86
Tabela 12	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à	

	Dezembro de 2014.....	87
Tabela 13	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	88
Tabela 14	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Incontinência Intestinal , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	89
Tabela 15	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	90
Tabela 16	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	91
Tabela 17	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	92
Tabela 18	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de solidão , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	93
Tabela 19	Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração , por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos dispositivos de baixo perfil, conforme, modelo e fabricante, calibre e comprimento, sistema de retenção e composição dos tubos extensores.....	27
Quadro 2	Prazo empregado para colocação de um dispositivo de baixo perfil de acordo com o tipo de procedimento.....	28
Quadro 3	Indicações de ileostomias e colostomias conforme técnica empregada.....	35
Quadro 4	Classificação das necessidades humanas básicas de Wanda Horta	48
Quadro 5	Modelo para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão.....	52
Quadro 6	Apresenta os eixos da construção dos Diagnósticos da NANDA –I e os caracteriza.....	56

LISTA DE SIGLAS

DE – Diagnósticos de enfermagem

FR – Fatores relacionados

CD – Características definidoras

IMC – Índice de massa corporal

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Nursing interventions classification

NOC – Nursing outcomes classification

PE – Processo de Enfermagem

PO – Pós operatório

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

LISTA DE SIMBOLOS

Bpm – Batimentos por minuto

⁰C – Graus celsius

Fr – Frequência respiratória

Kg - kilogramas

mmHg – Milímetros de mercurio

m – Metro

PA – Pressão arterial

T – Temperatura

SUMÁRIO

PROLOGO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. REVISÃO DE LITERATURA	
2.1. ESTOMIAS ALIMENTARES.....	24
2.1.1 INDICAÇÕES	24
2.1.2 TIPOS DE ACESSO.....	25
2.1.3 TIPOS DE CATETERES.....	26
2.1.4 CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS.....	28
2.2. ESTOMIAS EXCRETÓRIAS.....	33
2.2.1 INDICAÇÕES.....	33
2.2.2 ESTOMIAS INTESTINAIS: LOCALIZAÇÃO, MATURAÇÃO E TÉCNICAS.....	34
2.2.3 A INFLUENCIA DA ALIMENTAÇÃO.....	36
2.2.4 O IMPACTO DE UMA ESTOMIA INTESTINAL.....	36
2.2.5 CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS.....	37
2.3. DESAFIOS DAS POLITICAS PUBLICAS NA GESTÃO E CUIDADO AO ESTOMIZADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR COM VISTAS A INCLUSÃO SOCIAL.....	39
2.3.1 POLITICAS PUBLICAS ESPECIFICAS.....	39
2.3.2 ENFRENTAMENTO DO ESTOMIZADO.....	42
2.3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS.....	43
2.4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	44
2.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM E O MODELO DE HORTA.....	45
2.5.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	49
2.5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	51
2.5.3 PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM E PLANO DE CUIDADOS.....	52
2.5.4 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	53
2.5.5 PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	54
2.6. OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA- I.....	54
2.7. CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC).....	56
2.8. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÔE DE ENFERMAGEM (NIC).....	58
3. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GERAL.....	59
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
4. METODOLOGIA	
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	60

4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	60
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	60
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	61
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	61
4.4 COLETA DE DADOS.....	62
4.4.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	62
4.4.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	63
4.4.3 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA.....	64
4.5 ANALISE DOS DADOS.....	67
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
5. RESULTADOS.....	68
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	68
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NOS INDIVÍDUOS ESTOMIZADOS.....	73
5.3 DESCRIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	75
5.3.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTOS, FUNDAMENTADOS NAS TAXONOMIAS DA NOC E NIC.....	82
6. DISCUSSÃO.....	94
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	94
6.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NOS INDIVÍDUOS ESTOMIZADOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	98
6.2.1 ANSIEDADE.....	99
6.2.2 CONHECIMENTO DEFICIENTE.....	100
6.2.3 DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA.....	102
6.2.4 DISTÚRBO NA IMAGEM CORPORAL.....	104
6.2.5 DOR AGUDA.....	105
6.2.6 INCONTINÊNCIA INTESTINAL	107
6.2.7 INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA.....	108
6.2.8 PADRÃO DE SONO PREJUDICADO.....	109
6.2.9 RISCO DE ASPIRAÇÃO.....	110
6.2.10 RISCO DE INFECÇÃO.....	111
6.2.11 RISCO DE SOLIDÃO.....	112
7. CONCLUSÃO.....	113
8. REFERÊNCIAS.....	116
9. ANEXOS.....	124
9.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	
9.3 PARECER COMITÊ DE ÉTICA	

PRÓLOGO

Os motivos que originaram este estudo surgiram de pontos de partida diferentes, mas que em determinado momento se uniram. A Sistematização da Assistência de Enfermagem teve sua semente plantada na graduação, seguiu para a residência onde no meu trabalho final trabalhei com a Sistematização da Assistência de Enfermagem no paciente cardíaco cirúrgico.

Já como enfermeira de área cirúrgica inicialmente com as unidades de cirurgia geral e proctologia, iniciei a descoberta sobre as estomias e comecei a estudá-las. Com a oportunidade de me especializar na área, fiz a Especialização em Estomaterapia pela Universidade de Brasília – UNB (2010).

Desde a pós-graduação em Estomaterapia, em que tive a oportunidade de aprimorar e melhorar o empenho em relação aos estomas relacionando com Wanda Horta, teórica em que baseei meu trabalho de conclusão.

Com a experiência da minha orientadora que tem muita experiência em Sistematização da Assistência de Enfermagem soube contribuir com seu conhecimento e auxílio na execução do trabalho, me despertei para a melhoria da assistência através do processo de enfermagem.

Diante da prática via a necessidade dos pacientes estomizados e a carência de profissionais qualificados para essa clientela, então fiquei mais estimulada a pesquisar sobre estomas gastrointestinais, com esse intuito de me aprofundar no assunto iniciei o mestrado com a mesma orientadora Prof Dra Cristine Alves Costa de Jesus, para absorver e continuar com seus ensinamentos.

Cerca de dois meses antes de iniciar o mestrado, assumi o Programa de Estomizados em Instituição pública que trabalho, como Enfermeira Estomaterapeuta, e desde então tenho buscado melhorar o atendimento ao estomizado buscando sempre bons resultados. Inicialmente no ambulatório atendia apenas estomizados intestinais, com o decorrer da pesquisa percebi a dificuldade do paciente gastrostomizado em conseguir atendimento adequado, dessa forma, iniciei também o atendimento aos pacientes com estomas alimentares, melhorando então a qualidade dos cuidados dispensados ao paciente com estomias gastrointestinais.

1. INTRODUÇÃO

Estoma tem origem da palavra grega stoma, que significa abertura ou “boca”. Pode ter caráter temporário ou permanente (STUMM, OLIVEIRA, KIRSCHNER, 2008). No trato gastrointestinal destacamos os seguintes tipos de estomias: gastrostomia, jejunostomia, ileostomia e colostomia.

A gastrostomia é conceituadamente uma abertura, ou seja, a formação de uma “boca” comunicando o estômago com o meio externo, que permite uma alternativa a alimentação oral. Jejunostomia, ileostomia e colostomia também são aberturas nas porções correspondentes do intestino delgado e grosso. As estomias podem ser acessadas cirurgicamente ou por via endoscópica. As indicações são variadas e, no caso das gastrostomias, as indicações estão muitas vezes associadas à disfagia e ao uso de dieta enteral por mais de um mês (ROMÃO, ALMEIDA, PONCE DE LEON, 2008; LINO, JESUS, 2013).

O aumento da incidência de gastrostomias e jejunostomias tem relação direta com o crescimento das doenças crônico-degenerativas, entre elas a neoplasia esofágica é uma das mais comuns, estando entre as dez primeiras. Sua prevalência é superior em homens acima de 60 anos, diretamente relacionado ao tabagismo e etilismo (THULER, FORONES, FERRARI, . 2006; LINO, JESUS, 2013). A estimativa do INCA (2014) para o câncer de esôfago é de 8.010 casos novos em homens e 2.770 em mulheres.

O que chama atenção é que devido ao diagnóstico tardio, e por apresentar sintomatologia muito restrita à disfagia, quando o cliente percebe essa alteração, na maioria das vezes, já existe um comprometimento importante do órgão e frequentemente está associado a uma doença metastática. Sendo assim, a terapêutica baseia-se no cuidado paliativo, visto que a dificuldade em alimentar-se é nítida e, que na maioria das vezes, os pacientes necessitam utilizar dispositivos para alimentação dentro dos quais temos a gastrostomia. (THULER, FORONES, FERRARI, 2006; LINO, JESUS, 2013).

O predomínio de ileostomias e colostomias está relacionado ao câncer de cólon e reto, a doença inflamatória intestinal, polipose adenomatosa familiar e traumas (SILVA, SHIMIZU, 2006; STUMM, OLIVEIRA, KIRSCHNER, 2008). Segundo o INCA (2014), estima-se 15.070 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 17.530 mulheres.

As colostomias e as ileostomias podem ser classificadas quanto ao tempo em temporárias ou permanentes. A depender da técnica cirúrgica utilizada, podem ser terminais ou em alça. O acesso deve ser preferencialmente realizado por via laparoscópica, mas geralmente é por laparotomia (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005).

Assistência pré-operatória é fundamental para preparo e orientação do paciente e família, para explicar o procedimento, o local do estoma e para sua demarcação (BANDEIRA, 2012).

A demarcação pré-operatória não é só importante para o procedimento em si, mas também minimiza o sofrimento emocional, pois afasta o paciente de complicações que tornam a readaptação mais difícil. Para uma demarcação adequada é preciso considerar o tipo de estoma a ser confeccionado, localizar o músculo reto abdominal, escolher a área que promova uma aderência do equipamento coletor, manter distancia adequada de cicatrizes e acidentes anatômicos, proporcionar uma visualização do estoma pelo paciente e se há presença de aparelho ortopédico ou prótese (SILVA, SHIMIZU, 2012).

O acolhimento do paciente antes do procedimento cirúrgico promove uma readaptação menos traumática, com vantagens de redução da internação, da ansiedade e facilita o autocuidado (BANDEIRA, 2012).

O momento do diagnóstico médico, em que se estabelecem condutas e procedimentos, por si só, gera uma sobrecarga emocional e quando há a necessidade de estomia, a tensão em relação ao procedimento se torna ainda maior (SILVA, SHIMIZU, 2012).

O profissional de saúde deve entender que, embora o paciente necessite receber informações sobre o procedimento e outros cuidados que envolvem as mudanças frente à nova condição, essas informações devem ser fornecidas por etapas, para que, mesmo diante de dificuldades emocionais, o paciente possa ter todas suas dúvidas esclarecidas (SILVA, SHIMIZU, 2012).

Ao enfermeiro cabe o papel de ensinar, orientar, oferecer apoio emocional além do acompanhamento das necessidades hídricas e nutricionais. A educação é fundamental para o processo do cuidado e de adaptação a nova condição (NASCIMENTO et. al. 2011; LUZ et. al. 2009).

Para que o enfermeiro possa realizar seu papel de educador e cuidador, suas ações devem ser sustentadas e fundamentadas no corpo de conhecimentos próprio da profissão. Esse corpo de conhecimentos é estruturado na forma de construtos teóricos.

Os referenciais teóricos de enfermagem buscam a explanação sistemática de eventos para descrever, explicar e entender os fenômenos, a fim de solucionar os problemas, auxiliando o entendimento do enfermeiro acerca da prática e do conhecimento existente (MCEWEN, 2009, VITOR, 2010).

Além da base teórica, para se estabelecer um cuidado científico é necessário também utilizar o processo de enfermagem, que representa o método pelo qual o enfermeiro realiza a

assistência sistematizada e direcionada à qualidade do cuidado. Seguindo as etapas, de investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação, o enfermeiro aplica a sistematização da assistência, promovendo um cuidado integral e individualizado (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

O processo de enfermagem é um instrumento que operacionaliza a sistematização da assistência de enfermagem e, através dele, é possível traduzir o julgamento clínico resultante da interação com o cliente para a solução de problemas através de uma linguagem padronizada. Para tal o profissional precisa desenvolver habilidades, obter, interpretar e integrar evidências oriundas de pesquisas com os dados e observações clínicas (SAMPAIO et. al., 2011).

O uso de uma linguagem padronizada proporciona uma comunicação eficiente na identificação dos sinais e sintomas reais ou potenciais apresentados pelo cliente, dando mais responsabilidade e reconhecimento ao enfermeiro (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

Para tanto, é necessário o ensino e o uso dos diagnósticos de enfermagem que promovam a investigação e o diagnóstico de indivíduos, família e comunidades, estimulando o raciocínio e o pensamento crítico de enfermeiros e estudantes de enfermagem (NANDA, 2013).

O presente estudo surge da inquietude da pesquisadora acerca do tema, especialmente quanto à percepção pessoal de certa carência de conhecimentos acerca das ações de enfermagem sistematizadas ao indivíduo com um estoma digestório, quanto às dificuldades da equipe de saúde em relação à esses pacientes e à necessidade de incremento na produção científica que favoreça o conhecimento desses indivíduos, permitindo maior atenção e cuidado de qualidade ao estomizado.

Toda equipe de saúde tem um grande desafio diante de um grupo importante de indivíduos, aqueles com diferentes formas de estomias, que necessitam de cuidados individualizados e de qualidade, além de um apoio emocional para alavancar adaptação, evitar o isolamento social e outros problemas emocionais e físicos diante das alterações ocorridas, após o procedimento cirúrgico.

A sensibilização e adesão de um grupo maior de enfermeiros para a melhoria dos cuidados prestados a essa clientela específica, e a formação de um ambulatório de Estomaterapia, atuante nas diversas áreas, são metas futuras, do presente trabalho.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ESTOMIAS ALIMENTARES

Com o avanço das técnicas cirúrgicas, aumento da expectativa de vida e a incidência das doenças crônico-degenerativas, as gastrostomias e/ou jejunostomias são frequentes no cotidiano do enfermeiro cirúrgico.

A origem do termo estomia, vem do grego “stoma” que tem o significado de abertura ou boca, que consiste na exteriorização da víscera a parede abdominal (FOREST-LALANDE, 2011; LINO, JESUS, 2013).

A gastrostomia é conceituadamente uma abertura, ou seja, a formação de uma “boca” comunicando o estômago com o meio externo. Já a jejunostomia é a comunicação do jejuno, segunda porção do intestino delgado com o meio externo. A gastrostomia pode ser realizada cirurgicamente, por via endoscópica ou por via radiológica. A indicação da gastrostomia está relacionada à disfagia e ao uso de dieta enteral por mais de um mês. A jejunostomia é cirúrgica é realizada quando não há possibilidade de acesso gástrico por comprometimentos (FOREST-LALANDE, 2011; PORTARI, 2007; ZITRON, 2012; ROMÃO, ALMEIDA, PONCE DE LEON,2008).

2.1.1. Indicações

Dentre as indicações para a confecção para uma gastrostomia, estão, os distúrbios da deglutição de origem muscular ou neurológica, doenças metabólicas, refluxo gastrointestinal grave, carências nutricionais, traumas esofágicos, atresia de esôfago, estenoses esofágicas, encefalopatia congênita ou adquirida e fibrose cística do pâncreas, para crianças, nos adultos, geralmente doenças oncológicas (FOREST-LALANDE, 2011; LINO, JESUS, 2013).

A gastrostomia e jejunostomia são indicadas pelo médico para manter uma via alternativa da nutrição enteral por mais de um mês. Tem várias indicações, que podem ser a drenagem de conteúdo gástrico e a administração de nutrientes (D’AVILA et. al., 2008; NAPPI, 2009; PERISSÉ, 2007; QUEIROGA, PERNANBUCO, 2006; LINO, JESUS, 2013).

Pacientes que mantêm o trato digestório funcional, mas que não apresentam a ingestão oral satisfatória devem receber os nutrientes por sonda enteral, sendo o método de

primeira escolha nestes casos. No entanto, a sonda enteral não pode permanecer por um período superior a quatro semanas, o que não ocorre no caso das gastrostomias e jejunostomias que são indicadas para uso da terapia para um período superior a quatro semanas (FOREST – LALANDE, 2011; NAPPI, 2009; ZITRON, 2012; LINO, JESUS, 2013).

2.1.2. Tipos de acesso

As gastrostomias e jejunostomias podem ser introduzidas via endoscópica, radiológica, por laparoscopia ou ainda laparotomia. As duas últimas vias de acesso necessitam de anestesia geral, que gera então um aumento do custo e internação hospitalar, além da morbidade e mortalidade associado. Por esses motivos hoje o método mais comum de nutrição enteral é por gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), no entanto, devido à contra indicações dos métodos endoscópicos, os métodos de laparoscopia e laparotomia ainda são necessários e dessa forma não entraram em desuso (D'AVILA et. al., 2008; FOREST – LALANDE, 2011; NAPPI, 2009; ZITRON, 2012; LINO, JESUS, 2013).

A técnica de gastrostomia foi idealizada por Egeberg em 1837, mas sua realização ficou a cargo do cirurgião Frances Charles Sedillot. No entanto, os resultados não foram positivos, fato que levou ao surgimento de técnicas alternativas, tal como, a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) realizada em 1979 em uma criança (D'AVILA et al.,2008; LINO, JESUS, 2013).

As vias de acesso para instalação da gastrostomia podem ser cirúrgica, endoscópica ou radiológica. A via cirúrgica pode ser através de laparotomia ou laparoscopia, por necessitarem de anestesia geral aumentam o tempo de internação. A laparotomia utiliza a técnica de Stamm, que é executada através de uma incisão mediana supraumbilical, sendo o estômago aberto e introduzido à sonda e fixada por sutura a pele. Para a laparoscopia a técnica de Stamm é ligeiramente modificada (FOREST-LALANDE, 2011).

Na via endoscópica o procedimento pode ser realizado sob sedação profunda, utilizando uma das três técnicas, que podem ser: tração, punção e método de colocação do cateter em um tempo. Esta via de acesso está contra-indicada, na presença de ascite, hepatomegalia ou esplenomegalia por dificultar a digitopressão e transluminação, para localizar o local da gastrostomia (FOREST-LALANDE, 2011; LINO, JESUS, 2013).

A gastrostomia endoscópica é uma das modalidades mais divulgadas atualmente por apresentar baixo índice de complicações. D'Ávila (2008) e colaboradores descrevem em seu

estudo o uso da gastrostomia endoscópica percutânea em 31 pacientes em sua maioria vítimas de acidente vascular encefálico com idade média de 55 anos, procedimento foi realizado ambulatorialmente, tendo duração variando entre 4 a 14 minutos, não sendo relatadas complicações imediatas (D'AVILA et. al., 2008).

Outros trabalhos descrevem a técnica da gastrostomia laparotômica e endoscópica percutânea (D'AVILA et. al., 2008; PERISSÉ, 2007; QUEIROGA, PERNANBUCO, 2006).

A técnica de gastrostomia apresenta diversas vantagens, como rapidez na execução do procedimento, menos tempo de internação hospitalar e conseqüentemente menor custo e ainda diminui o uso de anestesia geral. No entanto, apresenta a desvantagem de não contemplar os pacientes com estenose do trajeto orogástrico (NAPPI, 2009; PERISÉ, 2007).

Já na via radiológica pode ser necessária uma anestesia geral e é realizada num serviço que tenha radiologia intervencionista, é utilizado quando ocorre algum problema na orofaringe e esôfago que contraindica a endoscopia (FOREST-LALANDE, 2011).

Para adultos, pelo comprometimento clínico em geral é realizado por laparotomia.

2.1.3. Tipos de cateteres

Os tipos de dispositivos se dividem em cateteres convencionais e dispositivos de baixo perfil. O cateter de Pezzer, de Folley, radiológico e endoscópico, são cateteres convencionais. Cabe ressaltar que o cateter de Folley é fabricado para coletar urina da bexiga, dessa forma ao ser utilizado no estomago sofre ação do ácido clorídrico que pode danificar o balonete e provocar o seu vazamento e a saída do cateter. Já os dispositivos de baixo perfil, são: botão Bard, Mickey, Nutriport e Entristar (FOREST-LALANDE, 2011; LINO, JESUS, 2013).

Os cateteres de Pezzer e de Foley são utilizados em gastrostomias via laparotomia, fixados com ponto de fio não absorvível, geralmente, nylon. Esse ponto por vezes causa incomodo ao paciente. Caso aconteça a sutura, esta pode ser retirada após 14 dias do procedimento cirúrgico (D'AVILA et. al., 2008; LINO, JESUS, 2013).

O uso de gastrostomia é limitado, em geral utiliza-se cateter nasogástrico e cateter nasoenteral (NOGUEIRA et al, 2013)

Quadro 1: Características dos dispositivos de baixo perfil, conforme, modelo e fabricante, calibre e comprimento, sistema de retenção e composição dos tubos extensores.

MODELO E FABRICANTE	CALIBRE E COMPRIMENTO	RETENÇÃO INTERNA	TUBOS EXTENSORES
Botão Bard/ Bard	18 a 28 Fr 1,7 a 4,3 cm	“cogumelo” Semirígido	Tubo extensor para administração da dieta. Tubo em 90 graus para infusão contínua de dieta. Tubo extensor para descompressão.
Mickey/ Kimberley Clark	14 a 24 Fr 0,8 a 4,5 cm	Balonete	Tubo extensor universal para infusão contínua e descompressão. Tubo extensor para administração em bolus.
Nutriport/ Covidem	12 a 24Fr 0,8 a 5 cm	Balonete	Tubo extensor universal para infusão contínua e descompressão. Tubo extensor para administração em bolus.
Entristar/ Covidem	12 a 20 Fr 1,2 a 5 cm	“Guarda-chuva”	Tubo extensor universal para infusão contínua e descompressão. Tubo extensor para administração em bolus.

Fonte: Forest-Lalande, 2011

A escolha de qual o melhor dispositivo a ser utilizado depende das características do procedimento e condição clínica do paciente.

Quadro 2: Prazo empregado para colocação de um dispositivo de baixo perfil de acordo com o tipo de procedimento.

PROCEDIMENTO	PRAZO RECOMENDADO
Cirúrgico	6 semanas, quando o dispositivo de gastrostomia não puder ser instalado no momento da intervenção cirúrgica.
Endoscópico	12 semanas
Radiológico	12 semanas

Fonte: Forest-Lalande (2011)

2.1.4. Cuidados Perioperatórios

A assistência de enfermagem no pré-operatório visa à coleta de dados desse cliente para assim entender e orientar acerca do tipo de procedimento a ser realizado, se tem caráter temporário ou permanente, condições da pele e doenças sistêmicas associadas e ainda avaliar a percepção e entendimento relacionado ao procedimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2008; OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012; PERISSÉ, 2007; LINO, JESUS, 2013).

Explicar e oportunizar o entendimento do cliente e familiares ou cuidadores é uma medida a ser adotada, bem como explicar a importância do procedimento para o atendimento das necessidades nutricionais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2008; OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012; PERISSÉ, 2007). Tais informações serão importantes para se estabelecer os diagnósticos de enfermagem pertinentes e suas prescrições.

Entre os cuidados no pré-operatório mediato estão à suspensão de medicamentos que podem comprometer a anestesia e ou o procedimento cirúrgico, que são os anticoagulantes, corticosteroides, diuréticos, insulina e fenotiazinas (SMELTZER et. al., 2011; LINO, JESUS, 2013).

Verificar se todos os exames pré-operatórios foram realizados, evita tumulto na admissão do paciente no período imediato a cirurgia. Nesse período imediato, será feito o levantamento dos dados (histórico de enfermagem), momento de orientação para o paciente, acompanhante e família. Deve-se atentar para preparo específico, caso haja necessidade (OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012; SMELTZER et. al., 2011).

O período pré-operatório é oportuno para o ensino do paciente sobre promover a expansão pulmonar e oxigenação após procedimento anestésico, para tal encorajar a assumir a posição sentada, tão cedo quanto possível. Orientar a imobilização da incisão cirúrgica para controle da dor e informar da existência do medicamento que auxilia na diminuição dessa dor. Explicar quanto à mobilização precoce, a fim de evitar estase venosa e problemas respiratórios (SMELTZER et. al., 2011).

A fim de se evitar complicações pós-operatórias é importante selecionar a área que abrigará a estomia, deve-se demarcar entre 3 a 5 cm dos arcos costais, de proeminências ósseas e de dobras cutâneas e cicatrizes, e ainda ficar apoiada na área muscular para evitar vazamentos (FOREST – LALANDE, 2011).

São várias as vantagens de alimentação pelos estomas (gastrostomia e/ou jejunostomia), desde o menor risco de refluxo e aspiração, facilidade na auto administração e ainda a questão estética da sonda não ficar visível, o que deixa o cliente mais seguro (THULER, FARONES, FERRARI, 2006; LINO, JESUS, 2013).

No entanto, também podem apresentar complicações, como: hiperglicemia, desnutrição, ingestão insuficiente de água, desnutrição, constipação e diarreia. Tais complicações podem ser facilmente sanadas com orientação dos cuidados a serem dispensados (THULER, FARONES, FERRARI, 2006).

Alguns autores destacam a importância do cuidador na manipulação da gastrostomia e relatam que os cuidadores são bem instruídos, no entanto, seu conhecimento é limitado. Então destaca-se a importância da equipe de enfermagem para a construção do processo de conhecimento do cliente e do cuidador (ROMÃO, ALMEIDA, PONCE DE LEON, 2008).

Foram identificados os seguintes cuidados prévios ao procedimento como: suspensão dos antiagregantes plaquetários por cinco dias, cumarínicos por três dias e heparina, bloqueadores de receptores de histamina e inibidores da bomba de prótons por vinte e quatro horas antes do procedimento. Associado a um jejum de oito horas, profilaxia antibiótica com cefazolina 2g endovenosa e preparo da pele da parede abdominal com clorexidine degermante (D'AVILA et. al., 2008).

No caso do procedimento endoscópico deve ser feita a higiene bucal com Clorexidina 0,12% previamente ao procedimento (OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012).

No pós-operatório cabe uma análise detalhada da ferida cirúrgica e cateter para em seguida iniciar, tão logo seja prescrita a administração da dieta enteral. A observação da

quantidade de dieta administrada, assim como a presença ou não de extravasamento pericater, a vedação adequada da abertura do cateter, a lavagem com 20 a 30 ml de água após infusão da dieta e medicamentos e ainda manter a cabeceira elevada 30 graus pelo menos 30 minutos após alimentação, manter uma boa fixação do cateter e girar o cateter no sentido horário e anti-horário delicadamente, são cuidados importantes que auxiliam a prevenção de complicações e manutenção do cateter (OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012; PERISSÉ, 2007; SMELTZER et. al., 2011; LINO, JESUS, 2013).

O cuidado de rotação do cateter é contra indicado em cateteres que apresentam sutura e de inserção radiológica (FOREST – LALANDE, 2011; D'AVILA et. al., 2008; LINO, JESUS, 2013).

Orientar e estimular a higiene oral 3x dia, a fim de evitar a colonização da orofaringe, assim como evitar tração brusca do cateter e ainda aspirar a dieta antes de iniciar nova administração para verificar o resíduo gástrico, se resíduo gástrico superior a 250 ml, suspender dieta por 4 horas e após repetir procedimento (OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012; LINO, JESUS, 2013).

Na avaliação diária do estoma, deve ser levado em conta a pele periestomal, sinais de irritação ou infecção, o posicionamento adequado do cateter ou do dispositivo de baixo perfil e a ocorrência de vazamentos, sendo normal uma pequena quantidade de secreção pericater. E como padrão ouro para todos os tipos de gastrostomia é manter a pele periestomal limpa e seca (FOREST – LALANDE, 2011; D'AVILA et. al., 2008; LINO, JESUS, 2013).

Faz-se necessário monitorar complicações como: infecção, sangramento e desalojamento. Em caso de desalojamento requer intervenção imediata, já que o estoma pode-se fechar em um período de 4 a 6 horas, caso não seja repassada novo cateter (SMELTZER et. al., 2011; LINO, JESUS, 2013).

No tratamento das complicações cutâneas tem-se a dermatite, que está relacionada, na maioria das vezes, a vazamento de conteúdo gástrico que provoca uma reação inflamatória e uma erosão cutânea. Neste caso, pode-se utilizar um protetor cutâneo ou creme barreira, ou ainda usar pó protetor e em seguida aplicar o creme barreira e associar compressas ou absorventes que devem ser trocadas quando úmidas (FOREST-LALANDE, 2011).

Alguns cuidados especiais ao paciente gastrostomizado devem ser levados em consideração. No caso de vômitos, devem-se administrar os medicamentos prescritos e

diminuir a infusão da dieta. Na diarreia, infundir lentamente a dieta, pesquisar dieta contaminada e pesquisar patógeno nas fezes (SMELTZER et. al., 2011; WAITZBERG, CASTRO, MARQUES, 2007).

Na presença de resíduo gástrico, usar pró-cinéticos, manter decúbito de 30 a 45 graus e deambular após cada infusão. No caso de constipação usar fibras, na presença de distensão abdominal, infundir dieta lentamente, manter decúbito de 30 a 45 graus, deambular após cada infusão e reduzir a osmolaridade da dieta. Para os casos de refluxo e regurgitação, utilizar pró-cinéticos e antieméticos prescritos, manter decúbito de 30 a 45 graus e deambular após cada infusão (SMELTZER et. al., 2011; WAITZBERG, CASTRO, MARQUES, 2007).

No que se refere ao curativo na gastrostomia, no âmbito hospitalar, a técnica deve ser estéril, utilizando soro fisiológico com gases e ainda verificar a necessidade de pó protetor ou placa (JORGE, DANTAS, 2003; LINO, JESUS, 2013).

Forest – Lalande (2011) também apoia o uso de curativo estéril até o 7º dia de pós-operatório e não recomenda a aplicação de tópica de antibióticos, pois pode atuar em favor da resistência bacteriana.

Smeltzer e colaboradores (2011) descrevem a necessidade de utilizar um pequeno curativo com gaze na inserção da sonda e com duas faixas de esparadrapo fixar a sonda ao abdome, caso a sonda não tenha ponto de fixação.

A indicação das formas de protetores cutâneos utilizados depende do estado da pele periestomal. Sua indicação está associada à prevenção e tratamento de lesões, que podem ser provocadas por esparadrapo e ou extravasamento. Essas barreiras podem ser em forma de placas, pastas, anéis, tiras ou ainda pó. Em sua maioria apresentam uma formulação básica composta de carboximetilcelulose, pectina, gelatina e poliisobutileno (JORGE, DANTAS, 2003; SCHWART, 2007).

O pó está indicado quando a lesão se encontra úmida ou escoriada, sua função é secar e formar uma película protetora. A pasta corrige imperfeições que possam existir no estoma atua como selante e a placa protege e regeneram a pele lesada, devendo ser trocada conforme orientação do fabricante ou quando houver perda da aderência (JORGE, DANTAS, 2003).

A pele periestoma deve ser inspecionada diariamente para que possa ser identificada precocemente qualquer irritação decorrente do extravasamento de suco gástrico, ficando a

cargo de a enfermeira manter a região higienizada com água e sabão e orientar o paciente e família (SMELTZER et. al., 2011).

Os estomas são realizados usualmente em regiões colonizadas, como no trato gastrointestinal, o curativo tem o objetivo de prevenir complicações, como dermatites e a colonização por microrganismos da flora exógena, sendo a limpeza do estoma e da pele periestomal primordial além da manutenção de um curativo seco (JORGE, DANTAS, 2003; LINO, JESUS, 2013).

Dentre as doenças que podem levar a desnutrição, tem-se a estenose pilórica por doença benigna ou maligna, disfagias relacionadas a câncer de esôfago ou megaesôfago e ainda doença intestinal inflamatória complicada e a sepse abdominal (PORTARI, 2007).

A desnutrição é conceituada como um distúrbio da composição corporal em que há uma deficiência energética com alteração de macro e micronutrientes causando uma diminuição da função orgânica que leva a incapacidade de uma resposta clínica adequada à terapêutica utilizada (PORTARI, 2007).

A desnutrição provoca vários malefícios aos órgãos, no sistema pulmonar gera redução da capacidade inspiratória e expiratória. No sistema digestivo, provoca a “síndrome de malabsorção” que causa um edema de mucosa e mantém baixa a concentração de albumina. Ocorre também atrofia do intestino delgado, com isso há perda da área de absorção e diminuição da atividade enzimática, assim como a diminuição da produção de ácido pela mucosa gástrica e de imunoglobina A pelo intestino delgado. Com isso pode ocorrer a translocação intestinal de microrganismos, que é a principal causa de infecção em locais distantes (PORTARI, 2007).

As complicações da terapia nutricional são geralmente, náuseas e vômitos, diarreia e síndrome da realimentação. As náuseas e vômitos podem estar relacionadas à doença de base do paciente. Quando as náuseas e vômitos não estão associadas à estase gástrica, pode ser em decorrência do aroma das formulações monoméricas e oligoméricas e a osmolaridade elevada ou ainda a administração de grandes volumes, assim como o uso concomitante de medicamentos. Quando se associam a estase gástrica, o vômito sugere a disfunção da motilidade gástrica e na maioria das vezes está associado a doenças pré-existentes (PORTARI, 2007; LINO, JESUS, 2013).

No caso da diarreia, antes que se suspenda a dieta, é necessário observar se o paciente está em uso de drogas que possam estar causando esse quadro, como antibióticos, antiácidos à base de magnésio e agentes procinéticos, ou ainda à hipoalbuminemia, colite pseudomembranosa, mal absorção e atrofia intestinal. Já na síndrome da realimentação, o paciente pode apresentar fadiga, letargia, fraqueza muscular, edema, arritmia cardíaca, falência respiratória e hemólise, que geralmente, pode ocorrer no início da terapia nutricional em pacientes com desnutrição grave (PORTARI, 2007).

Waitzberg, Castro e Marques (2007) acrescentam outras complicações comuns, a constipação, distensão abdominal e regurgitação, nos indivíduos com estomias alimentares quando iniciam a realimentação.

2.2. ESTOMIAS EXCRETÓRIAS

Entre os estomas intestinais estudados para drenagem de efluente, tem-se a jejunostomia, ileostomia e colostomia, que são aberturas do órgão com o meio, respectivamente em jejuno, íleo e intestino grosso.

Paracelsus no século XVI já falava em “anus artificial” quando tratava de intestino traumatizado. Em 1710 Alex Litré idealizou a colostomia durante uma autópsia, mas sem realizá-la, por isso foi considerado o “Pai da colostomia”. Embora com controvérsias sobre a realização da primeira colostomia, os registros apontam para o ano de 1750, em que uma colostomia realizada em uma esposa de pescador com uma hérnia encarcerada (SANTOS, 2005).

A primeira ileostomia foi realizada em 1879 por Baum um cirurgião alemão, que realizou uma derivação temporária em um caso de câncer de cólon ascendente. Mais tarde, em 1930, McBurney realizou uma ileostomia separada da incisão cirúrgica (SANTOS, 2005).

Embora não muito comuns, a jejunostomia terminal pode evoluir para drenagem de efluente, podendo assim ser caracterizada também como uma estomia excretória. São casos raros em que devido à ressecção abrangente do intestino, evoluem com síndrome do intestino curto, limitando ainda mais a absorção de nutrientes e eletrólitos.

2.2.1. Indicações

As indicações para a realização de uma estomia estão associadas à terapêutica de doenças como o câncer coloretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, politose adematosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves, proctite actínica, além de proteção de anastomoses de alto risco (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005; ROCHA, 2011).

Podem ter caráter temporário quando resultado de um trauma abdominal ou como proteção de anastomose, ou definitivo quando há perda esfinteriana, incapacidade de restabelecer a evacuação transanal (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005; ROCHA, 2011).

2.2.2. Estomas Intestinais: Localização, maturação e técnicas

A seleção do Estoma deve ser realizada no pré-operatório em cumprimento a alguns critérios para uma boa escolha. Através do posicionamento no músculo reto abdominal com distancia de 5 cm da cicatriz umbilical, pregas da pele, proeminências ósseas ou outros acidentes anatômicos, é realizada uma incisão circular de 3 cm para exteriorizar uma colostomia e uma incisão de 2,5 cm para a ileostomia sem tensão local e com vascularização adequada, em que o segmento exteriorizado dará origem a um estoma em alça terminal (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005).

A localização do estoma pode interromper o processo de absorção da maioria dos nutrientes. Na ileostomia é afetada a absorção de água e eletrólitos (sódio, potássio e magnésio), a situação pode ser agravada quando o clima está quente, gerando uma perda maior de água e eletrólitos (BURCH, 2006).

A maturação do estoma intestinal deve ser precoce, para isso deve ser realizada uma sutura mucossubdérmica com pontos separados utilizando-se fio absorvível, como catgut simples ou cromado, poliglatina ou polidioxona 4-0 (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005).

A protusão da ileostomia deve ser de 3 a 6 cm da pele, assim é determinante para a proteção da pele peristomal do contato com efluente líquido a pastoso (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005; ROCHA, 2011)

Quadro 3: Indicações de ileostomias e colostomias conforme técnica empregada.

Tipo de segmento	Técnica	Indicação
Ileostomia	Terminal	<p>Após realização de colectomia total de urgência ou proctocolectomia total na retocolite ulcerativa.</p> <p>Na polipose adematosa familiar, em caso de câncer avançado de reto inferior ou presença de múltiplos pólipos retais na vigência de contra-indicação técnica a anastomose ileoanal com reservatório ileal.</p> <p>Na construção de derivações urinárias.</p> <p>Em cânceres sincrônicos de reto inferior e ceco.</p>
Ileostomia	Em alça	<p>Para proteção de anastomoses ileal, coloanal e colorretal.</p> <p>Na doença de Crohn, nos casos de sepse abdominal por perfuração ileocecal após ressecção ileal e nas situações de doença perianal quando a proctocolectomia é recusada.</p> <p>No caso de perfurações intestinais com peritonite.</p> <p>No tratamento paliativo da obstrução do cólon esquerdo, na ausência fechada.</p>
Colostomia	Terminal	<p>Após amputação abdominoperineal do reto.</p> <p>Após operações de Hartmann (sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal).</p>
Colostomia	Em alça	<p>Para proteção de anastomose coloanal ou colorretal.</p> <p>No tratamento inicial da obstrução do cólon esquerdo (“procedimento em três tempos”).</p> <p>No tratamento da perfuração do reto extraperitoneal.</p> <p>No tratamento paliativo da neoplasia obstrutiva do cólon associada à carcinomatose peritoneal ou múltiplas metástases a distância.</p> <p>No tratamento dos processos infecciosos perineais graves.</p>

Fonte: SANTOS (2005)

2.2.3. A influência da alimentação

A alimentação deve ser equilibrada para todas as pessoas com ou sem estomas. Deve incluir uma porção de proteína, importante para reparar os tecidos, os carboidratos que fornecem energia, vitaminas e fibras, frutas e vegetais por fornecerem vitaminas e ajudarem a evitar constipação, leite e laticínios para manter ossos saudáveis, gorduras e óleos para energia, mas usados com moderação e restrita nos casos de excesso de peso (BURCH, 2006).

Na ileostomia os alimentos devem ser bem mastigados, pois podem ocasionar obstrução intestinal, resultando em distensão abdominal, náuseas e vômitos, para isso devem-se evitar cascas, frutas secas, milho, ervilha, entre outros. Para engrossar o efluente pode ser acrescentado a dieta pão e arroz branco (BURCH, 2006).

A colostomia geralmente realizada em cólon descendente e sigmoide, não é afetada na absorção, no entanto, cabe atenção quando o paciente apresenta constipação pré-operatória, geralmente continua após a confecção do estoma, para isso o indivíduo deve ingerir bastante água e fibras. Alguns alimentos auxiliam na redução de flatos e odor, como o iogurte e hortelã, assim como evitar comer e falar ao mesmo tempo (BURCH, 2006).

Para auxiliar na redução de gases e odores, assim como controlar a exoneração a irrigação intestinal é uma opção ao estomizado com colostomia esquerda (descendente e sigmoide) (SANTOS; CESARETTI; RIBEIRO, 2005).

A ingestão de líquidos é necessária e deve manter um volume de 1,5 a 2litros/dia (BURCH, 2006).

Concluindo que o papel do enfermeiro é importante para promover a educação para uma boa saúde alimentar, direcionando para orientações aos estomizados (BURCH, 2006).

2.2.4. O impacto de uma estomia intestinal

A realização de uma estomia como parte de cura para um câncer, traz mudanças nos hábitos de vida e alterações fisiológicas e psicológicas para o paciente e família, que são um desafio ao Enfermeiro. A depender de como todo o pré-operatório foi realizado pode significar muito para o paciente e família (BANDEIRA, 2012).

O estoma produz diferentes sentimentos no indivíduo, alguns traduzem positividade e outros em sua maioria o negativismo, o fato é que o paciente vai adaptando-se a nova

situação, para isso é fundamental que o profissional de saúde, acolha, oriente e ensine o paciente a enfrentar o novo processo. Para tal é também importantíssimo a compreensão e participação da família, neste processo de adaptação (SALES et. al. 2010).

Além da doença que levou ao estoma, tem a questão do desvio do trato intestinal, gerando alterações físicas, psicológicas, sociais e espirituais. A nova condição física remete a necessidade do treinamento para o autocuidado, muitas vezes negado inicialmente pelo paciente. A sensação de mutilação e a necessidade de um dispositivo para a coleta dos excrementos pode levar ao isolamento do indivíduo (SALES et. al. 2010).

A visão que todos temos da perfeição humana, impede e confunde o estomizado perante o mundo, associando a imperfeição ao seu fracasso. Tal situação pode gerar o isolamento, revolta, negação e constrangimento de ser estomizado. A enfermagem, que tem a incumbência de cuidar do outro, tem a obrigação de orientar e ensinar o estomizado na adaptação à nova condição (SALES et. al. 2010).

O sentimento de tristeza, assim como o medo e o temor pela possibilidade de morte e a perda da família, aumenta ainda mais a dor e a tristeza. Nesse momento, é importante de o indivíduo busque transcender a dor realizando as atividades de vida diária, se tornando útil e assim superar a dificuldade (SALES et. al. 2010).

Para o estomizado as mudanças a que foi submetido podem criar a sensação que se passaram muitos anos e isso consente a permanência do sentimento de tristeza experimentado em muitos momentos. Então, a fé surge como apoio a superação e alívio da dor, ela sustenta e dá força ao indivíduo na luta diária. O medo, angústia, culpa e outros relacionados a satisfação são sentimentos que acompanham o estomizado (SALES et. al. 2010).

2.2.5. Cuidados perioperatórios

O preparo e orientação pré-operatórios trazem vantagens na redução do tempo de internação, redução de complicações pós-operatórias, reduz o medo, depressão e ansiedade em relação ao estoma confeccionado (BANDEIRA, 2012).

A assistência ao pré-operatório deve ser o mais precoce possível direcionada para o auto-cuidado com informações ao paciente e família para diminuir a ansiedades e o medo do desconhecido, ativando assim o mecanismo do enfrentamento (CESARETTI et. al., 2005; BANDEIRA, 2012).

A consulta pré-operatória deve conter a abordagem física, psicológica e social para dar início ao processo educativo, considerando sempre paciente e família. Neste momento é possível identificar o conhecimento do paciente em relação ao diagnóstico, tratamento cirúrgico e complementar, o conhecimento acerca de alergias, e a utilização de medicamentos. Conhecer as atividades de vida diária, a frequência das eliminações e o impacto da estomia na vida do estomizado (CESARETTI et. al., 2005).

Especificamente ao estoma é importante verificar o estado nutricional do paciente, as habilidades psicomotoras para verificar a destreza manual, a presença de deficiências sensoriais, as condições da pele (oleosidade, pilosidade), que limita a aderência do equipamento coletor (CESARETTI et. al., 2005).

Considerando a necessidade de orientação pré operatória, este momento tem como objetivos, o preparo físico e emocional do paciente para o procedimento cirúrgico, para exercer o autocuidado após confecção do estoma. Cabe ressaltar que as orientações e ensinamento devem ser graduais a fim de atender a necessidade do paciente (CESARETTI et. al., 2005).

No transoperatório o cuidado ao paciente precisa continuar no que tange ao físico e emocional para conter o medo e ansiedade, natural no ambiente de centro cirúrgico. Especificamente é importante o acompanhamento da estomia após confecção, para tanto é necessário padronizar um equipamento coletor transparente e drenável, que permita visualização e esvaziamento, para contínua avaliação (CESARETTI et. al., 2005).

No pós-operatório, além da monitorização hemodinâmica e demais cuidados gerais, cabe um acompanhamento preciso do estoma, observando a presença de sangramento, coloração, protrusão, para detectar precocemente complicações como hemorragia, isquemia, necrose ou afundamento. Controlar o efluente e observar possíveis alterações hidroeletrólíticas, principalmente no caso de ileostomias (CESARETTI et. al., 2005).

Após a fase inicial de recuperação, inicia o treinamento para a transição hospital domicílio. Neste momento é fundamental o apoio da família, pois o enfrentamento inicia com o luto e muitas vezes a dependência e regressão, daí a importância da equipe de saúde e família em conjunto com apoio ambulatorial (CESARETTI et. al., 2005).

2.3. DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA GESTÃO E CUIDADO AO ESTOMIZADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR COM VISTA À INCLUSÃO SOCIAL.

Como nos preparamos para a evolução tecnológica que permite o aumento da expectativa de vida frente às doenças crônicas? Os estomas são exemplos do aumento da sobrevivência dos indivíduos, frente ao câncer e em decorrência de sequelas de algumas doenças crônicas. E como a gestores e os profissionais se preparam para a evolução nessa área específica?

Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados, o número de indivíduos com estomas intestinais é de aproximadamente 33.864 em todo o Brasil, mas estima-se que sejam bem mais, uma vez que muitos pacientes não se cadastram nos programas de estomizados de sua região e/ou associação local.

Na procura por condições que permitem a readaptação e a inclusão social do estomizado, algumas metas tem sido alcançadas, mas ainda muito limitado diante de sua necessidade. Há uma escassez de oportunidades para que essa população específica e marginalizada socialmente seja reconhecida e seu esforço para que sejam lembrados perante as autoridades tem sido árduo.

Alguns feitos foram alcançados, como a aprovação da Portaria 146 de 14 de outubro de 1993 e mais recente a Portaria 400 de novembro de 2009, que dispõem sobre a Atenção ao Estomizado e tem direcionado e assegurado cuidados específicos a essa população. A Portaria n. 874 de 16 de Maio de 2013 que institui a política nacional para prevenção e controle do câncer na rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para melhor discorrer sobre o tema, serão apresentados com os seguintes subtítulos: Políticas públicas específicas, Enfrentamento do estomizado e Educação permanente dos profissionais.

2.3.1 Políticas públicas específicas

As políticas públicas têm demandas específicas, para os grupos marginalizados, as solicitações que chegam através das agendas da sociedade civil por movimentos sociais, que proporcionam o encaminhamento das necessidades ao poder público, trazem benefícios e

ampliam os direitos de cidadania, daqueles que precisam de uma atenção especial (TEIXEIRA, 2012).

O estomizado espera resolver seus problemas quando procura uma unidade de saúde, entretanto, Antunes, Guedes (2010) destacam a importância da integralização do cuidado na prática de saúde, além da intervenção e medicalização, através da escuta e aproximação ao estomizado.

No entanto, existem alguns obstáculos, que dificultam o desenvolvimento de políticas públicas, entre eles, os conflitos de interesses e o mercado. E o objetivo da política está em dependência de quem controla o poder e por isso depende da negociação dos interessados (TEIXEIRA, 2012).

Com o foco neoliberalista muda o caráter das políticas, que originalmente exigiam a atuação do estado em várias áreas e agora surge um equilíbrio social, direcionando para uma política distributiva de acesso aos necessitados. Então, o foco neoliberalista é de atingir a população marginalizada e não a universalização (TEIXEIRA, 2012).

Então, na proteção dos mais necessitados e para regular os desajustes sociais, a política pública, proporciona a melhoria dessa porção da população. Mas, nem sempre foi assim, nos anos 70 com o início do avanço tecnológico, as relações de trabalho e a acumulação proporcionaram uma limitação dos recursos dispensados para as políticas sociais. Além disso, o aumento das necessidades da população tornou ainda mais escassos os recursos. Então a política intervencionista para estabelecer o equilíbrio financeiro, reduz temporariamente os gastos com as políticas sociais (TEIXEIRA, 2012).

Dessa forma, o processo de construção das políticas, envolve negociações, pressões, alianças e envolvimento da sociedade civil. Esse processo se inicia com a elaboração e formulação de um diagnóstico do problema, seguindo para identificação de experiências bem sucedidas para a realização de um debate público para verificar alternativas vindas dessa negociação. Após, ocorre a decisão e definição de recursos, estratégias para implementação, para partir para execução e avaliação dessas políticas (TEIXEIRA, 2012).

Mudanças nas políticas podem ocorrer quando há mudanças na composição do poder público, quando a mobilização social coloca as alternativas após consenso no debate público. As organizações não governamentais têm experiências com a elaboração de propostas e

alternativas para as políticas públicas, que podem auxiliar no entendimento e agilidade das políticas (TEIXEIRA, 2012).

As políticas públicas e do controle social por meio dos movimentos sociais são fundamentais para levar ao poder público, as necessidades dos cidadãos. Mas, na escala de prioridades o orçamento para essas políticas, em muitos casos, são escassas e ainda dependem do convencimento dos representantes do poder. Com isso as políticas podem ser seletivas a depender das justificativas dadas para sua elaboração e até beneficiar não só aqueles que precisam, mas também aqueles que querem se beneficiar (TEIXEIRA, 2012).

As instituições têm um papel importante, tanto na decisão quanto na formulação das políticas públicas, essa contribuição envolve dois elementos, o primeiro são os interesses individuais, que formam uma ação coletiva, o segundo é a ação coletiva que produz bens coletivos (SOUZA, 2006).

Dessa forma, proporciona economia de escala, qualidade e acesso, para atender este fundamento, os serviços devem ser ofertados de forma dispersa e o fator distancia deve ser levado em consideração e tendem a ser serviços menos dispendiosos, por utilizar menos tecnologia. Isso pode garantir de forma efetiva à acessibilidade a população, entendendo que sempre o critério de acessibilidade prevalece à economia de escala, dessa forma se garante prioritariamente o acesso ao serviço de saúde (MENDES, 2011).

Seus objetivos são melhorar a qualidade da atenção, qualidade de vida das pessoas usuárias, eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Os elementos constitutivos das redes são compostos pela população a estrutura operacional das redes de atenção a saúde (atenção primária, média complexidade e alta complexidade) (MENDES, 2011).

O objetivo, com as redes de atenção a saúde, é conseguir integralizar os níveis de atenção buscando a qualidade dos atendimentos e obedecer aos princípios do SUS (MENDES, 2011).

Entre as políticas públicas importantes aos estomizados, tem-se a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social que trata da aposentadoria por invalidez. O Decreto 5.296 de 12 de Dezembro de 2004 o estomizado conquista a inclusão nas políticas públicas como pessoa com deficiência. No Distrito Federal,

a Lei 566/1993 assegura o transporte coletivo gratuito. A Lei 3.939 de 2 de janeiro de 2007, estabelece o Estatuto de Pessoa com Necessidades Especiais (SILVA, SHIMIZU , 2012).

Pode-se assimilar de toda essa situação que, a luta para conquistar o aparato básico necessário para o indivíduo se manter dentro da sociedade, tendo uma deficiência que causa limitação de sua produtividade no mundo capitalista, é difícil e nem sempre há garantia de que terá uma solução. Muito dependerá do jogo de forças envolvidos.

2.3.2. Enfrentamento do Estomizado

O Estomizado enfrenta dificuldades que envolvem o físico, psíquico, emocional e social. A dificuldade em aceitar o estoma se deve muito a nossa cultura de regras de isolamento estabelecidas para a realização das eliminações e o fato de evitar o contato e olhar as fezes, que também impedem o entendimento da fisiologia da eliminação (SILVA, SHIMIZU, 2012).

Silva e Shimizu (2012) ainda relatam que muitos pacientes preferem a morte a usar uma estomia por toda a vida. Os estomizados vivenciam os quatro estágios emocionais descritos por Kubler – Ross (1987): negação, ira, barganha, depressão e aceitação.

O processo de retorno às atividades é tão difícil e marcante e envolve os estigmas em que a sociedade tende de valorizar o corpo esbelto e bonito, que podem afastar totalmente esse indivíduo da sociedade, por se sentir rejeitado. É importante que o enfermeiro esteja presente não só para o ensino prático dos cuidados como também apoio emocional, proporcionando a readaptação à nova condição, acompanhando as dificuldades enfrentadas pelos estomizados e auxiliando na busca por soluções, que tornem mais fáceis a sua readaptação.

A adaptação às mudanças começa pela alimentação, que não seria necessário uma alteração e restrição da alimentação drástica a não ser nos casos de gastrostomias e jejunostomias alimentares, em que o indivíduo passa a apresentar uma necessidade para alimentação e as jejunostomias e ileostomias para drenagem do efluente, que podem gerar uma perda de líquidos e outros nutrientes que podem desestabilizar o indivíduo.

Com a colostomia não há grandes alterações no processo alimentar. Mas, visto que o paciente apresenta outras comorbidades associadas, pode haver um comprometimento parcial

de sua readaptação. Com o processo da adaptação os pacientes relatam que fazem restrições de alguns alimentos variados que podem produzir mais gases e alterar a frequência intestinal, em função da perda da continência. Outra alteração muito comum é a mudança na forma de se vestir, muitas vezes para esconder qualquer volume abdominal, que produza curiosidade de outra pessoa (SILVA, SHIMIZU, 2012).

O conhecimento e entendimento do enfermeiro sobre as políticas públicas é importante para oferecer orientação adequada sobre os direitos aos usuários, visto que a manutenção de uma estomia com o uso de coletores é onerosa para muitos indivíduos. A informação e orientação da distribuição dos dispositivos facilita a aceitação por limitar o surgimento de problemas associados ao estoma.

2.3.3. Educação permanente dos profissionais

Para uma boa gestão de trabalho e oferta do serviço especializado, didaticamente, pode-se dividir duas categorias de análise: política de formação e educação permanente. Para tal, se fazem parcerias entre as Secretarias de Saúde e centros formadores para o desenvolvimento de recursos humanos. O processo de capacitação do profissional deve ser concomitante com a formação e início de trabalho, para manter atualizado diante do aumento das tecnologias (MENDONÇA, 2009).

Para um bom funcionamento e cumprimento dos princípios o Sistema Único de Saúde, é necessário uma mudança na formação do profissional, para uma transformação das práticas profissionais, uma organização e problematizar o processo de trabalho, dar acolhimento e a assistência especializada às necessidades de saúde das pessoas, coletivas e das populações (MOURA, 2005).

A educação permanente traz o profissional para a resolução de problemas direcionados a sua realidade, buscando soluções específicas. Com o aprimoramento profissional na Estomaterapia, temos alguns cursos de especialização no País, segundo as exigências do Conselho Internacional de Estomaterapia e avaliadas pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) que dão bases ao profissional para um atendimento de qualidade ao estomizado.

A realidade do Distrito Federal na Estomaterapia tem uma grande mudança a partir do primeiro curso de Especialização realizado na Universidade de Brasília com a formação de nove novos estomaterapeutas, envolvidos no atendimento a esta clientela específica. No Brasil, o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, foi na Escola de Enfermagem da USP, na responsabilidade da Professora Doutora Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos.

A primeira enfermeira estomaterapeuta Gelse Mary Zerbetto buscou sua formação fora, no Hospital and Tumor Institute, na Universidade do Texas, assim como outras enfermeiras que marcaram a Estomaterapia.

A luta dos profissionais que estão em contato direto com estes indivíduos com necessidades especializadas se mantém todos os dias. Na busca para manter a troca e atualização de saberes foi criada a seção SOBEST (Sociedade Brasileira de Estomaterapia) de Brasília.

2.4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma metodologia científica que auxilia o enfermeiro a aplicar seus conhecimentos técnicos científicos na assistência prestada ao paciente. Por meio da Resolução 358/2009 o Conselho Federal de enfermagem preconizou a Assistência de Enfermagem por meio do Processo de Enfermagem aplicado na prática (TANNURE, GONÇALVES, 2010; COFEN, 2009).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, para seu desenvolvimento se faz necessário um uso de um método sistematizado, contudo é necessário um apoio gerencial, para que seja realizada a implementação (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

Para incorporação da SAE na prática é importante a equipe de enfermagem ser treinada constantemente, aprimorando seus conhecimentos, com Teorias de Enfermagem, além do entendimento do Processo de Enfermagem, a semiologia, fisiologia e patologia, que darão suporte técnico e científico ao Enfermeiro (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

A implantação da SAE traz vantagens valiosas para o sistema de cuidar como a maior segurança para os pacientes e melhoria da prática clínica (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

Nesse processo de implementação deve preceder um diagnóstico situacional para auxiliar no conhecimento sobre as características da realidade, além de identificar os problemas que afetam negativamente o serviço de Enfermagem e assim estabelecer um cronograma de organização e implantação da SAE (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

Considerando as necessidades específicas desta clientela e a escassez de literatura sobre a sistematização da assistência de enfermagem com utilização do processo de Enfermagem no pós operatório imediato.

2.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM E O MODELO DE HORTA

O Processo de enfermagem como instrumento do cuidar tem sido construído ao longo dos anos com a meta de atenção aos indivíduos, dentro do processo de saúde e doença. Para organização desse processo se desenvolveram alguns modelos conceituais de Enfermagem contendo conceitos comuns em várias áreas, como a Enfermagem, o ser humano, o ambiente e a saúde. A partir desses conceitos, surgiram as teorias de Enfermagem para direcionar a Assistência de Enfermagem prestada ao indivíduo. Aplicação dessas teorias fundamenta o processo direcionando a assistência para as necessidades específicas do paciente (NOBREGA, SILVA, 2009).

Baseia-se em cinco etapas que se relacionam entre si, iniciando com Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação, cada etapa depende da anterior. Seus princípios são organizar e priorizar o cuidado sempre com foco na saúde e qualidade de vida do paciente, em que toda essa sequência fortalece e treina o raciocínio do enfermeiro a pensar criticamente (ALFARO-LEFEVRE, 2010). Por ser composto de etapas dinâmicas pode ser modificado sempre que necessário, após cada avaliação.

Nos anos 60 do século passado, Wanda de Aguiar Horta foi um marco, sendo a primeira enfermeira brasileira a criar uma Teoria para a prática (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

A partir da teoria das necessidades humanas básicas, Horta modificou a prática no Brasil, resgatando o termo “Necessidade” que nos acompanha por toda a vida. Malinowski foi quem escreveu sobre as necessidades em seu livro intitulado “ A scientific theory of culture” publicado no ano de 1944, em que caracteriza o conceito de necessidade, que vai além do que a enfermagem . Este considerava que todos os seres humanos são da espécie humana possuíam como necessidade básica comer, respirar, dormir, procriar e eliminar o que não é mais necessário ao organismo, isso independente de lugar e civilização (BUD, GARCIA, 2010).

Para Horta, a enfermagem tem o objetivo de manter o indivíduo em equilíbrio. Para fundamentar sua teoria, Horta utilizou três Leis, Lei do Equilíbrio (homeostase, todo o universo se mantém em equilíbrio dinâmico), Lei da Adaptação (todos os seres interagem com seu meio externo e em constante ajustamento para manter o equilíbrio) e a Lei do Holismo (“ universo como um todo, o ser humano é um todo e esse todo não é mera soma das partes”). Assistir o indivíduo é ajudar e auxiliar no que ele não pode fazer por si, e ainda orientar e ensinar ou encaminhar a outro profissional. (HORTA, 1979; BUD, GARCIA, 2010)

Abraham Maslow estabeleceu prioridades entre as necessidades, como por exemplo quando se sente fome e sede, a primeira a ser satisfeita será a sede, pois fisiologicamente nosso corpo pode permanecer sem comida por vários dias, mas sem líquidos ele não sobrevive muito tempo, ou pode ter complicações severas. Da mesma forma acontece quando comparamos a necessidade de respirar com a de ingerir líquidos, respirar se torna muito mais importante que ingerir líquidos. (BUD, GARCIA, 2010)

Com este raciocínio Maslow criou a Hierarquia de Necessidades, apresentadas como prioritárias, as necessidades fisiológicas (necessidades de ar, água, comida e sexo), necessidade de segurança e estabilidade, necessidade de amor e pertencimento, a necessidade de estima e por último as necessidades de autorrealização. As necessidades se eleva de nível a partir do momento em que as necessidades são parcialmente ou totalmente satisfeitas. . (BUD, GARCIA, 2010)

Acredita-se que Horta baseou as necessidades psicoespirituais, principalmente a religiosidade influenciada por João Mohana, padre, psicólogo humanista e introduziu a necessidade de autorrealização. (BUD, GARCIA, 2010)

Horta baseou sua teoria na psicologia humanista, na obra de Maslow “ Motivation and Personality e ainda em teorias orientadas por necessidades. Tinha preocupação com a Enfermagem como ciência, então desejava descobrir o ser humano (indivíduo, família e comunidade). Estabelecendo o objetivo da teoria para assistir o ser humano no atendimento as suas necessidades e definir o papel da enfermagem como ciência em que descreve e relaciona as necessidades entre si (BUD, GARCIA, 2010).

Horta apontava a importância do processo de enfermagem e adotou em seu trabalho a conceituação de Mohana e Maslow indicando haver uma hierarquia das necessidades humanas (necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais). Cada uma dessas necessidades foi contemplada com classes que indicavam as especificidades da classificação (como oxigenação, segurança, hidratação, nutrição, entre outras) (HORTA, 1979).

Podemos então caracterizar cada uma das necessidades humanas, as necessidades psicobiológicas “são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação, alimentação, eliminação, sono e repouso, higiene, e assim por diante” (LEOPARDI, 2006)

Quadro4: Classificação das necessidades humanas básicas de Wanda Horta

Necessidades psicobiológicas	Necessidades psicossociais	Necessidades psicoespirituais
Oxigenação Hidratação Nutrição Eliminação Sono e repouso Exercício e atividades físicas Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação a saúde) Gregária Recreação Lazer Orientação no tempo e no espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica, ética ou filosofia da vida.

Fonte: Horta, (1979), p.40.

Os referenciais teóricos e as teorias devem direcionar os Enfermeiros no cuidado prestado baseado em conhecimento científico.

No presente trabalho, como os indivíduos estudados apresentavam alterações em suas necessidades básicas, esse referencial foi adotado como fundamentação teórica.

As necessidades humanas básicas são comuns a todos os seres humanos, mas só se tornam necessidades quando estão em desequilíbrio e nesse momento, exigem uma resolução profissional (HORTA, 1979).

Como citado, o referencial teórico das necessidades humanas básicas tem origem na teoria da motivação de Maslow que tem como base, as necessidades humanas básicas. Estão hierarquizadas em cinco níveis, na base da pirâmide as necessidades biológicas, seguidas da segurança, o amor, a estima e no topo da pirâmide a auto-realização. Baseado neste modelo Horta (1979) estabeleceu um modelo de processo de enfermagem.

Horta fez uma diferenciação entre as funções de Enfermagem, estabelecendo em três áreas: área específica, interdependente e social. A área específica está relacionada com a satisfação das necessidades básicas e em seu contexto inserir o ensino para o autocuidado para tornar o indivíduo independente da assistência. Na área interdependente ou colaborativa, há uma relação com a equipe de saúde, para manter, promover ou recuperar a saúde do indivíduo. E a área social que envolve as atividades que o enfermeiro tem como objetivo, a pesquisa, o ensino, a administração, responsabilidade legal e participação nas associações de classe (BUD, GARCIA, 2010).

Para Horta, o processo de enfermagem era visto como a dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas para dispor uma assistência ao ser humano. Foi proposto por ela em seis etapas, a de Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Plano de Assistência, Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem, Evolução e Prognóstico (HORTA, 1979).

Durante o processo, devem ser respeitados os aspectos éticos da assistência, visto que o ser humano, como membro de uma família ou comunidade é um membro ativo para o autocuidado, assim sua unicidade, autenticidade e individualidade devem ser respeitadas, partindo do princípio de que a assistência de enfermagem é fornecida ao ser Humano e não à doença. (BUD, GARCIA, 2010).

Desde os anos 2000 tem crescido o número de trabalhos publicados com o tema a Sistematização da Assistência de Enfermagem e, embora seu conteúdo conceitual seja distinto, percebe-se a intenção dos enfermeiros em mudar sua prática, melhorar a qualidade da

assistência, garantir o registro das intervenções e permitir a visibilidade da profissão (REPPETTO, SOUZA, 2005).

A denominação das fases pode sofrer alterações de acordo com cada autor e sua base teórica (ALFARO-LEFEVRE, 2010). Atualmente tem sido descrito em cinco etapas como, investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Para Alfaro-Lefevre (2010), o processo de enfermagem promove uma organização e seleção dos cuidados ao cliente, sempre com foco no estado de saúde e na qualidade de vida, proporcionando assim, ao enfermeiro, um raciocínio crítico diante das situações clínicas, teóricas e de teste.

Com essas características, o Processo auxilia na construção de um pensamento crítico e a sequência de etapas é sua vantagem, por possibilitar a organização do pensamento sequencial e evita esquecimentos, assim os resultados tendem a serem rápidos sempre baseados em evidências, permitindo ainda uma constante avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Serão descritas, a seguir, as etapas do Processo de Enfermagem, sob o enfoque de Wanda Horta e das mais recentes discussões entre diferentes autores.

2.5.1. Histórico de Enfermagem

É o roteiro que através do qual é realizado o levantamento de dados acerca do paciente, família ou comunidade. A partir daí é possível levantar as informações significativas e problemas envolvidos, que possibilitam chegar aos Diagnósticos de Enfermagem (HORTA, 1979).

O histórico de enfermagem proporciona um levantamento dos dados significativos que visam alcançar a identificação dos problemas, que traduzem as necessidades do ser humano que receberá cuidados resolutivos (HORTA, 1979; LEOPARDI, 2006; BUD, GARCIA, 2010).

Através de um roteiro sistematizado, Horta sugere uma estrutura básica que inclui: identificação, dados clínicos de interesse para a enfermagem, entrevista e observação do paciente, necessidades básicas na hospitalização, ajustamento do paciente ao hospital, impressões do entrevistador e identificação de quem colheu os dados (BUD, GARCIA, 2010). Atualmente tem sido considerada como investigação ou apenas coleta de dados.

Esta primeira fase que envolve a coleta de dados é fundamental que seja realizada adequadamente, visto que as demais etapas dependem dela, para o direcionamento do cuidado. Três fatores estão envolvidos na coleta de dados, sendo eles, a visão de mundo do enfermeiro, o conhecimento do enfermeiro e suas habilidades. A forma como o enfermeiro atua e entende a Enfermagem e sua relação com a enfermagem modifica sua atuação diante do cuidado, quando associamos esse fato ao conhecimento em outras ciências, temos uma mudança na tomada de decisão e uma habilidade melhorada na resolução dos problemas (NOBREGA, SILVA, 2009).

Ainda sobre a coleta de dados, as informações coletadas se agrupam em dados objetivos e subjetivos. Aos primeiros se referem os dados colhidos e mensurados durante a realização do exame físico e aos subjetivos aqueles que são obtidos no momento da entrevista pela percepção e expressão do paciente (SILVA, NOBREGA, FONTES, 2009).

Como métodos para a coleta, utilizam-se alguns instrumentos básicos, a interação, que é a relação que compreende a comunicação verbal e não verbal entre enfermeiro/cliente; a observação se utilizando dos sentidos na relação e ainda o ambiente em que estão inseridos e por fim a mensuração, onde são validadas as observações por meio do exame físico em si, por meio de instrumentos específicos (SILVA, NOBREGA, FONTES, 2009).

Através da informação coletada em entrevista e exame físico é possível prever, detectar, prevenir e controlar os problemas reais ou potenciais. Para assim promover a saúde, independência e bem estar (ALFARO-LEFEVRE, 2010; TANNURE, GONÇALVES, 2010).

A coleta de dados pode ser direta, quando a coleta ocorre com a realização da anamnese e exame físico é indicado, e indireta, quando se utilizam outras fontes (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

2.5.2. Diagnóstico de Enfermagem

Para Horta esta etapa se define como “identificação das necessidades básicas do ser humano, que precisam de atendimento e a determinação, pelas enfermeiras e enfermeiros, do

grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão” (HORTA, 1979; BUD, GARCIA, 2010). É a segunda etapa do Processo de Enfermagem que exige do Enfermeiro uma interpretação de dados com síntese e julgamento clínico. Os diagnósticos podem ser organizados em uma lista de problemas ou ainda, uma listagem dos fatores de risco que devem ser controlados, dessa forma podem ter Diagnósticos reais ou potenciais (LEOPARDI, 2006; TANNURE, GONÇALVES, 2010; NEGREIROS et. al., 2009).

Nesta etapa tem-se a identificação das necessidades humanas básicas alteradas e o grau de dependência indicados pelo Enfermeiro em cada atendimento. A partir da definição do grau de dependência temos uma definição do tipo de cuidado a ser realizado, podendo ser classificado em ajudar, orientar, supervisionar ou encaminhar (LEOPARDI, 2006; BUD, GARCIA, 2010; GARCIA, EGRY, 2010).

Quadro 5 : Modelo para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão

Indicador Valor	Conhecimento	Deambulação	Motilidade	Estado mental	Condições do ambiente	Condições socioeconômicas
0	Correto	Ambulante	Total	Consciente	Favoráveis	Muito boas
1	Semicorreto	Ambulante	Parcial	Desorientado no tempo e no espaço	Semifavoráveis	Boas
2	Incorreto	Maca ou cadeira	Mínima	Semiconsciente	Difíceis	Regulares
3	Ignora	Acamado	Nenhuma	Períodos de incoscincia	Desfavoráveis	Más

Fonte: BUD, GARCIA (2010)

O termo Diagnóstico de Enfermagem surgiu pela primeira vez na década de 60, levantando a importância do julgamento clínico para basear e definir as intervenções de enfermagem.

Então diagnosticar não era mais específico da área médica e King foi o marco quando escreveu que diagnosticar não era específico do médico, mas sim de todos os profissionais antes de estabelecer suas ações (NEGREIROS et. al., 2009).

Em 1973 surge no cenário o Grupo de Classificação, Norte Americano de Diagnóstico de Enfermagem, posteriormente denominada de Nursing American Nursing Diagnose Association (NANDA), que inicialmente se baseou numa lista de diagnósticos por ordem

alfabética. Anos se passaram com estudos e a taxonomia passou a ser utilizada pelo mundo. Já em 1990, a NANDA aprovou em assembleia uma definição para Diagnósticos de Enfermagem sendo “... o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais” (NEGREIROS et. al., 2009).

Em assembleias sucessivas, a NANDA tem evoluído com inserção de novos diagnósticos a cada dois anos e também a revisão dos atuais, retirando ou modificando.

Atualmente, os diagnósticos de enfermagem estão vinculados à Sistemas de Classificações, Para Nobrega et. al. (2010) os sistemas de classificação ou taxonomias são conhecimentos estruturados de uma disciplina ou de uma especialidade, organizados em grupos ou classes a partir de suas similaridades.

Na classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, a padronização da linguagem contribui para o cuidado de Enfermagem de qualidade, e ajuda a mostrar o cuidado efetivo e estimular atividades de pesquisa. A padronização da linguagem torna visível a Enfermagem, passa a ser reconhecida por outros profissionais de que a Enfermagem identifica e avalia clientes, famílias e comunidades (NOBREGA, et. al., 2010).

As classificações relacionam os diagnósticos, resultados e intervenções, de acordo com os problemas levantados para resolução, sendo que os significados foram construídos diante da experiência no mundo e o conhecimento por meio dele entre sujeitos (GAIDZINSKI et. al., 2008).

A Taxonomia da NANDA-I será abordada em subitem a seguir.

2.5.3. Plano assistencial de enfermagem, Plano de cuidados ou Prescrição de Enfermagem

Para Horta, a etapa seguinte à do diagnóstico é a de Plano Assistencial.

Horta conceitua esta etapa como “a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido” (HORTA, 1979, p.37).

Assim, o plano assistencial sistematizado é consequência de uma análise do diagnóstico averiguando três pontos, os problemas, as necessidades afetadas e o grau de dependência (HORTA, 1979). Determina a assistência global a partir do Diagnóstico

estabelecido. Assistir em Enfermagem inclui realizar encaminhamentos, supervisionar, orientar, ajudar e executar os cuidados (LEOPARDI, 2006; BUD, GARCIA, 2010) Sendo que os cuidados dispensados devem partir da classificação do grau de dependência, total (T) e ajudar (A), que envolve os verbos fazer e ajudar (HORTA, 1979). O plano de cuidados ou a prescrição de enfermagem, para Horta é a implantação do plano assistencial através do aprazamento rotineiro para organização das ações da equipe de enfermagem no atendimento as necessidades básicas e específicas (HORTA, 1979).

No entanto, atualmente essa etapa não mais é subdividida e tem sido considerada como uma única fase denominada Planejamento (LEOPARDI, 2006; BUD, GARCIA, 2010).

Assim, durante o Planejamento ocorre o estabelecimento de prioridades a partir dos diagnósticos elaborados, a identificação dos resultados a serem alcançados e o estabelecimento das intervenções. Entre as prioridades a serem definidas deve-se considerar aquelas que interferem na hemodinâmica e que ofereçam o risco de morte para o paciente. Para cada diagnóstico deverá ter um resultado esperado (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

O cuidado de enfermagem realizado tem o objetivo de alcançar os resultados. Para se estabelecer um plano adequado de cuidado é necessário que a equipe de enfermagem tenha algumas características, como habilidades técnicas e psicomotoras, que promovam uma interação com o paciente para tornar viável o resultado (TANNURE, GONÇALVES, 2010).

2.5.4. Evolução de Enfermagem

A evolução de enfermagem é um relato diário das mudanças, que ocorrem no ser humano, sob assistência do profissional e conseqüentemente é possível avaliar as respostas aos cuidados implementados (HORTA, 1979; GARCIA, EGRY, 2010).

É um registro após avaliação do estado geral do paciente, com o intuito de também nortear planejamento inicial. Realizado pelo enfermeiro com uma análise dos dados referentes ao paciente em um determinado período, de uma forma contextualizada (ITO et. al., 2011).

Atualmente, para a maioria dos autores, a evolução faz parte do momento da implementação. No momento de implementar, deve-se verificar se estão sendo consideradas as prioridades traçadas, investigar a propriedade das intervenções propostas e sempre que possível, reavaliar e realizar mudanças imediatas quando necessário. Um auxílio importante é

a passagem de plantão e a evolução, que auxiliam na avaliação das intervenções de enfermagem (AFARO-LEFEVRE, 2010).

2.5.5. Prognóstico de Enfermagem

O prognóstico de enfermagem foi um termo utilizado por Wanda Horta e trata-se da capacidade do ser humano atender suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial. Ou ainda a capacidade do indivíduo para o autocuidado (HORTA, 1979; GARCIA, EGRY, 2010).

Atualmente essa fase se equipara à da avaliação. A avaliação é acima de tudo uma observação dos resultados propostos, guiada pelos registros. Se os registros apontam para objetivos alcançados, não há necessidade de alteração do plano de cuidados (LEOPARDI, 2006; NANDA, 2013).

Quando o resultado não foi alcançado e foram identificados outros problemas, o plano deve ser modificado. Quando se alcançarem os resultados e não são identificados novos problemas, o paciente pode receber alta. Entretanto, se o resultado não foi alcançado, mas não foram percebidos outros problemas, deve-se continuar com o plano de cuidados e aumentar o tempo para alcance do resultado (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

2.6. OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E A TAXONOMIA DA NANDA-I

“Os Diagnósticos de Enfermagem são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento, a implementação e avaliação de enfermagem” (NANDA, 2013, p.29).

A taxonomia II da NANDA-I, apresenta 13 domínios, 47 classes e 217 diagnósticos, organiza os Diagnósticos de Enfermagem por ordem alfabética, dentro de classes que por sua vez estão inseridas em domínios (NANDA, 2013)

Entre os Domínios, estão descritos: Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e troca, Atividade e repouso, Percepção/cognição, Autopercepção, Papéis e relacionamentos, Enfrentamento e tolerância ao estresse, princípios da vida, Segurança/proteção, Conforto e Crescimento e desenvolvimento (NANDA, 2013; TANNURE, GONÇALVES, 2010).

A NANDA-I define diagnósticos reais, de risco e de promoção da saúde. Os diagnósticos reais, e de promoção da saúde seguem uma estrutura, que obedece ao rótulo (ou o enunciado diagnóstico), acompanhado dos fatores relacionados e das características definidoras. Nos diagnósticos de risco, os componentes se restringem ao enunciado e aos fatores de risco (NANDA, 2013; TANNURE, GONÇALVES, 2010).

A construção dos Diagnósticos de Enfermagem é baseada em sete eixos, que são: o conceito diagnóstico, o sujeito, julgamento, localização, idade, tempo e situação (NANDA, 2013).

Quadro 6: Apresentação dos eixos da construção dos Diagnósticos da NANDA – I e respectiva caracterização.

Eixo	Estrutura	Caracterização
1	Conceito diagnóstico	É o componente central do enunciado e pode ser constituído por um ou mais enunciados.
2	Sujeito do diagnóstico	Destina-se ao indivíduo a quem se destina o diagnóstico. Pode ser um indivíduo, a família ou comunidade.
3	Julgamento	É um descritor que caracteriza e limita o diagnóstico, como exemplo comprometido, diminuído, alterado.
4	Localização	Identifica as partes ou regiões do corpo relacionados, como exemplos: renal e tátil.
5	Idade	Direciona a idade do indivíduo que pode se enquadrar em bebê, adolescente, adulto e idoso.
6	Tempo	Trata da duração do conceito diagnóstico, que pode descrever um estado agudo, crônico ou intermitente.
7	Situação do diagnóstico	Refere-se ao estado do diagnóstico se é real ou potencial. Por exemplo: real, promoção à saúde, de risco e bem estar.

Fonte: NANDA (2013)

O julgamento realizado pelo enfermeiro diante da prática pode ser expresso através de uma linguagem padronizada, direcionando as intervenções, de acordo com o raciocínio, proporcionando um cuidado de enfermagem direcionado ao bem estar e a autorrealização do paciente, dando apoio nas diversas situações (NANDA, 2013).

Para que o Enfermeiro se torne um bom diagnosticador, há necessidade de desenvolver as capacidades intelectuais, interpessoais e técnicas. Nas capacidades intelectuais se faz necessário conhecer os Diagnósticos de Enfermagem, ter clareza de seu conceito, fatores relacionados e características definidoras, tendo sempre acessível às informações necessárias (NANDA, 2013).

O raciocínio crítico é essencial para que se alcance uma interpretação adequada dos dados coletados, pode ser aperfeiçoado através da educação e esforço (NANDA, 2013).

As competências interpessoais são valiosas para completar um julgamento clínico e a escuta é um aspecto fundamental para explorar adequadamente os dados, relacioná-los é um desafio. Também as competências técnicas tem sua importância, em que uma história coletada, de forma completa ou focalizada, é responsável pela estrutura de um diagnóstico adequado (NANDA, 2013).

Dessa forma, o diagnóstico de enfermagem pode ser definido como interpretações científicas dos dados levantados e exige do Enfermeiro competência nos domínios intelectual, interpessoal e técnico, para que seja adequado. O julgamento clínico deve ser um processo contínuo de aprendizagem em relação ao contexto da situação e a natureza do cliente; indivíduo família ou comunidade (NANDA, 2013).

O levantamento dos dados para obtenção dos diagnósticos de enfermagem precisos ocorreu através de investigação completa ou focalizada. O primeiro envolve um estudo com abordagem completa para determinação da condição do cliente. Já a investigação focalizada é específica para um assunto ou preocupação, onde os sintomas específicos são avaliados (NANDA, 2013).

2.7. CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Para avaliar a assistência de enfermagem, os resultados começaram a ser utilizados nos anos de 19960 por Aydelotte, com focalização das alterações comportamentais e físicas. Em seguida nos anos 80 os Resultados ficaram em evidência por influência política na necessidade de avaliação dos cuidados prestados e redução dos custos (NOC, 2010).

NOC é uma classificação padronizada de resultados, que são influenciados pelas intervenções de enfermagem diante do indivíduo, família ou comunidade. Os resultados

podem ser mensurados continuamente. Cada resultado apresenta indicadores, que a partir deles é possível avaliar o estado do paciente (NOBREGA, et. al., 2010).

A assistência com qualidade necessita da colaboração da equipe de enfermagem, o aparecimento dos resultados impulsiona a organização do sistema a fim de proporcionar o bem-estar e a satisfação do paciente. Com o uso dos resultados é possível garantir a qualidade das intervenções, com conceitos distintos, que refletem os estados dos pacientes como a mobilidade, hidratação, alimentação, entre outros (NOC, 2010).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) é complementar as taxonomias da NANDA-I e da NIC (Classificação das intervenções de enfermagem). A classificação atual dos Resultados de Enfermagem tem 385 resultados, que compõem a definição, os indicadores, as escalas de medidas e as referências de apoio. Está organizado em 7 domínios, divididos em Saúde funcional, Saúde fisiológica, Saúde psicossocial, Conhecimento em saúde e comportamento, Saúde percebida, Saúde familiar e Saúde comunitária (NOBREGA et. al., 2010; NOC, 2010).

O Resultado é composto por título definição, lista de indicadores objetivos e subjetivos e a escala de Likert que abrange cinco pontos, dos quais é possível avaliar o estado do paciente. Para a seleção do resultado apropriado deve-se considerar as características definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem (NOBREGA et. al.,2010).

Os conceitos presentes nos resultados refletem o estado real do paciente, família e comunidade e apresentam uma pontuação de 1 a 5, sendo 5 a melhor pontuação e 1 a pior. Utilizando denominações como “gravemente comprometido”, “não comprometido”, “não adequado” ou “totalmente adequado” (NOC, 2010).

2.8. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

As intervenções de enfermagem abrangem todas as intervenções, executadas pelos enfermeiros e pela equipe de enfermagem em todos os cenários da prática.

A classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foi desenvolvida concomitante à classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I, em 4 fases:

Fase I: Construção e classificação (1987 - 1992)

Fase II: Construção da taxonomia (1990 - 1995)

Fase III: Testes clínicos e refinamento (1993 - 1997)

Fase IV: Uso e manutenção (1996 – em desenvolvimento)

Apresenta agrupados 7 domínios (Fisiológico: básico, Fisiológico: complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de saúde e Comunidade) e 30 classes, com 546 intervenções e 12.000 atividades (NOBREGA et. al., 2010; NIC, 2010).

A intervenção é o tratamento apoiado no julgamento clínico e conhecimento científico, que o enfermeiro executa para melhorar e atingir os resultados levantados para cada paciente. (NOBREGA et. al., 2010)

O enfermeiro deve ser capaz de determinar e realizar uma intervenção adequada, para tanto, deve ter conhecimento para fundamentar a escolha, possuir habilidades psicomotoras e interpessoais, além de ser capaz de agir nas diversas situações. A linguagem padronizada auxilia na documentação e na qualidade da assistência (NIC, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Aplicar o Processo de Enfermagem em indivíduos com estomias do trato digestório, em pós-operatório mediato.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos indivíduos estudados no que se refere aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Relacionar os diagnósticos de enfermagem segundo as Necessidades Humanas Básicas;
- Identificar o perfil diagnóstico da amostra estudada, conforme a classificação da – NANDA-I;
- Planejar a assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos identificados, de acordo com as Classificações de Intervenções (NIC) e Resultados (NOC);

4. METODOS E PROCEDIMENTOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de caráter exploratório e transversal. A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A pesquisa exploratória, assim como a descritiva, começa com o fenômeno de interesse; entretanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores relacionados. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Base do Distrito Federal, na Unidade de Cirurgia, com pacientes internados submetidos às cirurgias do trato digestório, que originaram estomas temporários ou permanentes.

Trata-se de um hospital de nível terciário, vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que recebe pacientes de diferentes especialidades. A Unidade cirúrgica abrange as especialidades de Cirurgia Geral, Torácica, Proctologia, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia, com média de internação de 50 pacientes, com afecções intestinais por mês, sendo que um terço evolui para a necessidade de uma estomia.

Atualmente é referência em cirurgia oncológica e também referência para trauma. A equipe de enfermagem atua de forma geral, para todas as especialidades. Os pacientes são admitidos procedentes do pronto socorro, do centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva (UTI) quando submetidos às cirurgias de urgência e emergência. Quando procedentes do domicílio, são submetidos à cirurgia eletiva.

A escolha do local de estudo deu-se por representar um hospital de referência do Distrito Federal na área, e por ser também, o local de trabalho da pesquisadora. Pretende-se, futuramente, contribuir para o atendimento dos pacientes naquele local, buscando sistematizar os cuidados prestados e garantir os vínculos com a instituição acadêmica.

4.3. População e amostra

A amostra foi constituída por conveniência, ou seja, não-aleatória, de pacientes internados nas referidas unidades, cujo período de coleta ocorreu por seis meses. No primeiro

mês foram coletados 10 pacientes, que configuraram o teste piloto, que objetivou ajustar o instrumento. Ao final dos demais cinco meses a amostra final foi constituída por 40 pacientes.

Foi realizado um estudo retrospectivo a partir dos registros de internações junto a secretaria da Clínica Cirúrgica sobre os dados dos prontuários do Hospital de Base de Brasília, para identificar a média de pacientes internados com estomias gastrointestinais, a fim de subsidiar o período de coleta de dados e o número de pacientes para a definição da amostra.

Nesse estudo foi constatado que, no período de julho a dezembro de 2012, foram internados 36 pacientes com estomias gastrointestinais (dos quais, 17 eram pacientes possuíam gastrostomias e/ou jejunostomias alimentares e 19 ileostomias ou colostomias). No semestre seguinte, de janeiro a junho de 2013, houve internação de 42 pacientes (13 possuíam gastrostomias e/ou jejunostomias e 29 possuíam ileostomias ou colostomias). Com esse estudo exploratório definiu-se o período de observação e o tamanho da amostra a ser estudada.

Durante o período de coleta de dados houve apenas uma perda, ou seja, uma paciente recebeu alta em 12h após o procedimento cirúrgico, impedindo a coleta de dados da pesquisadora em tempo hábil.

4.3.1. Critérios de inclusão

Os casos foram selecionados de forma intencional, obedecendo aos seguintes critérios:

- ser paciente adulto, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, internado em uma das unidades selecionadas (Cirurgia Geral, Torácica, Proctologia, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia);
- possuir algum tipo de estomia gastrointestinal (gastrostomia, jejunostomia, ileostomia ou colostomia); e
- conceder espontaneamente anuência em participar do trabalho por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou por seu responsável; (Anexo -II)

4.3.2. Critérios de exclusão

- não contemplar todos os critérios de inclusão.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados para a presente pesquisa foi realizada apenas pelo pesquisador com encontros de aproximadamente uma hora, no qual foi realizada entrevista, exame físico e consulta ao prontuário eletrônico.

Após a coleta dos dados junto aos pacientes, a pesquisadora procedia à análise dos dados seguindo o raciocínio diagnóstico.

4.4.1. Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados que, possibilitava o registro dos dados da entrevista e do exame físico, bem como dados considerados relevantes para realizar a caracterização sociodemográfica da amostra e aplicação do processo de enfermagem, subsidiado nas Taxonomias (NANDA-I, NIC e NOC), a fim de compor as inferências diagnósticas, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem (Anexo - I).

O instrumento foi adaptado de outros instrumentos utilizados em pesquisas semelhantes (BRITO, 2007; NEVES, 2003; TRUPPER et.al, 2009) e construído previamente durante o Curso de Especialização em Estomaterapia realizado pela autora da pesquisa, que inicialmente seria apenas para pacientes com gastrostomias e jejunostomias alimentares, e posteriormente adaptado para indivíduos com estomas gastrointestinais. Foi também avaliado por um grupo de especialistas na área, enfermeiros com experiência clínica e de ensino, recebendo reformulações antes de sua utilização. Foi feito um estudo piloto com dez pacientes internados na unidade cirúrgica, nas diferentes especialidades, para testar o instrumento e fazer os ajustes necessários. Esses pacientes não fizeram parte da amostra final do estudo.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados da pesquisa foi composto por três partes, descritas a seguir:

1ª Parte: Dados relativos à identificação do paciente, anamnese e exame físico. Foi elaborado obedecendo às necessidades humanas básicas, fundamentado na teoria de Wanda Horta. Foi composto por três categorias, necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e nove subcategorias (oxigenação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, locomoção, integridade cutâneo-mucosa, complicações do estoma, pele periestomal e cateter, segurança, conhecimento e comunicação e autoestima, autorealização e autoimagem), dispostas em sequência no instrumento.

2ª Parte: Relativa ao registro dos diagnósticos de enfermagem. Nessa parte foram listados os diagnósticos de enfermagem, conforme a Taxonomia da NANDA-I. Foi agrupado

em uma tabela os espaços para estabelecer o diagnóstico pertinente, fatores relacionados e características evidenciadas.

3ª Parte: Relativa ao registro dos diagnósticos de enfermagem identificados e priorizados, resultados esperados e intervenções formuladas, baseadas nas taxonomias da NOC e NIC, respectivamente.

4.4.2 Procedimento de coleta de dados

A pesquisadora identificava o possível participante da coleta através das vagas cedidas pela gestão de leitos do Hospital, quando se tratava de procedimentos, que poderiam envolver possíveis estomias, acompanhava os pacientes até eles realizarem o procedimento. A coleta era realizada em qualquer dia da semana, contando que o paciente estivesse nas primeiras 72h do pós-operatório.

4.4.3. Análise dos dados da pesquisa

Para a caracterização da amostra foram levantadas as variáveis relativas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, religião e tipo de estomia.

Quanto à idade, obedeceu-se à seguinte distribuição: de 18 a 30 anos, de 31 a 60 e de 61 a 90 anos.

Quanto ao sexo categorizou-se em masculino e feminino.

No que se refere ao estado civil, foram alocados em casado, solteiro, separado e viúvo.

Quanto à escolaridade, foram utilizadas as categorias: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo.

No que se refere aos dados clínicos, as variáveis identificadas na entrevista e no exame físico estão descritas a seguir:

Variáveis investigadas relacionadas às Necessidades psicobiológicas (Oxigenação, Hidratação e Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Locomoção)

Para a aferição da temperatura corporal utilizou-se um termômetro coluna de mercúrio, sendo verificada a temperatura axilar. O registro e a técnica utilizada obedeceram descrição de POSSO (2005), sendo classificada como: Hipotermia: temperatura abaixo de 36° C; Normotermia: temperatura entre 36° C e $36,8^{\circ}$ C.; Febrícula: temperatura entre $36,9^{\circ}$ C e $37,4^{\circ}$ C; Estado febril: temperatura entre $37,5^{\circ}$ C e 38° C; Febre: temperatura entre 38° C e 39° C; Pirexia ou hipertermia: temperatura entre $39,1^{\circ}$ C e 40° C e Hiperpirexia: temperatura acima de 40° C

Foram avaliados frequência, ritmo cardíaco, volume e condições hemodinâmicas. Considerou-se critério de normalidade para o pulso valores obtidos entre 60 a 100 batimentos por minuto (POSSO, 2005).

Quanto ao padrão respiratório avaliou-se além da frequência, o ritmo, a profundidade e os tipos de sons respiratórios, classificando-se como eupneia (de 16 a 20 incursões por minuto), taquipneia (acima de 20 incursões por minuto) e bradipneia (abaixo de 16 incursões por minuto (POSSO, 2005).

No que se refere à medida da pressão arterial, procedeu-se à técnica, conforme as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O paciente foi colocado em repouso na posição sentado (quando possível), com as pernas descruzadas, e instruído a não conversar durante a medida. O braço na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com cotovelo levemente fletido. O manguito foi colocado 3 cm acima da fossa cubital, após estimado o nível sistólico (por meio do método indireto), o manguito foi inflado até 30mmHg acima do nível sistólico. Em seguida, com a deflação lenta do manguito determinou-se a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a determinação da pressão diastólica no desaparecimento de sons (fase V de Korotkoff) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os níveis pressóricos foram considerados de acordo com as diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que classifica a pressão arterial para os indivíduos com idade superior a 18 anos, qual seja:

Ótima:	Pressão arterial menor que 120 mmHg e a diastólica menor que 80mmHg.
Normal	Pressão arterial menor que 130 mmHg e a diastólica menor que 85 mmHg.
Limítrofe	Pressão arterial entre 130 - 139 mmHg e a diastólica entre 85 – 89 mmHg.
Hipertensão estágio 1	Pressão arterial entre 140 - 159 mmHg e a diastólica entre 90 – 99 mmHg.
Hipertensão estágio 2	Pressão arterial entre 160 - 179 mmHg e a diastólica entre 100 – 109 mmHg.
Hipertensão estágio 3	Pressão arterial maior ou igual 180 mmHg e a diastólica maior ou igual 110 mmHg.
Hipertensão sistólica isolada	Pressão arterial maior ou igual 140 mmHg e a diastólica menor 90 mmHg.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (2010).

Quanto à aferição do peso, todos os pacientes foram pesados em balança digital devidamente calibrada. Os pacientes foram pesados sem calçado, e sem agasalhos. Em caso de impossibilidade de pesar o paciente devido a sua condição clínica, foi considerado o peso informado pelo paciente.

Quanto à mensuração da altura, foi utilizada régua de balança não digital, disponível para tal verificação na instituição. Para os pacientes que, devido a sua condição clínica, não puderam andar e ou ficar em pé, foi considerado o peso informado.

Foi realizado o cálculo do, que representa o índice de massa corporal (IMC), que é uma proporção baseada no peso e altura corporais, com a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

O IMC se correlaciona diretamente com a gordura corporal, no entanto o aumento de massa corporal magra também pode aumentar o IMC. Nos resultados foram utilizadas as seguintes classificações:

Para o cálculo do peso ideal foi aplicada a regra de Broca: quando o peso ideal se aproxima do número de centímetros que excede um metro de altura e se expressa em Kg. Para melhor entendimento podemos utilizar o exemplo de um Homem de 1,70m que então terá o peso ideal de 70Kg. Para a mulher subtrai-se 5% ao valor encontrado, ficando então assim, uma mulher de 1,60m tem o peso ideal de 57Kg, isto porque de 60Kg se subtrai 5%. (PORTO, 2009)

Com o IMC menor que 24 Kg/m^2 o paciente foi classificado com risco aumentado para problemas associado ao estado nutricional alterado para menos que as necessidades corporais. Para valores de IMC entre 25 Kg/m^2 a $29,99 \text{ Kg/m}^2$ foi considerado acima do peso, IMC entre 30 Kg/m^2 a $39,99 \text{ Kg/m}^2$ - obesidade e maior que 40 Kg/m^2 extremamente obesos (SMELTZER et. al, 2011)

No que se refere à integridade cutâneo-mucosa, foi realizada uma investigação cutânea durante o exame físico, que objetivou identificar as lesões existentes na pele. Foram consideradas alterações da integridade cutâneo-mucosa, a existência de sitio cirúrgico com suturas, presença de estomia ou outras lesões com etiologias diferentes. Na presença de lesões, estas foram nomeadas e classificadas quanto ao aspecto (infectadas, presença de tecidos desvitalizados, granuladas e epitelizadas), quanto à origem (feridas crônicas, cirúrgicas e traumáticas) e quanto ao tipo de cobertura utilizada (alginato de cálcio, curativo não aderente, hidrogel e hidrocoloide) (POSSO, 2005).

Na verificação da presença de complicações dos estomas intestinais, foram consideradas as complicações precoces: sangramento e hemorragia, isquemia e necrose, edema, retração, descolamento mucocutâneo e desabamento. Nas complicações da pele periestoma foram consideradas dermatite (irritativa, alérgica, trauma mecânico e infecção) e lesões pseudoverrucosas (ROGENSKI, PAEGLE, 2005).

Nos estomas gástricos intestinais para alimentação, foi considerado como complicação a dermatite de contato. Quanto ao cateter, foram caracterizadas como complicações a obstrução ou a retirada acidental (FOREST-LALANDE, 2011).

Variáveis investigadas relativas às Necessidades Psicossociais (Segurança, conhecimento e comunicação, Autoestima, Autorealização e Autoimagem)

Os pacientes foram avaliados nesses aspectos por meio de observação, forma de comunicação e percepção de si mesmo durante a entrevista.

Variáveis investigadas relativas às Necessidades Psicoespirituais (Religião).

Foram consideradas as religiões católica, evangélica e ateu (sem religião definida) conforme relato do paciente.

4.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos na entrevista e no exame físico, foram adotados os passos do processo diagnóstico, o qual envolve julgamento clínico para a identificação dos diagnósticos reais, potenciais e possíveis. Uma vez identificados, os diagnósticos de enfermagem, os mesmos passaram pela validação realizada por pesquisador perito na área, para certificação das associações realizadas em relação ao rótulo diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras, tendo como base a Taxonomia II da NANDA-I. Após a validação foram levantados os resultados e intervenções de Enfermagem, obedecendo às classificações da NIC e NOC, respectivamente.

Os dados foram processados utilizando o SPSS 2.0, agrupados em tabelas, referentes ao perfil do indivíduo com estomia do trato digestório, com posterior análise e relação com a literatura existente.

Foi realizada análise de distribuição de frequência absoluta e percentual dos diagnósticos de enfermagem constantes na amostra estudada.

Os resultados e as intervenções de enfermagem traçados consideraram os diagnósticos de enfermagem reais e de risco, identificados em cada paciente estudado. Também foi realizada análise de distribuição da frequência dos resultados e das intervenções de enfermagem na amostra estudada. Ao final foi realizado cruzamento entre diagnósticos, resultados e intervenções.

4.6. Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde (FEPECS) sob o número de parecer 313.309 (Anexo - III) e cumpridas às exigências da Resolução n466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde

5. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados dos dados coletados no período de julho a dezembro de 2013, observando os métodos e objetivos do estudo.

As informações coletadas incluem dados sociodemográficos de cada paciente, dados clínicos e dados relativos aos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem aplicadas.

Como já descrito anteriormente, os resultados trazem análises descritivas das variáveis pesquisadas, de caráter exploratório.

Considerando as especificidades relacionadas aos pacientes e o tipo de estoma envolvido, optou-se por realizar a descrição e análise, da maioria dos dados, sob a ótica de dois grupos: os indivíduos com estomias excretórias (ou seja, que possuíam jejunostomia, ileostomia ou colostomia) e os com estomias alimentares (aqueles com jejunostomia ou gastrostomia).

5.1. Caracterização dos indivíduos quanto ao perfil sócio demográfico e clínico

A Figura 1 apresenta a caracterização do total de 40 pacientes avaliados, segundo ao tipo de estomia envolvida.

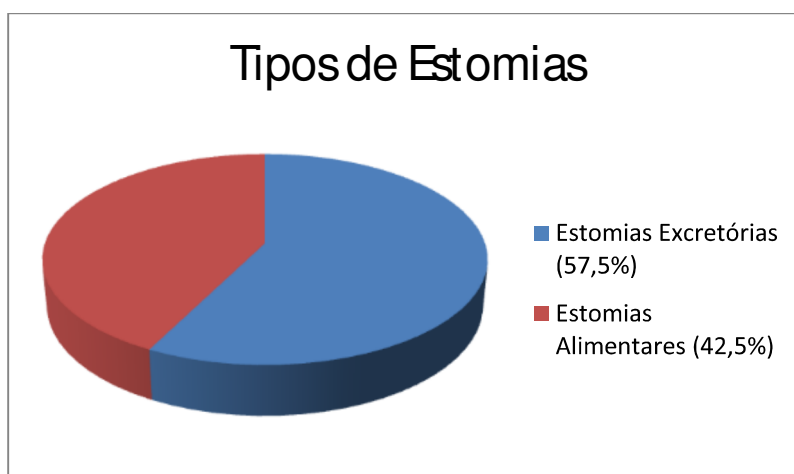


Figura 1: Distribuição percentual do tipo de estoma presente na amostra estudada, de pacientes atendidos no HBDF (n= 40), Brasília, Julho a Dezembro 2013.

Dos 40 pacientes da amostra estudada 23 (57,5%) possuíam estomas com finalidade de drenagem de efluente (jejunostomia, ileostomia ou colostomia) e 17 (42,5%) possuíam estomas para finalidade de alimentação (gastrostomias ou jejunostomias). Entre os estomas alimentares 11 pacientes (64,7%) tinham gastrostomias e apenas 6 (35%) jejunostomias, pois devido à alguns acometimentos foi necessária a confecção de um estoma distante da região gástrica. Entre os pacientes com estomas excretores, 12 (52,2%) possuíam colostomias à esquerda, 9 (39,2%) ileostomias, 1 (4,3%) colostomia à direita e 1 (4,3) jejunostomia (para drenagem de efluente).

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra estudada, segundo dados sociodemográficos de sexo, idade, estado civil e escolaridade.

Tabela 1: Caracterização da amostra (n=40) quanto ao sexo, idade, estado civil e escolaridade, em relação ao tipo de estoma – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Caracterização		Tipo			
		Estomias Excretórias		Estomias alimentares	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	14	60,9	0	0,0
	Masculino	9	39,1	17	100,0
	Total	23	100,0	17	100,0
Faixa etária (anos)	18 a 40	5	21,8	4	23,5
	41 a 60	11	47,8	7	41,2
	61 a 80	6	26,1	5	29,4
	81 a 84	1	4,3	1	5,9
	Total	23	100	17	100
Estado Civil	Casado	12	52,2	11	64,7
	Separado	3	13,0	0	0,0
	Solteiro	7	30,4	5	29,4
	Viúvo	1	4,3	1	5,9
	Total	23	100,0	17	100,0
Escolaridade	Analfabeto	4	17,4	2	11,8
	Ensino Fundamental	2	8,7	2	11,8
	Ensino Fundamental Incompleto	9	39,1	11	64,7
	Ensino Médio	6	26,1	2	11,8
	Ensino Médio Incompleto	1	4,3	0	0,0
	Superior	1	4,3	0	0,0
	Total	23	100,0	17	100,0

Do total de 40 pacientes, 14 (60,9%) que possuíam estomas intestinais, eram do sexo feminino e 9 (39,1%) do sexo masculino. Dos pacientes que apresentavam estomas alimentares, todos, 17(100%), foram do sexo masculino.

A idade média dos pacientes foi de 59 anos (DP= 15,8), com extremos entre 22 a 84 anos. Considerando os pacientes com estomias excretórias e alimentares, houve predomínio da faixa etária adulta, entre 41 a 60 anos, em ambos os grupos, sendo 47,8% e 41,2%, respectivamente.

Quanto ao estado civil houve predomínio de casados 12 (52,2%) e 11 (64,7%), estomias intestinais e alimentares, respectivamente, seguido de solteiros 7 (30,4%) e 5 (29,4%), respectivamente.

Quanto à escolaridade, a maioria 9 (39,1%) e 11 (64,7%) tinha o ensino fundamental incompleto. As demais escolaridades observadas, considerando os pacientes com estomias intestinais e alimentares, respectivamente, foram: ensino fundamental 2 (8,7%) e 2 (11,8%), analfabetos 4 (17,4%) e 2 (11,8%), ensino médio 6 (26,1%) e 2 (11,8%) e ensino superior apenas 1 (4,3%).

A Tabela 2 apresenta os resultados relativos à ocupação. Houve uma grande diversidade de atividades na amostra estudada. Para facilitar a apresentação, as profissões foram agrupadas segundo a Classificação Brasileira de Ocupações CBO (2010), predominando o grupo de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados com 13 (32,5%) pacientes, seguido de trabalhadores de manutenção e reparação representando 9 (22,5%) da amostra estudada, os aposentados com 8 (20%) pacientes, os que não trabalhavam representando 5 (12,5%) da amostra estudada, os trabalhadores agropecuários com 2(5,0%) pacientes e com apenas um representante, com frequência 2,5% na amostra estudada os técnicos de nível médio, trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

Tabela 2: Caracterização da amostra (n=40) quanto à ocupação – Brasília, julho a dezembro de 2013.

Ocupação	Estomas gastrointestinais	
	N	%
Técnicos de nível médio	1	2,5
Trabalhadores de serviços administrativos	1	2,5
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	13	32,5
Trabalhadores agropecuários	2	5,0
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1	2,5
Trabalhadores de manutenção e reparação	9	22,5
Aposentados	8	20,0
Não trabalha	5	12,5
Total	40	100,0

Na Tabela 3 encontram-se os dados relativos ao apoio durante a internação. A maioria 38 (95%) estava com o acompanhante. Destes, houve predomínio do cônjuge 12 (30%), sendo também 14 (35%) acompanhados pelos filhos, seguido de 5 (12,5%) irmãos, 3 (7,5%) mãe e 2 (5%) amiga. Da amostra estudada, 2 (5%) não tinham acompanhante.

Tabela 3: Caracterização da amostra (n=40) quanto à presença ou não do acompanhante e relação de parentesco com o paciente, quando presente – Brasília, julho a dezembro de 2013..

Acompanhante	N	%
Não	2	5,0
Sim	38	95,0
Grau de Parentesco do acompanhante	Nº	%
Sem acompanhante	2	5,0
Amiga	2	5,0
Esposo	12	30,0
Filho	14	35,0
Irmão	5	12,5
Mãe	3	7,5
Nora	1	2,5
Sobrinho	1	2,5
Total	40	100,0

Nas Figuras 2 e 3, a seguir, estão representados os dados relativos aos diagnósticos médicos encontrados na amostra estudada, para o grupo com estomias excretórias e alimentares, respectivamente.

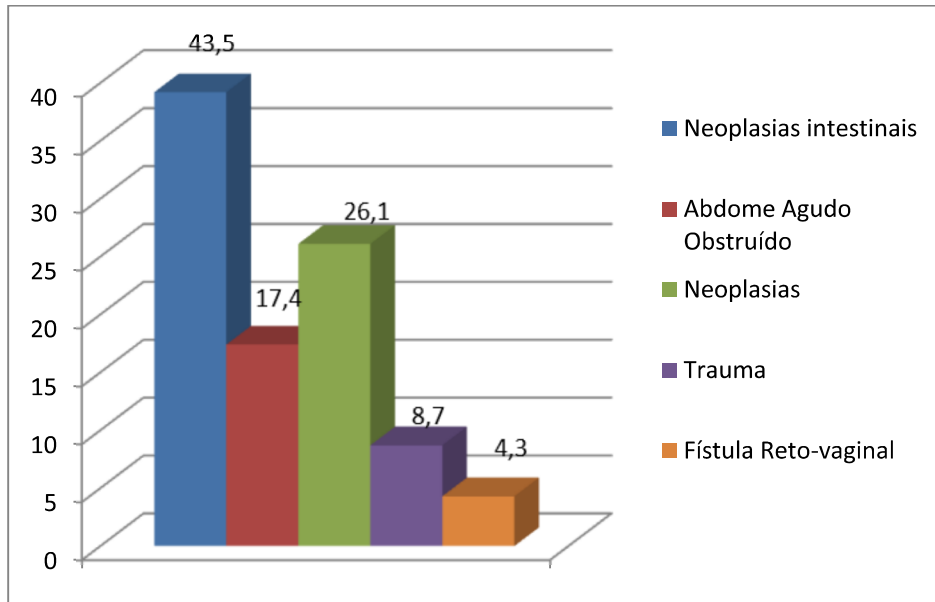


Figura 2: Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas no grupo de pacientes com estomias excretórias, (n= 23), Brasília, 2014.

Dos 23 pacientes com estomias excretórias, 10 (43,5%) pacientes apresentaram neoplasias ou adenocarcinomas de reto, 6 (26,1%) neoplasias diversas (de pâncreas, estômago e útero), 4 (17,4%) abdome agudo obstruído, 2 (8,7%) trauma por arma de fogo, 1 (4,3%) câncer de útero e 1 (4,3%) fístula retovaginal.

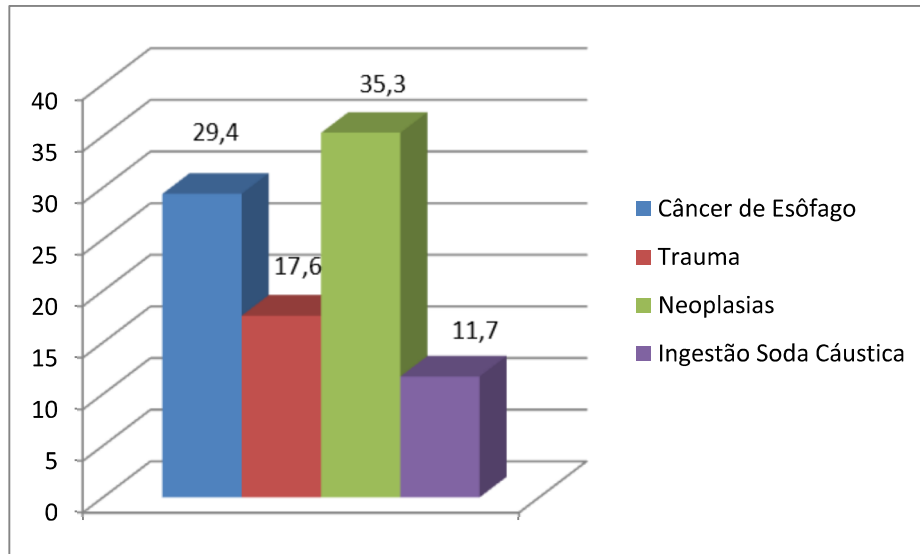


Figura 3: Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas no grupo de pacientes com estomias alimentares, (n= 17), Brasília, 2014

Observa-se na figura 3 que, entre os pacientes com estomias alimentares, a maioria 6 (35,3%) tinha neoplasias diversas (câncer de tireoide, neoplasias da laringe e neoplasias da base da língua). Outros pacientes apresentaram câncer de esôfago 5 (29,4%), traumas 3 (23,5%) e ingestão de soda cáustica 2 (11,7%).

No que se refere ao índice de massa corporal da amostra estudada, a média foi de 18,2 (DP= 3,2). Os pacientes com estomas intestinais para drenagem de efluente apresentaram peso médio de 60 kg e altura média de 1,87 metros.

5.2. Caracterização da distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos indivíduos estomizados

Foram arrolados 338 diagnósticos de enfermagem ao todo na amostra estudada. A média de diagnósticos de enfermagem, por paciente foi de 8,45.

Conforme Tabela 4, de um total de 34 Diagnósticos de Enfermagem destacaram-se os mais prevalentes: Integridade Tissular Prejudicada 40 (100%), Conhecimento deficiente 36 (90%), Incontinência intestinal 24 (60%), Distúrbio na imagem corporal 20 (50%), Dor aguda 19 (47,5%), Ansiedade 16 (40%), Deglutição prejudicada 15 (37,5%), Padrão de sono prejudicado 14 (35%), Mobilidade física prejudicada 11 (27,5%), Comunicação verbal prejudicada 9 (22,5%), Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais 8 (20%), Desobstrução ineficaz das vias aéreas 7 (17,5%), Insônia 7 (17,5%), Mobilidade

gastrointestinal disfuncional 7 (17,5%) e Déficit no autocuidado para banho, alimentação e vestir-se 6 (15%).

Tabela 4: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem reais da NANDA-I, distribuídos por Necessidades Humanas Básicas, na amostra estudada (n=40)– Brasília, Julho a Dezembro de 2013.

Necessidades	Diagnósticos de enfermagem reais	Frequência	
		N	%
Psicobiológicas	Comportamento de saúde propenso a risco	1	2,5
	Confusão aguda	1	2,5
	Constipação	2	5,0
	Deambulação prejudicada	2	5,0
	Deglutição prejudicada	15	37,5
	Desobstrução ineficaz das vias aéreas	7	17,5
	Dor aguda	19	47,5
	Fadiga	4	10,0
	Falta de adesão	1	2,5
	Hipertermia	1	2,5
	Incontinência intestinal	24	60
	Insônia	7	17,5
	Integridade tissular prejudicada	40	100,0
	Intolerância a atividade	1	2,5
	Mobilidade física prejudicada	11	27,5
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	7	17,5
	Náusea	1	2,5
	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	2	5,0
	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	8	20,0
	Padrão de sono prejudicado	14	35,0
Padrão respiratório ineficaz	2	5,0	
Troca de gases prejudicada	3	7,5	
Ventilação espontânea prejudicada	1	2,5	
Volume de líquidos deficiente	4	10,0	
Psicossociais	Ansiedade	16	40,0
	Conhecimento deficiente	36	90,0
	Distúrbio na imagem corporal	20	50,0
	Comunicação verbal prejudicada	9	22,5
	Baixa auto-estima crônica	1	2,5
	Déficit no autocuidado para alimentação, banho e vestir-se	6	15,0
	Déficit no autocuidado para banho	2	5,0
	Sofrimento espiritual	1	2,5
	Processos familiares interrompidos	1	2,5
Desesperança	1	2,5	

A Tabela 5 apresenta os diagnósticos de risco. Como pode ser observado, foram identificados 7 diagnósticos de risco, entre os mais prevalentes estão: Risco de infecção esteve presente em 18 (45%) pacientes, Risco de solidão em 17 (42,5%) e Risco de Aspiração em 12 (30%) pacientes estudados.

Tabela 5: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco da NANDA-I, distribuídos por necessidades humanas Básicas, na amostra estudada (n=40)– Brasília, 2014.

Necessidades	Diagnósticos de enfermagem potenciais	Frequência	
		N	%
Psicobiológicas	Risco de aspiração	12	30,0
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	3	7,5
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	6	15,0
	Risco de infecção	18	45,0
	Risco de padrão respiratório ineficaz	3	7,5
	Risco de quedas	2	5,0
Psicossociais	Risco de solidão	17	42,5

5.3. Descrição dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem

Serão descritos a seguir, os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, com frequências iguais ou superiores a 30%, identificados na amostra estudada, obedecendo a organização proposta por Garcia, Cubas (2012), conforme as necessidades humanas básicas.

Quanto aos diagnósticos relacionados às necessidades psicobiológicas, obtiveram frequências superiores à 30% os seguintes diagnósticos: Deglutição prejudicada com 37,5%, Incontinência intestinal 60%, Padrão de sono prejudicado (35%), Integridade tissular prejudicada (100%), Dor aguda (47,5%), Risco de aspiração(30%) e Risco de infecção (45%). Quanto às necessidades humanas psicossociais temos os seguintes diagnósticos: Ansiedade (40%), Conhecimento deficiente 90%, Distúrbio na imagem corporal 50% e Risco de solidão 42,5%. Não foram encontrados diagnósticos contemplando as necessidades humanas psicoespirituais.

Na Tabela 6 são apresentadas as evidências clínicas dos diagnósticos mais prevalentes na amostra estudada.

Tabela6: Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências iguais ou superiores à 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico	Características Definidoras	Estomias Excretórias N= 23		Estomias alimentares N=17	
		n	%	N	%
		n= 9		n= 7	
Ansiedade (n = 16)	Preocupação	7	77,7	2	28,5
	Insônia	1	11,1	0	0
	Capacidade diminuída de aprender	1	11,1	0	0
	Inquietação	1	11,1	0	0
	Apreensivo	2	22,2	2	28,5
	Medo de consequências inespecíficas	6	66,6	5	71,4
	Fadiga	3	33,3	0	0
		n= 20		n= 16	
Conhecimento Deficiente (n = 36)	Verbalização do problema	20	100	16	100
	Seguimento inadequado das instruções	1	5	2	12,5
	Desempenho inadequado de um teste	20	100	16	100
		n= 1		n= 14	
Deglutição prejudicada (n = 15)	Evidência observada de dificuldade de engolir	0	0	9	64,3
	Odinofagia	0	0	7	50
	Infecções pulmonares recorrentes	0	0	7	50
	Anormalidade oral e esofágica segundo estudo da deglutição	1	100	4	28,6
	Anormalidade na fase esofágica	0	0	2	14,3
		n= 19		n= 1	
Distúrbio na imagem corporal (n = 20)	Esconder intencionalmente parte do corpo	19	100	1	100
	Resposta não verbal a mudanças reais no corpo	19	100	0	0
	Verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função.	19	100	1	100
	Preocupação com mudança	19	100	1	100
	Não olhar para uma parte do corpo	19	100	0	0
	Medo da reação dos outros	19	100	0	0
		n= 11		n= 8	
Dor aguda (n = 19)	Distúrbio do sono	9	81,8	2	25
	Expressão facial	1	9	6	75
	Relato verbal de dor	8	72,7	8	100
	Posição para evitar dor	6	54,5	0	0
	Gestos protetores	2	18,1	2	25
	Comportamento de proteção	3	27,2	1	12,5
	Evidência observada de dor	2	18,1	2	25
		n= 23		n= 1	
Incontinência intestinal (n = 24)	Incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar	23	100	01	100
	Incapacidade de retardar a evacuação	23	100	01	100
	Perda constante de fezes amolecidas	23	100	01	100
		n= 23		n= 17	
Integridade tissular prejudicada (n = 40)	Tecido lesado (mucosas)	0	0	17	100
	Tecido lesado (pele, mucosas e tecido subcutâneo)	23	100	2	11,8
		n= 9		n= 5	
Padrão de sono prejudicado (n = 14)	Insatisfação com o sono	4	44,4	1	20
	Relatos de dificuldade para dormir	9	100	5	100
	Mudança no padrão normal de sono	4	44,4	1	20
	Queixas verbais de não se sentir bem descansado	0	0	4	80
	Relatos de ficar acordado	0	0	4	80

No que se refere ao diagnóstico de Ansiedade, foram identificadas as seguintes características definidoras, por grupo de estomizados: preocupação em 7 (77,7%) pacientes com estomias excretórias e em 2 (28,5%) com estomias alimentares; apreensivo em 2 (22,2%) pacientes com estomias excretórias e em 2 (28,5%) com estomias alimentares; e medo de consequências em 6 (66,6%) pacientes com estomias excretórias e em 5 (71,4%) com estomias alimentares. Também foram identificadas outras evidências clínicas, em apenas 1 (11,1%) paciente com estomia excretória como insônia, capacidade diminuída para aprender, inquietação e fadiga.

Para o diagnóstico Conhecimento deficiente, foram identificadas as seguintes evidências clínicas, considerando respectivamente os grupos de pacientes com estomias excretórias e estomias alimentares: verbalização do problema em 20 (100%) pacientes e em 16 (100%); seguimento inadequado das instruções em 1 (5%) paciente e em 2 (12,5 %); e desempenho inadequado de um teste em 20 (100%) pacientes e em 16 (100%) pacientes.

Quanto ao Diagnóstico de Enfermagem de Deglutição prejudicada, observou-se a evidência clínica anormalidade oral e esofágica, segundo estudo de deglutição, nos dois grupos de estomizados, sendo em 1 (100%) paciente com estoma excretor e em 4 (28,6%) pacientes com estomia alimentares. Outras características definidoras identificadas apenas no grupo de estomias alimentares foram: dificuldade de engolir em 9 (64,3%) pacientes, odinofagia em 7 (50%) pacientes, infecções pulmonares recorrentes em 7 (50%) pacientes e anormalidade na fase esofágica em 2 (14,3%) pacientes.

O diagnóstico de Distúrbio na imagem corporal foi confirmado a partir das seguintes evidências clínicas: esconder intencionalmente parte do corpo em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar; preocupação com a mudança em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar; e verbalização de percepções, que refletem uma visão alterada do próprio corpo em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar. Outras evidências clínicas, a saber, resposta não verbal à mudanças reais no corpo, não olhar para uma parte do corpo e medo da reação dos outros, foram, cada uma delas identificadas em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias.

As frequências das evidências clínicas identificadas no diagnóstico de Dor aguda, para pacientes com estomias excretórias e alimentares, foram: distúrbio do sono em 9 (81,8%) e em 2 (25%) pacientes, expressão facial em 1 (9%) e em 6 (75%) pacientes, relato verbal de dor em 8 (72,7%) e em 8 (100%), gestos protetores em 2 (18,1%) e em 2 (25%), comportamento de proteção em 3 (27,2%) e em 1 (12,5%) e evidência observada de dor em 2 (18,1%) e em 2 (25%), respectivamente. A evidência de posição para evitar a dor esteve presente em apenas 6 (54,5%) indivíduos com estomias excretórias.

O Diagnóstico de enfermagem Incontinência intestinal teve como evidências clínicas, a incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar em 23 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar; incapacidade de retardar a evacuação em 23 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar; e perda constante de fezes amolecidas em 23 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar.

Para o diagnóstico Integridade tissular prejudicada, foram identificadas duas evidências clínicas, as quais foram, a de tecido lesado (mucosas), presente em 17 (100%) indivíduos com estomias alimentares e tecido lesado (pele, mucosas e tecido subcutâneo) presente em 23(100%) dos pacientes com estomias excretórias e 2 (11,8%) pacientes com estomias alimentares.

Quanto ao diagnóstico Padrão de sono prejudicado, foram identificadas as evidências clínicas, para pacientes com estomias excretórias e alimentares: insatisfação com o sono em 4 (44,4%) e em 1 (20%) paciente; relatos de dificuldade para dormir em 9 (100%) e em 5 (100%) pacientes; e mudanças no padrão normal de sono em 4 (44,4%) e em 1 (20%) paciente, respectivamente. Os indivíduos com estomias alimentares apresentaram também queixas verbais de não se sentir bem descansado em 4 (80%) deles e relatos de ficar acordado também em 4 (80%) pacientes.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos fatores relacionados para cada um dos diagnósticos de enfermagem prevalentes na amostra estudada, observando os diferentes grupos.

Tabela 7: Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem reais com frequências iguais ou superiores à 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico	Fatores Relacionados	Estomias Excretórias N= 23		Estomias alimentares N=17	
		n	%	N	%
		n = 9		n = 7	
Ansiedade (n = 16)	Ameaça ao estado de saúde	9	100	7	100
	Conflito inconsciente quanto a metas de vida	0	0	1	14,2
	Mudança no estado de saúde	9	100	7	100
		n = 20		n = 16	
Conhecimento Deficiente (n = 36)	Falta de exposição	20	100	16	100
	Falta de familiaridade com recursos de informação	20	100	16	100
	Falta de interesse em aprender	1	5	0	0
	Interpretação errônea de informações	1	5	0	0
		n = 1		n = 14	
Deglutição prejudicada (n = 15)	Anormalidades de via aérea superior	1	100	9	64,3
	Obstrução mecânica	0	0	2	14,3
	Trauma	0	0	3	21,4
	Lesão traumática de cabeça	0	0	1	7,2
	Defeitos anatômicos adquiridos	0	0	1	7,2
	Anormalidades da laringe	1	100	9	64,3
	Anormalidades orofaríngeas	1	100	2	14,3
		n = 19		n = 1	
Distúrbio na imagem corporal (n = 20)	Cirurgia	19	100	1	100
	Doença	0	0	1	100
	Tratamento de doença	19	100	0	0
		n = 11		n = 8	
Dor aguda (n = 19)	Agentes lesivos	11	100	8	100
		n = 23		n = 1	
Incontinência intestinal (n = 24)	Lesões colorretais	23	100	1	100
	Perda do controle do esfíncter anal	23	100	1	100
		n = 23		n = 17	
Integridade tissular prejudicada (n = 40)	Fatores mecânicos	23	100	17	100
	Fatores nutricionais	2	8,7	2	11,8
		n = 9		n = 5	
Padrão de sono prejudicado (n = 14)	Falta de privacidade/controlado do sono	7	77,7	0	0
	Interrupções	6	66,6	5	100
	Imobilização física	1	11,1	0	0
	Responsabilidades de cuidado	1	11,1	0	0
	Ruído	7	77,7	1	20
	Iluminação	0	0	4	80
	Isolamento social	9	100	0	0

No que se refere ao diagnóstico de Ansiedade, foram identificados os seguintes fatores relacionados: ameaça ao estado de saúde em 9 (100%) pacientes com estomias excretórias e 7 (100%) pacientes com estomias alimentares; mudança no estado de saúde em 9 (100%)

pacientes com estomias excretórias e em 7 (100%) pacientes com estomias alimentares. Para um (4,3%) indivíduo com estomia alimentar, também foi identificado o fator causal conflito inconsciente quanto às metas de vida.

O diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente apresentou os seguintes fatores relacionados: falta de exposição e falta de familiaridade com recursos de informação em 20 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 16 (100%) pacientes com estomias alimentares. Os fatores relacionados falta de interesse em aprender e interpretação errônea de informações foi estabelecido em 1 (5%) paciente com estomia excretória.

O diagnóstico de Deglutição prejudicada apresentou as seguintes distribuições dos fatores relacionados nos dois grupos de pacientes com estomias excretórias e alimentares: anormalidade de via aérea superior em 1 (100%) paciente e em 9 (64,3%) pacientes; anormalidades da laringe em 1 (100%) paciente e 9 em (64,3%) pacientes e anormalidades orofaríngeas em 1 (100%) paciente e em 2 (14,3%) pacientes, respectivamente. Outros fatores relacionados ainda relativos à esse diagnóstico estiveram presentes apenas no grupo de pacientes com estomias alimentares, foram eles: obstrução mecânica em 2 (14,3%) pacientes, trauma em 3 (21,4%) pacientes, lesão traumática de cabeça em 1 (7,2%) paciente e defeitos anatômicos adquiridos em 1 (7,2%) paciente.

Quanto ao diagnóstico Distúrbio na imagem corporal, presente em metade da amostra estudada, foram identificados os fatores relacionados cirurgia em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 1 (100%) paciente com estomia alimentar. Já o fator causal “tratamento de doença” esteve presente em 19 (100%) pacientes com estomias excretórias e “doença” em 1 (100%) paciente com estomia alimentar.

O fator relacionado “agentes lesivos” para o diagnóstico de Dor aguda foi formulado em 11 (100%) pacientes com estomias excretórias e em 8 (100%) indivíduos com estomias alimentares.

Para o diagnóstico de Incontinência intestinal, foram obtidos os fatores relacionados lesões colorretais e perda do controle do esfíncter anal em 23 (100%) e 1 (5,9%), correspondendo a estomias excretórias e alimentares, para este diagnóstico havia um paciente com estomia alimentar que apresentava também uma estomia excretória.

Para o Diagnóstico de Integridade tissular prejudicada foram identificados dois fatores relacionados, descritos na NANDA-I como: 1) fatores mecânicos, em 23 (100%) pacientes

com estomias excretórias e em 17 (100%) dos pacientes com estomias alimentares e 2) fatores nutricionais, em 2 (8,7%) pacientes com estomias excretórias e em 2 (11,8%) com estomias alimentares.

Quanto ao diagnóstico Padrão de sono prejudicado, foram identificados os seguintes fatores relacionados: interrupções para 6 (66,6%) e 5 (100%) pacientes com estomias excretórias e alimentares, respectivamente; e ruído para 7 (77,7%) e 1 (20%) pacientes com estomias excretoras e alimentares respectivamente. Os indivíduos com estomias alimentares apresentaram também queixas quanto à iluminação, 4 (80%) deles. Os indivíduos com estomias excretórias apresentaram fatores como falta de privacidade/controle do sono, em 7 (77,7%) deles, imobilização física e responsabilidades de cuidados em um desses pacientes (20%).

Na Tabela 8, encontra-se a distribuição dos fatores de risco para cada um dos diagnósticos de enfermagem de risco prevalentes na amostra estudada, observando os diferentes grupos.

Tabela 8: Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências iguais ou superiores a 30%, segundo a NANDA-I, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico	Fatores de Risco	Estomias Excretórias N= 23		Estomias alimentares N=17	
		n	%	N	%
		n = 3		n = 9	
Risco de aspiração (n = 12)	Alimentação por sonda	3	100	1	11,1
	Deglutição prejudicada	0	0	5	55,5
	Tubos gastrointestinais	2	66,6	4	44,4
	Presença de traqueostomia	1	33,3	5	55,5
	Esfíncter esofágico inferior incompleto.	0	0	1	11,1
	Presença de sonda endotraqueal	0	0	1	11,1
		n = 9		n = 9	
Risco de infecção (n = 18)	Defesas primárias inadequadas	9	100	9	100
	Procedimentos invasivos	9	100	9	100
	Exposição ambiental aumentada a patógenos	9	100	9	100
	Desnutrição	0	0	3	33,3
		n = 17		n = 0	
Risco de solidão (n = 17)	Isolamento físico	17	100	0	0

Quanto ao diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, foram identificados os seguintes fatores de risco, distribuídos entre os grupos de pacientes com estomias excretórias e alimentares, respectivamente: alimentação por sonda em 3 (100%) e 1 (11,1%) pacientes,

tubos gastrointestinais em 2 (66,6%) e em 4 (44,4%) pacientes, presença de traqueostomias em 1 (33,3%) e em 5 (55,5%) pacientes. Os indivíduos com estomias alimentares apresentaram também o fator de risco “esfíncter esofágico inferior incompleto” e presença de sonda endotraqueal em um paciente 1 (11,1%), assim como o fator de risco “deglutição prejudicada” para 5 (55,5%) pacientes.

Quanto ao diagnóstico Risco de infecção, apresentaram frequências iguais de distribuição, equivalentes a 9 (100%) e a 9 (100%), tanto para o grupo de estomias excretórias, quanto para o grupo de estomias alimentares, respectivamente, os seguintes fatores de risco: defesas primárias inadequadas, procedimentos invasivos e exposição ambiental aumentada a patógenos. Os indivíduos com estomias alimentares apresentaram também desnutrição, em 3 (33,3%) deles.

O diagnóstico Risco de solidão, esteve presente entre os indivíduos com estomias excretoras com dois fatores de risco, quais foram “isolamento físico” e “isolamento social”, equivalendo à 17 (100%).

5.3.1. Descrição dos Resultados e Intervenções de Enfermagem propostos, fundamentados nas taxonomias da NOC e NIC

A Tabela 9, a seguir, apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico de ansiedade, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

|

Tabela 9: Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipos			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			N	%	n	%
			n = 9		n = 7	
Ansiedade (n = 16)	Nível de ansiedade Aumentar para leve (4)	REDUÇÃO DA ANSIEDADE - usar abordagem calma e tranquila - esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente	9	100	7	100
	Ansiedade verbalizada aumentar para leve(4)	- tentar compreender a perspectiva do paciente em relação a situação temida - escutar o paciente com atenção - administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.				

O resultado esperado foi a diminuição do nível de ansiedade atual, que variou de alto a muito alto, para o nível levemente comprometido, em todos os pacientes. Para alcançar esse resultado, foi utilizada a intervenção de enfermagem Redução do nível de ansiedade, com as seguintes atividades: usar abordagem calma e tranquila, esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente, tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida, escutar o paciente com atenção e administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

A Tabela 10 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Conhecimento deficiente, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 10: Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipos			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 20		n = 16	
Conhecimento deficiente (n = 36)	CONHECIMENTO: Cuidados na doença regime de tratamento (3) aumentar para conhecimento substancial (4) Regime de tratamento (3) aumentar para conhecimento substancial (4)	ENSINO: PROCESSO DA DOENÇA - avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relativo a determinado processo de doença - descrever os sinais e os sintomas comuns da doença, conforme apropriado - dar informações ao paciente sobre a condição, conforme apropriado - discutir opções de terapia/tratamento -orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas, conforme apropriado. - reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.	20	100	16	100
	CONHECIMENTO: CUIDADO DA ESTOMIA: Propósito da estomia(1) aumentar para conhecimento substancial(4) Suprimentos necessários para cuidar de uma estomia(1) aumentar para conhecimento substancial(4)	CUIDADOS COM ESTOMIAS - orientar o paciente/pessoa importante quanto ao uso de equipamentos/cuidados com estomias - fazer o paciente /pessoa importante demonstrar o uso do equipamento. - monitorar a cicatrização da incisão/estoma. - explicar ao paciente quais mudanças o cuidado da ostomia trará para sua rotina diária. encorajar a participação em grupos de apoio a estomizados após a alta.	20	100	16	100

Para o diagnóstico Conhecimento deficiente, (Tabela 9) foi estabelecido como resultado, Conhecimento:cuidados na doença tendo como indicador aumentar o regime de tratamento para conhecimento substancial. Para atingí-los, apoiou-se nas intervenções de Ensino, quais foram: processo da doença e cuidados com estomias. Com as seguintes atividades: avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relativo a determinado processo de doença; descrever os sinais e os sintomas comuns da doença, conforme apropriado; dar informações ao paciente sobre a condição, conforme apropriado; discutir opções de terapia/tratamento; orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas, conforme apropriado; reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado; orientar o paciente/pessoa importante quanto ao uso de

dispositivo/cuidados com ostomias; fazer o paciente / pessoa importante demonstrar o uso do equipamento; monitorar a cicatrização da incisão/ estoma; explicar ao paciente quais mudanças o cuidado da ostomia trará para sua rotina diária; e encorajar a participação em grupos de apoio a estomizados após a alta.

Tabela 11 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipos			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 1		n = 14	
Deglutição prejudicada (n = 15)	ESTADO DA DEGLUTIÇÃO: Aumentar o controle das secreções orais para levemente comprometido (4) aumentar a capacidade de desobstruir a cavidade oral para não comprometido (5)	TERAPIA DE DEGLUTIÇÃO -colaborar com os outros membros da equipe de cuidados de saúde - explicar as razões do regime de deglutição ao paciente/família. - providenciar /usar dispositivos auxiliares, conforme apropriado -monitorar aparecimento de sinais e sintomas de aspiração. - ajudar a manter ingestão calórica e líquida adequada - monitorar o peso corporal	1	100	14	100

Na Tabela 11, observa-se que o diagnóstico de Deglutição prejudicada focou como resultado, para o controle das secreções orais, o grau de levemente comprometido e para a capacidade de desobstruir a cavidade oral para o nível não comprometido. Para alcançar estes resultados, utilizou-se as intervenções da terapia de deglutição com as seguintes atividades: colaborar com os outros membros da equipe de cuidados de saúde, explicar as razões do regime de deglutição ao paciente/família, providenciar/usar dispositivos auxiliares (quando apropriado), monitorar aparecimento de sinais e sintomas de aspiração, ajudar a manter ingestão calórica e líquida adequada e, por fim, monitorar o peso corporal do paciente.

A Tabela 12 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Distúrbio na imagem corporal, considerando, os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 12 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipos			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 19		n = 1	
Distúrbio na imagem corporal (n= 20)	IMAGEM CORPORAL aumentar adaptação a mudanças na aparência física e nas funções do corpo para frequentemente positivo (4)	MELHORA DA IMAGEM CORPORAL: - ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia. - monitorar se o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada. - identificar grupos de apoio disponíveis ao paciente	19	100	1	100

O diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal esteve presente em maior frequência entre os indivíduos com estomas excretórios, sendo traçados os seguintes resultados: 1) aumentar satisfação com a aparência do corpo e 2) adaptação à mudanças na aparência física para frequentemente positivo em ambos os casos. Utilizou-se como intervenções, a melhora da imagem corporal, com as atividades de ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia (conforme foi apropriado), a monitoração do paciente quanto se ele conseguia olhar para a parte do corpo modificada, a identificação de grupos de apoio disponíveis ao paciente, a ajuda ao paciente para discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia, a ajuda ao paciente para determinar o alcance das mudanças reais no corpo ou nível de funcionamento, a monitoração da capacidade do paciente se o mesmo consegue olhar para a parte do corpo modificada e a identificação de grupos de apoio disponíveis ao paciente, se este o desejar.

A Tabela 13 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Dor aguda, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 13 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 11		n = 8	
Dor aguda (n = 19)	CONTROLE DA DOR: Relato de dor (4) diminuir para raramente demonstrado (2)	CONTROLE DA DOR - observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência - assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia. - investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.- determinar o impacto da experiência de dor na qualidade de vida	11	100	8	100

Para resolver o Diagnóstico de Dor aguda, foi traçado o resultado de diminuir relato de dor para raramente demonstrado. Para o alcance do resultado, utilizou-se a intervenção de controle de dor, através das atividades: observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência; assegurar que o paciente recebesse cuidados precisos de analgesia; investigar com o paciente os fatores que aliviavam/pioravam a dor; determinar o impacto da experiência de dor na qualidade de vida; avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica; e observar ocorrência de indicadores não verbais de desconforto.

A Tabela 14 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Incontinência intestinal, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 14 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Incontinência Intestinal, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 23		n = 1	
Incontinência intestinal (n=24)	Eliminação intestinal aumentar padrão de eliminação para levemente comprometido (4)	CUIDADOS COM ESTOMIAS - aplicar o equipamento de estomia de forma que se adapte adequadamente, sempre que necessário. - trocar e esvaziar a bolsa de estomia sempre que apropriado - monitorar padrões de eliminação	23	100	1	100

Para melhorar o conforto do indivíduo com incontinência intestinal, representado na Tabela 14 acima, estabeleceu-se como resultado o aumento do padrão de eliminação para levemente comprometido. Para o alcance do resultado, foi elaborada a intervenção cuidados com estomias, realizando as seguintes atividades: aplicação do equipamento de estomia, de forma que se adapte adequadamente, sempre que necessário; trocar e esvaziar a bolsa de estomia sempre que apropriado; e monitorar padrões de eliminação.

A Tabela 15 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico de Incontinência intestinal, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 15 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 23		n = 17	
Integridade tissular prejudicada (n= 40)	INTEGRIDADE TISSULAR:PELE E MUCOSAS Aumentar perfusão tissular (3) para levemente comprometimento(4) aumentar para integridade da pele (5) não comprometido(5).	CUIDADOS LOCAIS COM INCISÃO: - monitorar o processo de cicatrização no local da incisão - orientar o paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho - ensinar ao paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão SUPERVISÃO DA PELE: - monitorar pele quanto ressecamento e umidade excessivos - examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado	11		14	
	INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS Estabelecer os indicadores de lesões de pele, tecido cicatricial para nenhum acometimento. Aumentar integridade de pele para não comprometido	CUIDADOS COM LESÕES - limpar com solução fisiológica ou substancia não toxica - trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem - documentar local, tamanho e aspecto da lesão CUIDADOS COM LOCAL DE INCISÃO: - examinar o local quanto a hiperemia, edema e deiscência - observar as características de qualquer drenagem - monitorar o processo de cicatrização no local da incisão	12		3	
			0	0,0	16	

Para atingir os resultados diante do diagnóstico de Integridade tissular prejudicada (tabela 15) foi proposto (1) aumentar perfusão tissular para levemente comprometimento, (2) aumentar a integridade da pele para não comprometido, (3) estabelecer os indicadores de lesões de pele, (4) tecido cicatricial para nenhum acometimento e (5) hidratação e perfusão tissular aumentar para não comprometido. Os resultados foram alcançados através das intervenções de cuidados locais com: (1) incisão, (2) supervisão da pele, (3) cuidados com lesões e (4) cuidados com o local da incisão. Foram executadas as seguintes atividades: monitoração do processo de cicatrização no local da incisão; orientação do paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho; ensino do paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão; monitoração da pele quanto ressecamento e umidade excessivos;

exame da condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado; medição do leito da ferida; limpeza com solução fisiológica ou substância não tóxica; troca do curativo conforme a quantidade de exsudado e drenagem; documentação do local, tamanho e aspecto da lesão; examine do local quanto a hiperemia, edema e deiscência; observação das características de qualquer drenagem e monitoração do processo de cicatrização no local da incisão.

A Tabela 16 apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Padrão de Sono Prejudicado, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 16 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n= 9		n = 5	
Padrão de sono prejudicado (n = 14)	SONO Aumentar as horas de sono e padrão de sono (2) para levemente comprometido (4)	MELHORA DO SONO: - aproximar o ciclo regular do sono /vigília do paciente no planejamento dos cuidados - orientar o paciente para monitorar os padrões de sono - adaptar o ambiente.	5	55,5	0	0
	SONO Diminuir o sono interrompido (2) para leve (4)	MELHORA DO SONO: - Adaptar o ambiente - determinar o padrão de sono/vigília do paciente - ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono - monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente	4	44,4	1	20
	SONO Padrão de sono, qualidade de sono e eficiência de sono (3) aumentar para 4 (levemente comprometido)	MELHORA DO SONO - Determinar o padrão do sono/vigília do paciente. - aproximar o ciclo regular de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados. - monitorar/registrar o padrão de sono e o numero de horas de sono. - orientar o paciente para monitorar os padrões de sono. - adaptar o ambiente para promover o sono.	0	0	4	80

O diagnóstico Padrão de sono prejudicado esteve presente na amostra tendo como fator causal aspectos ambientais externos, assim, os resultados esperados foram: (1) procurar aumentar as horas de sono e padrão de sono para levemente comprometido, (2) diminuir o sono interrompido, para levemente comprometido, (3) aumentar o padrão de sono, qualidade

de sono e eficiência de sono para levemente comprometido e (4) aumentar sono interrompido e dor para nenhum comprometimento. Na busca destes resultados, foram elaboradas as intervenções de melhora do sono e para tal, a execução das seguintes atividades: aproximar o ciclo regular do sono /vigília do paciente no planejamento dos cuidados, orientar o paciente para monitorar os padrões de sono, adaptar o ambiente, determinar o padrão de sono/vigília do paciente, monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente.

A Tabela 17, apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Risco de infecção, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 17 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (n=23)		Estomias Alimentares (n=17)	
			n	%	n	%
			n = 9		n = 9	
Risco de infecção (n= 18)	CONHECIMENTO: CONTROLE DE INFECÇÃO Manter em conhecimento substancial (4) os sinais e sintomas de infecção Aumentar para conhecimento substancial (4) a importância da higienização das mãos	PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÃO - monitorar sinais e sintomas e locais de infecção - examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem - examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas - promover ingestão nutricional adequada - estimular a ingestão hídrica - estimular repouso	9	100	9	100

Quanto ao Risco de infecção (Tabela 17) buscou-se o resultado de (1) manter em conhecimento substancial os sinais e sintomas de infecção e (2) aumentar para conhecimento substancial a importância da higienização das mãos. Para tanto, foram elaboradas a intervenção de proteção contra infecção com as seguintes atividades: monitorar sinais e sintomas e locais de infecção, examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem, examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas, promover ingestão nutricional adequada, estimular a ingestão hídrica e estimular o repouso.

A Tabela 18, apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Risco de solidão, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 18 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de solidão, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2013.

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (n=23)		Estomias Alimentares (n=17)	
			n	%	n	%
			n = 17		n = 0	
Risco de solidão (n = 17)	ADAPTAÇÃO A DEFICIÊNCIA FÍSICA Aumentar para frequentemente demonstrado (4)a verbalização da capacidade de adaptar-se à deficiência e a adaptação a limitações funcionais	MELHORA DO ENFRENTAMENTO - avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal - avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações - proporcionar uma atmosfera de aceitação - encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades - avaliar e discutir alternativas à situação.	17	100	0	0,0

Na Tabela 18 acima, está representado o diagnóstico Risco de solidão. Procurou-se iniciar as intervenções prevendo uma resolução em longo prazo, visto que o período de adaptação pode variar de meses a anos, pela experiência em acompanhar pacientes estomizados ambulatorialmente. Para tanto, buscou-se aumentar para frequentemente demonstrado a verbalização da capacidade de adaptar-se à deficiência e a adaptação a limitações funcionais. Para alcance dos resultados, utilizou-se de intervenções de melhora do enfrentamento, com as seguintes atividades: avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações, proporcionar uma atmosfera de aceitação, encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes, capacidades e avaliar e discutir alternativas à situação.

A Tabela 19, apresenta os resultados traçados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para os pacientes com o diagnóstico Risco de aspiração, considerando os dois grupos de estomias, excretórias e alimentares.

Tabela 19 Distribuição da frequência das intervenções e resultados, segundo as taxonomias NOC e NIC, para o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração, por grupos de estomizados – Brasília, Julho à Dezembro de 2014

Diagnóstico de enfermagem	NOC	NIC	Tipo			
			Estomias Excretórias (N=23)		Estomias Alimentares (N=17)	
			n	%	n	%
			n = 3		n = 9	
Risco de aspiração (n= 12)	Controle de riscos: aumentar a monitorização dos fatores de risco para frequentemente demonstrado (4)	CONTROLE DE VIAS AÉREAS - posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório - remover secreções estimulando tosse ou aspirando - auscultar sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e presença de sons respiratórios - administrar tratamentos com aerossol, conforme apropriado - administrar ar ou oxigênio, conforme apropriado	3		9	
		CONTROLE DE VIAS AÉREAS - remover secreções estimulando tosse ou aspirando - monitorar condição respiratória e a oxigenação.	0		1	

O Diagnóstico de Risco de aspiração foi identificado em de 12 pacientes estudados, e foi um importante julgamento levantado, principalmente porque esses pacientes estavam em uso de tubos gastrointestinais e/ou traqueostomia e medidas de prevenção deveriam ser instituídas. Assim, para se evitar a aspiração, utilizou-se como resultado: aumentar a monitorização dos fatores de risco para frequentemente demonstrado. Para o alcance dos resultados foram implementadas as intervenções de controle de vias aéreas, com as seguintes atividades: posicionamento do paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório; remoção de secreções estimulando tosse ou aspirando; ausculta dos sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuídas ou ausentes e presença de sons respiratórios; administração de tratamentos com aerossol, conforme apropriado; administração de ar ou oxigênio, conforme apropriado; renovação de secreções estimulando tosse ou aspirando; e monitoração da condição respiratória e da oxigenação.

6. DISCUSSÃO

O indivíduo com estomia deve ser considerado em todas suas dimensões. O cuidado à ele direcionado deve ser fundamentado no conhecimento científico, qualificado e holístico. A busca pela identificação das respostas desse indivíduo aos problemas de saúde e suas potencialidades permitirá ao enfermeiro desempenhar um cuidado mais efetivo e de qualidade. A identificação de estratégias de ação, com elas as intervenções e os resultados esperados, complementam esse caminho que tem como finalidade maior o cuidado integral.

Nesse cenário, a discussão a ser apresentada a seguir, possibilita identificar os principais diagnósticos presentes na clientela estudada e as intervenções pertinentes às eles com vistas a buscar os melhores resultados.

A seguir serão discutidos os resultados obtidos no presente estudo buscando o alcance dos objetivos traçados.

6.1 Caracterização da amostra quanto ao perfil sócio demográfico e clínico

Considerando os 40 pacientes estudados e a distribuição quanto ao tipo de estomia realizada, estomias excretórias (23) e estomias alimentares (17), a maioria (60,9%) foi do sexo feminino no primeiro grupo e do sexo masculino (100%) no segundo grupo. Considerando a amostra completa, houve um predomínio de homens em relação às mulheres, no entanto, a análise individual por grupo destaca o predomínio das mulheres nos estomas intestinais para drenagem de efluente.

Em estudo com população de 443 estomizados, houve uma distribuição equitativa quanto ao sexo, resultado que difere do presente estudo (SILVA, SILVA, CUNHA, 2012). Pode-se inferir que as populações nos estudos são muito heterogêneas e que, de acordo com as especialidades de cada instituição, tem-se uma prevalência maior de homens ou de mulheres, a depender também do diagnóstico de base.

Em alguns estudos envolvendo estomas gastrointestinais, observou-se o predomínio dos homens em relação às mulheres e a idade variou de 15 a 90 anos tendo predomínio de 45 a 60 anos seguido da idade de 60 a 75 anos. (SILVA, GAMA, DUTRA, 2008; SILVA, SILVA, CUNHA, 2012).

Estudos apontam que a faixa etária mais acometida para a realização de procedimentos cirúrgicos que geram estomas, é a de 58 a 78 anos (MORAES et. al., 2009). Para Stumm;

Oliveira e Kirschner (2008) o aumento da incidência de estomias está crescente a partir dos 50 anos, mas tendo seu predomínio após os 70 anos. Esses dados vão ao encontro do presente estudo.

A prevalência de estomizados casados seguidos de solteiros, identificada no presente estudo, corrobora com estudo realizado em serviço de Estomaterapia de Belém-PA (SILVA, SILVA, CUNHA, 2012). Em outros estudos, observa-se a mesma distribuição quanto aos vínculos civis, da maioria pertencer ao grupo de casados, seguido de solteiros, ressaltando que há relação associada à faixa etária dos indivíduos (SILVA, GAMA, DUTRA, 2008; LUZ et. al., 2009).

Quanto ao nível de escolaridade, este estudo corrobora com outros trabalhos semelhantes, uma vez que a população estudada apresenta um grau de instrução baixo, sendo que sua maioria tem o ensino fundamental incompleto, seguido do ensino fundamental completo (LUZ et. al., 2009; SILVA, SILVA, CUNHA, 2012).

Embora neste estudo a ocupação tenha sido muito heterogênea, o aposentado se destacou pela maior frequência, o que pode estar associado à idade do indivíduo no momento da doença como no estudo de Silva, Silva e Cunha (2012) que também observou um número destacado de aposentados, reforçando, mais uma vez, a faixa etária predominante da doença.

No que se refere à presença do acompanhante e o grau de parentesco na amostra estudada, o fato da maioria (95%) estar acompanhada de um parente próximo, auxilia no enfrentamento da doença por parte do paciente e ajuda no trabalho de orientação necessário para o cuidado domiciliar futuro. Como a nutrição enteral domiciliar fomenta o apoio da família, do cuidador e de amigos, o paciente se sente amparado. O enfermeiro deve utilizar essa oportunidade e iniciar um processo de ensino para o cuidado domiciliar ou nos diversos níveis de atenção (HADDAD, THOMAS, 2002).

Quanto aos problemas associados e aos diagnósticos médicos presentes na amostra estudada, algumas considerações são feitas a seguir.

A maioria da amostra estudada pertencente ao grupo com estomias excretórias, teve como patologias de base as neoplasias, quase sempre de reto e ânus.

Estudos apontam que essas são as patologias mais comuns associadas às estomias excretórias (SILVA, SILVA, CUNHA, 2012).

Outros estudos apontam como principais causas dos estomas intestinais as doenças neoplásicas, seguidas do trauma, doença de Crohn, Volvo e diverticulite (SILVA, GAMA, DUTRA, 2008 ; SILVA, SILVA, CUNHA, 2012). Já Luz et. al.(2009) apresentam resultados diferentes em sua amostra predominando os casos de traumas.

Quanto ao grupo de estomias alimentares, também houve predomínio das neoplasias diversas e, em especial, as de câncer de esôfago.

A American Cancer Society (ACS, 2007) estima a ocorrência de 11.300 novos casos, destes 3.660 mortes por ano em cânceres de cabeça e pescoço, destacando-se o câncer de laringe, o mais frequente entre estes. Geralmente entre as décadas de 60 e 70 anos. (SMELTZER et. al., 2011)

Os fatores de risco estão bem consolidados, incluem o uso de tabaco e álcool e sua combinação. Além do risco associado ao contato ocupacional por esforço vocal, exposição a poeira de carvão, de aço e deficiências nutricionais. (SMELTZER et. al., 2011)

Nos pacientes gastrostomizados, Perissé (2007) apresentou uma amostra quase total de doenças neurológicas, diferentemente do presente estudo onde a maioria casos foi de neoplasias, entre elas, as de base da língua e esôfago como as mais comuns. Deve-se discutir, no entanto, as especificidades dos locais de coleta de dados, uma vez que foram essencialmente diferentes (pacientes ambulatoriais do setor de endoscopia). A colostomia (estomias excretórias) predominou em relação à ileostomia e gastrostomia (estomias alimentares), também comparativamente em outros estudos (LUZ et al., 2009; SILVA, GAMA, DUTRA, 2008; SILVA, SILVA, CUNHA, 2012).

A confecção da colostomia terminal se vincula a uma impossibilidade de restabelecer o transito intestinal normal, geralmente praticada quando há uma retirada do reto e anus ou ainda em doenças graves como a doença de Crohn que tem grave comprometimento do reto. Mas também pode ser indicada em processos infecciosos ou em deiscências de anastomoses colorretais ou anais com existência de fístulas. Quando a colostomia é em alça geralmente tem caráter temporário, confeccionada em situações de emergência, como obstruções, perfurações isquêmicas, traumáticas ou sepse abdominal por outras causas (GUIMARÃES, APRILLI, 1997).

A ileostomia, com uma frequência maior de indicação do que no passado, por definição da técnica, tem a mesma forma de construção que as colostomias, podendo ser

terminal e em alça. As indicações para a técnica em alça estão relacionadas a doenças inflamatórias como doença de Crohn e retocolite ulcerativa, polipose adematosa familiar e tumores malignos múltiplos de intestino grosso, para proteção de anastomoses. Dentre as vantagens das ileostomias sobre as colostomias, temos um funcionamento mais precoce e a maior facilidade de reconstruir o trânsito, contudo há maior risco de lesão de pele pelo pH alcalino do efluente (GUIMARÃES, APRILLI, 1997).

No presente estudo, dos 17 pacientes com estomias alimentares, 6 (35%) apresentaram jejunostomias. A jejunostomia na maioria das vezes é realizada para nutrição como via complementar ou única de alimentação, sendo necessária quando há comprometimento das porções altas do tubo digestivo, suas indicações estão relacionadas a estenose caustica ou neoplasias de esôfago e estômago, proteção para as cirurgias de reconstrução do trato digestivo superior e no tratamento de fístulas digestivas (GUIMARÃES, APRILLI, 1997).

A necessidade de se alimentar é básica quando não é possível realizar por via oral o aporte nutricional se torna necessário. Existem três principais formas para se estabelecer uma alimentação enteral, através da Cateterização Nasogástrica, da gastrostomia e ou jejunostomia (HADDAD, THOMAS, 2002). Observa-se um número maior de indivíduos com gastrostomia, mas também jejunostomia em alguns casos, devido ao comprometimento do estômago.

As principais indicações para uma nutrição enteral são a disfunção neuromuscular, devido ao possível comprometimento da deglutição, em seguida os pacientes com câncer hipermetabólico ou caquexia, que são incapazes de satisfazerem suas necessidades e por fim os pacientes que são incapazes de comer (pacientes dependentes de ventilação, pós-operatório e tumores do trato digestório) e idosos com disfagia (HADDAD, THOMAS, 2002).

Neste estudo devido ao diagnóstico de base dos indivíduos e a contraindicação de outras técnicas, em todos os casos o acesso para alimentação foi construído cirurgicamente. Em sua maioria, homens com neoplasias de cabeça e pescoço, esôfago e estômago.

A decisão da colocação da gastrostomia não pode ser precipitada, nem de emergência, pois há necessidade de preparo emocional, dando oportunidade de o profissional tomar ciência dos valores e desejos do paciente (BEST, HITCHINGS, 2010)

Cada acesso enteral tem seus riscos e benefícios, a gastrostomia percutânea é preferida quando a alimentação vai se estender além de quatro semanas e sua via de acesso pode ser, tanto endoscópica quanto radiológica (HADDAD, THOMAS, 2002).

As complicações gerais envolvem a hemorragia, infecção e peritonite, variando de 1 a 3 %. O risco de aspiração é baixo nos primeiros trinta dias (3,9%), crescendo para 15% após onze meses. Nas taxas de complicações em relação ao tipo de acessório não tem grande diferença entre o acesso endoscópico ou radiológico, mas em metanálise a taxa de sucesso de menos complicações é a radiológica (HADDAD, THOMAS, 2002).

No presente estudo, no que se refere às complicações relativas à cirurgia na obtenção de acesso alimentar, observou-se que dois pacientes apresentaram deiscência seguida de evisceração do sítio cirúrgico, associada a desnutrição grave e tosse pós operatória, o que é tolerado diante da gravidade dos casos, que chegam em condições extremas. Para Mello et. al.(2009) em estudo com gastrostomias por via endoscópica encontraram algumas complicações como sepultamento do retentor interno, saída acidental, dor local, infecção do estoma, dor abdominal e hematoma gástrico. Outro estudo também com pacientes com gastrostomia por via endoscópica apontaram as mesmas complicações acrescidas de fístula gastrocolocutâneo, peritonite, obstrução do tubo e implante de tumor no local do estoma (ROSENBERGER et. al, 2011).

Dados Britânicos sobre Nutrição enteral artificial, informam que 78% dos indivíduos recebem Nutrição Enteral em casa através de uma gastrostomia, 15% por Cateter Nasogástrico e 7% por jejunostomia. Ainda em comparação dos anos de 2000 a 2008 dos pacientes em uso de Nutrição Enteral, sendo que os pacientes com doença de base neurológica tem apresentado queda de 10% em relação aos casos de câncer, que tem crescido em média 11% (BEST, HITCHINGS, 2010).

6.2. Diagnósticos de Enfermagem identificados nos indivíduos estomizados, Resultados e Intervenções de Enfermagem

Na identificação dos diagnósticos pode-se perceber que vários deles foram comuns aos dois grupos de pacientes (com estomas alimentares e estomas para drenagem de efluente).

Os mais frequentes foram: ansiedade 40%, Conhecimento deficiente 90%, Deglutição prejudicada 37,5%, distúrbio na imagem corporal 60%, dor aguda 47,5%, incontinência intestinal 57,5%, integridade tissular prejudicada 100% e padrão de sono prejudicado 35%.

Não foram encontrados trabalhos nacionais ou internacionais, bases de dados pesquisadas (capes e scielo) com os descritores (diagnósticos de enfermagem, processo de enfermagem e estomizado) que apresentassem um perfil de diagnósticos de enfermagem específico para pacientes com estomas. Vários trabalhos acerca dos diagnósticos de enfermagem identificam perfis de diagnósticos à diferentes grupos de pacientes.

Quanto à descrição dos diagnósticos, resultados e intervenções, considerando as semelhanças e a interrelação dos temas, optou-se por apresentar a discussão a partir dos diagnósticos que apresentaram maior frequência na amostra estudada, e sua correlação com os resultados e intervenções traçadas.

6.2.1 Ansiedade

A ansiedade expressa algo vago e incômodo sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. Um sinal de alerta que chama atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2013).

Entre os fatores relacionados foram identificadas a “ameaça ao estado de saúde” e “mudança no estado de saúde” em 9 (100%) dos indivíduos com estomias intestinais, e 7 (100%) dos pacientes com estomias alimentares. Esse sentimento de apreensão deve-se em parte, pelo diagnóstico de base, o câncer, mas também, à presença de um orifício onde são drenadas secreções (muitos citaram a “saída de fezes pela barriga”) e a impossibilidade de se alimentar pela boca. Todas são condições impactantes, que geram sentimentos de apreensão, além do fato de haver uma doença de base, já considerada ameaçadora e grave por parte do paciente, uma vez que a palavra câncer não era falada pelo estomizado. Ele se referia ao câncer como “aquela doença”, pois há o estigma da doença oncológica e associação com sofrimento e morte.

O fator relacionado “conflito inconsciente quanto às metas de vida” foi presente em um indivíduo que não aceitava totalmente o tratamento. Para Smeltzer e colaboradores (2011) o estressor neste caso era a doença e o indivíduo estabelecia ainda mecanismos de enfrentamento para uma possível adaptação, o tempo é variável diante da situação.

Em ambientes clínicos, os indivíduos costumam experimentar algum grau de ansiedade por medo do desconhecido, das notícias inesperadas e o comprometimento das funções corporais. A ansiedade pode intensificar sintomas, por exemplo, a dor, pode ficar mais forte. (SMELTZER et. al., 2011)

As intervenções instituídas focaram a busca da redução da ansiedade. Foram destacadas as atividades, que envolveram a busca de uma abordagem mais tranquila e calma junto ao paciente, o esclarecimento sobre as expectativas relativas à doença e à nova condição, busca de compreensão da situação e administração de medicamentos, que visavam a redução da ansiedade, quando prescritos. Todas essas ações foram baseadas na taxonomia da NIC (NIC, 2010; SMELTZER et. al., 2011).

Na velhice, as angústias, preocupações e conseqüentemente a ansiedade, tende a diminuir, pela capacidade do idoso se adaptar aos problemas diariamente, um dia após o outro. Mas, mesmo diante dessa melhor capacidade de adaptação, agentes estressores podem desestabilizar e desencadear a ansiedade. É possível melhorar o quadro de ansiedade a partir de diálogos e esclarecimentos sobre a nova condição do estomizado, bem como a partir da escuta ativa. (BARROS, SANTOS, ERDMANN, 2008).

O procedimento cirúrgico envolve vários sentimentos no paciente, dentre os quais medo e ansiedade, o desconhecido assusta e muitas dúvidas são despertadas, um momento importante para construir uma relação de cuidado com o paciente que pode contribuir para a redução da ansiedade. A escuta, e explicação calma dos procedimentos executados também tem um resultado positivo no paciente. (SMELTZER et. al., 2011)

6.2.2. Conhecimento deficiente

Para NANDA (2013) Conhecimento deficiente pode ser definido por ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico. Este diagnóstico estava relacionado à falta de exposição, falta de familiaridade com recursos de informação em 20 (100%) e 16 (100%), além da falta de interesse em aprender e interpretação errônea de informações em 1 (5%) paciente.

Buscou-se o resultado Conhecimento: cuidados na doença, estabelecido pelo indicador de regime de tratamento. NOC define conhecimento: cuidados na doença, como sendo o

alcance da compreensão transmitida sobre informações relacionadas à doença para alcançar e manter uma saúde excelente (NOC, 2010)

As intervenções para este diagnóstico se basearam no Ensino: processo de doença e cuidados com estomas e equipamentos em que foram executadas atividades como: avaliar o nível de conhecimento do paciente relativo a determinado processo de doença, descrever sinais e sintomas, conforme apropriado. Silva e Shimizu (2012) apontam como a negação dos sinais e sintomas um dos motivos para um diagnóstico tardio da doença comprometendo o tratamento.

Especialmente para com os pacientes que apresentaram o diagnóstico Conhecimento deficiente, foi traçado um plano de trabalho que visava a familiarização com os cuidados do estoma. Perugini et. al (2006), teve como resultados no estudo que visou identificar as facilidades e limites da vivência com a estomia e concluiu que o indivíduo teve melhor aceitação da estomia quando a família se fez presente, assim como o acesso ao equipamentos coletores também oportunizaram essa aceitação.

O suporte da assistência profissional compreende não só uma melhor adaptação e aceitação da situação, mas também prevenir e/ou reduzir a incidência de complicações de estomas e de pele periestoma (PERUGINI et.al ;2006). Para melhorar a adaptação e aceitação foram realizadas intervenções de orientação ao paciente/pessoa sobre o uso de equipamentos e cuidados com estomias, demonstrar o uso do equipamentos e explicar as mudanças na rotina de vida diária (NIC,2010).

Destaca-se que para todos os pacientes da amostra estudada, foi oportunizado o ensino dos cuidados e acompanhamento no Ambulatório de Estomaterapia para auxiliar a transição para o retorno ao domicílio e ainda manutenção e troca dos cateteres após maturação do estoma.

O aprendizado do paciente e família é difícil no momento da alta hospitalar, por uma gama de sentimentos, que os envolvem, uma vez que a saída implica na ausência do profissional em casa. Isso os deixa mais ansiosos. Uma forma de amenizar esse processo, é treinar mais de um cuidador para que a responsabilidade e carga de trabalho não fique com uma única pessoa (BEST, HITCHINGS, 2010).Uma forma de amenizar tal carga de responsabilidade foi encorajar a participação em grupos de apoio a estomizados após a alta (NIC, 2010)

Em estudo qualitativo com 15 pacientes em que avaliou o conhecimento adquirido pelo estomizado, concluiu que o indivíduo com estomias excretoras recebe informações no pós operatório, mas que ainda há necessidade de melhorar a comunicação entre as equipes de saúde para assim diminuir as dúvidas e dificuldades enfrentadas pelo estomizado (KAMADA et. al.2011).

A proximidade com a família e paciente evita complicações com os cateteres no domicílio, como destaca Best e Hitchings (2010), entre eles a lavagem inadequada e administração de medicação são os dois principais fatores mais comuns de obstrução destas sondas. Assim como deve ser dada a atenção à interação de medicamentos e a nutrição enteral, pois podem comprometer clinicamente o paciente, uma vez que a absorção da droga é afetada pela comida e antiácidos (BEST, HITCHINGS, 2010).

A falta de conhecimento sobre sua situação foi predominante em outro estudo com pacientes estomizados (SILVA, GAMA, DUTRA, 2008).

O medo diante da situação foi um sentimento comum e estava relacionado ao medo da manipulação, bem como ao medo de morrer. Além do medo, a preocupação com as limitações impostas pela nova condição, medo de voltar a trabalhar sendo estomizado por receio de odores e barulhos perceptíveis aos outros. (SILVA, GAMA, DUTRA, 2008)

A primeira troca do equipamento coletor é importante para o paciente e família como uma ilustração do cuidado com o estoma e pele periestoma a ser seguido no domicílio. Este ensino deve ser progressivo e contínuo após a alta com acompanhamento ambulatorial. O retorno ambulatorial deve ser de até duas semanas, visto que é considerado um tempo suficiente para que o paciente identifique suas dificuldades e dúvidas e as traga para serem sanadas (CESARETTI, 2008).

Ressalta-se que no presente estudo foi possível estabelecer um contato próximo e ensino do paciente, logo após o procedimento cirúrgico de confecção de estoma intestinal, com continuidade ambulatorial para melhorar o processo de readaptação.

Alguns estudos apontam as dificuldades em dar continuidade às orientações aos pacientes em decorrência da falta de profissionais adequadamente capacitados. Para a equipe de enfermagem, é visto como necessário iniciar o processo de autocuidado o mais precoce possível, com o apoio da família. Mas muitos profissionais reconhecem que não são capazes

de orientar o estomizado e precisam solicitar aos enfermeiros mais capacitados a realização desse papel (HEY, KRAMA, 2012).

6.2.3. Deglutição prejudicada

A deglutição prejudicada se define pelo funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado ao déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica (NANDA, 2013).

Os fatores relacionados, presentes nos pacientes com esse diagnóstico foram, as anormalidades de via aérea superior, obstrução mecânica, trauma, lesão traumática de cabeça, defeitos anatômicos adquiridos, anormalidades da laringe e orofaringe em sua absoluta maioria nos indivíduos com estomias alimentares.

Os pacientes que apresentaram as evidências clínicas desse diagnóstico (37,5%), tinham uma estenose faríngea e/ou esofágica por neoplasia ou estenose cáustica. Os casos de trauma por perfuração de arma de fogo não apresentavam alteração na deglutição, apenas permaneceram sem ingesta oral para cicatrização de ráfias em tubo gástrico superior.

O resultado atribuído para o alcance dos objetivos envolveu o Estado da deglutição que é definido como “passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago”, foram utilizados dois indicadores, o controle de secreções orais e capacidade de desobstruir a cavidade oral (NOC, 2010). Para melhoria dos resultados foi aplicada a intervenção de Terapia de deglutição (NIC, 2010).

A idade é um fator que por si só altera a mastigação e deglutição, a perda ou queda dos dentes, a diminuição da saliva e conseqüentemente a diminuição de ptialina e amilase na saliva tornam difícil a mastigação e deglutição. Na porção do esôfago ocorre diminuição da motilidade e esvaziamento, refluxo e diminuição da pressão de repouso do esfíncter esofágico inferior implica numa resposta fraca do reflexo do vômito (SMELTZER et. al.,2011)

Algumas atividades como explicar as razões do regime terapêutico da terapia de deglutição, providenciar dispositivos auxiliares apropriados e ajudar a manter a ingesta calórica foram atividades realizadas (NIC, 2010).

A alteração na deglutição é consequência de uma alteração neurológica e/ou estrutura que facilita a entrada do alimento em vias inferiores, ocasionando a tosse, sufocamento e asfixia. Como via alternativa à alimentação oral é indicada a gastrostomia e jejunostomia

(PADOVANI, 2010). A colaboração com outros membros da equipe de cuidados de saúde (NIC, 2010), auxiliaram no controle de peso necessário para manter tratamentos adjuvantes como a radioterapia, que contribuiu na redução do tumor, melhorando a deglutição.

A odinofagia relacionada com anormalidades de via aérea superior é uma sensação de dor causada durante a deglutição e pode ser acompanhada de disfagia, que pode levar a diminuição da ingestão de alimentos sólidos e secos, ocasionando a desnutrição. A tosse é um reflexo emitido pelo tronco cerebral, que protege a via aérea de corpos estranhos, é um sinal de aspiração por disfagia orofaríngea (PADOVANI, 2010).

Para este diagnóstico, se utilizaram também as intervenções, monitorar o peso corporal, ajudar na ingestão calórica e líquida adequada, monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração (NIC, 2010).

6.2.4. Distúrbio na imagem corporal

Este diagnóstico é definido pela NANDA (2013) como “Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa”.

Distúrbios da autoimagem estavam associados aos indivíduos com estomas intestinais para drenagem de efluente, especialmente pela dificuldade cultural de aceitação da mudança relacionada ao local de saída de fezes, uma vez que fisiologicamente se dá pelo ânus e não por uma abertura no abdome e a perda do controle esfínteriano. Já nos indivíduos com estomas alimentares, a presença do cateter não foi mencionada como um problema, pois a maioria já havia utilizado cateter nasoenteral, que fica exposto ou aparente e, com a gastrostomia ou a jejunostomia, houve melhora da condição uma vez que são cateteres não aparentes ou expostos visualmente para outros. Os fatores relacionados identificados na amostra estudada foram: a cirurgia e tratamento da doença para 19 (100%) dos indivíduos com estomias excretoras e a doença para 1 (100%) paciente com estomia alimentar que apresentava exteriorização do tumor na região cervical.

A alteração na imagem corporal pode favorecer as alterações no pensamento e sentimentos que podem ser o início de depressão, para tanto é necessário o enfermeiro conversar com o paciente sobre seus medos e enfatizar sempre os pontos positivos, para auxiliar na readaptação a nova condição. (SMELTZER et. al., 2011) Para melhor enfrentamento na adaptação se utilizou como indicador do resultado o aumento na adaptação

a mudança na aparência física e nas funções do corpo para frequentemente positivo (NOC, 2010)

O convívio inicial com a bolsa de colostomia passa por estágios, inicialmente a negação levando a uma tristeza, rejeição de si mesmo dificulta o ensinamento. Com o medo de vazamentos e de sair por receio de acontecer alguma coisa que fugira do seu controle, o estomizado foge do convívio sociocultural, se isolando em casa (BATISTA et. al., 2011).

A importância do corpo diante da sociedade restringe o estomizado a retornar as atividades executadas antes da estomia. Sendo evidente o relato sobre a dificuldade inicial de superação diante da alteração no corpo, que fica escondido dos olhos das pessoas, mas a preocupação do estomizado em relação a possíveis vazamentos e o barulho ocasionado pela saída de gases restringe a convivência (NASCIMENTO et. al., 2011)

A não aceitação também está presente entre os estomizados, como traz Moraes et. al. (2009) que em uma amostra de 59 estomizados, 21% destes declararam não aceitar a estomia.

O papel da equipe de saúde é esclarecer ao estomizado desde o pré-operatório sobre a indicação clara da realização da estomia, oportunizando a escolha diante da identificação dos pontos positivos e negativos, até o pós-operatório, quando ele deve entender a importância do desvio intestinal. Para tanto, os profissionais precisam estar dispostos a esclarecer que, viver com uma estomia não é tão simples, mas que diante de complicações que trazem problemas maiores e que tiram a vida, a estomia deve ser encarada como uma solução mais adequada e viável.

As atividades executadas foram, ajudar o paciente a discutir mudanças causadas pela doença ou pela cirurgia, monitorar se o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada e identificar os grupos de apoio disponíveis para o paciente, se o paciente assim desejar (NIC, 2010).

6.2.5. Dor aguda

Para NANDA (2013) Dor aguda é uma experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível

e duração de menos de seis meses. Como fatores relacionados, observou-se, na amostra estudada, a presença de agentes lesivos.

Como resultado esperado foi aplicado o controle da dor com o indicador do relato de dor diminuir para raramente demonstrado (NOC, 2010).

A dor, como o quinto sinal vital, deve ser avaliada com a mesma importância de qualquer outro sinal vital. Alguns fatores influenciam a intensidade da dor vivenciada pelo paciente, entre eles a ansiedade, depressão, sexo, genética e expectativas do alívio da dor. Para avaliação da dor pode ser utilizado, a escala descritiva simples da intensidade da dor, a escala numérica de intensidade de dor e também a escala analógica visual (SMELTZER et. al., 2011)

A dor ainda é uma queixa frequente e de difícil controle, estudos apontam que de 30 a 40% dos indivíduos, que são submetidos aos procedimentos ambulatoriais, quando recebem alta, ainda relatam dor moderada a intensa nas primeiras 24 a 48 horas. Tende a provocar alterações no sono e em alguns casos retardar a alta hospitalar (GARCIA, 2013)

Pacientes com distúrbios intestinais podem apresentar dor, que é descrita como difusa, queimação ou cólica. Pode ocorrer em associação com à ingesta alimentar, antes ou depois. (SMELTZER et. al., 2011)

A dor pós operatória tem sido cada vez mais comum e reconhecida como um problema que precisa ser combatido (GARCIA, 2013). Em um estudo com 141 pacientes em unidade de internação, foi identificado que a dor esteve relacionada em 71,9% ao tratamento cirúrgico (SILVA, DIXE, 2013).

Considerando que os pacientes avaliados haviam se submetido aos procedimentos cirúrgicos, a dor era um diagnóstico esperado.

A dor do câncer é dita como uma “dor total”, pois além da dor provocada pela lesão tem origem em outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na origem e no relato da queixa. Geralmente é associado e vivenciado pelo paciente com câncer avançado, no entanto pode ocorrer em estágios iniciais da doença quando o tumor se desenvolve em espaços pequenos, como nas regiões da cabeça, pescoço e cérebro. (PIMENTA, FERREIRA, 2006).

A dor incompreendida, incapacitante e constante pode provocar distúrbio do sono, ansiedade e anorexia, tem estimativa de que o número de mortes por doença oncológica suba para nove milhões e destes 70 a 80% vão experimentar dor moderada a intensa (SIMÕES, 2011)

Alguns cuidados como administrar anticolinérgicos 30 minutos antes das refeições, conforme prescrição, assim como a mudança de posição e aplicação de calor local, foram instituídos a fim de reduzir a dor nessa clientela (SMELTZER et. al., 2011).

A fim de obter o controle da dor, as seguintes atividades foram propostas, observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia, investigar com o paciente os fatores que aliviam / pioram a dor e determinar o impacto da experiência de dor na qualidade de vida (NIC, 2010).

6.2.6. Incontinência intestinal

A Incontinência intestinal esteve presente em todos os indivíduos com estomias excretórias e uma paciente com estomia alimentar que apresentava uma estomia excretória prévia por doença de Crhon, portanto não apresentavam controle na eliminação intestinal. O diagnóstico de enfermagem Incontinência intestinal é definido por mudança no hábito intestinal normal caracterizada por eliminação involuntária de fezes (NANDA, 2013). Esteve presente em 60% da amostra estudada.

O resultado esperado foi à eliminação intestinal com o indicador de aumentar o padrão de eliminação para levemente comprometido (NOC, 2010). Monitorar o padrão de eliminação (NIC, 2010), contribui para o conhecimento da regularidade intestinal e o que cada alimento provoca em cada paciente. Silva e Shimizu, (2012) em seu estudo, os pacientes relataram diminuir a ingesta de alimentos para reduzir a produção de gases e efluente.

A perda do controle intestinal devido ao estoma é descrito como uma dificuldade para a reinserção no ambiente de trabalho, pois a presença de odor, volume elevado do efluente e diarreia são difíceis de lidar em ambientes fora do domicílio (MAURICIO, SOUZA, LISBOA, 2014).

A eliminação do efluente pela ileostomia ou colostomia vai se dar involuntariamente de forma que o paciente perde o efluente a depender da localização da estomia podendo variar de líquido a sólido.

Dessa forma, os cuidados dispensados para uma ileostomia envolve também a nutrição e hidratação do paciente, uma vez que a absorção de água e nutrientes não acontece adequadamente relacionado a ressecção do intestino delgado (SMELTZER et. al., 2011).

Como cuidado, é importante a manutenção do aporte de líquidos, para tanto é necessário monitorar a ingestão de líquidos, monitorar os ganhos e perdas de líquido em busca de sinais de déficit do volume de líquidos e administração de antidiarreicos conforme prescrição, quando se tratar de diarreia (SMELTZER et. al., 2011).

A aplicação do equipamento de estomia de forma que se adapte adequadamente e trocar/ esvaziar a bolsa de estomia sempre necessário, (NIC, 2010) atividades que previnem complicações de pele periestomia e evitam constrangimento pelo vazamento de fezes e odor.

Uma forma de controlar a incontinência pode se dar através da irrigação pela colostomia, em que é possível programar a evacuação (SANTOS, CESARETTI, RIBEIRO, 2005; SILVA, SHIMIZU, 2012) A indicação específica da irrigação da colostomia está indicada apenas pacientes com colostomias esquerdas terminais e não apresentam doenças intestinais que possam comprometer o procedimento e a segurança do paciente, como retocolite, doença de Crohn, diverticulite ou câncer e ainda doenças cardíacas e renais (SANTOS, CESARETTI, RIBEIRO, 2005; SILVA, SHIMIZU, 2012).

6.2.7. Integridade tissular prejudicada

Integridade tissular prejudicada é o dano de membranas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos (NANDA, 2013). Como todos os pacientes apresentavam acometimento da mucosa gástrica e/ou intestinal, além da pele, este diagnóstico é o mais adequado para dar suporte às intervenções necessárias de apoio.

Os cuidados com a pele e mucosas do paciente cirúrgico com estomias iniciam o mais precoce possível para oportunizar o ensino ao paciente e família e/ou cuidador.

Como resultados aplicados para a manutenção deste diagnóstico, aplicamos a Integridade tissular: pele e mucosas, com vários indicadores para serem alcançados, perfusão tissular (aumentar para levemente comprometido), integridade da pele (aumentar para não comprometido), lesão de pele e tecido cicatricial (aumentar para nenhum comprometimento) (NOC, 2010).

O monitoramento deve incluir a prevenção de dermatites periestoma, identificação das características de um estoma normal e acompanhamento da cicatrização do sitio cirúrgico. Os cuidados vão depender do que é proposto para cada indivíduo especificamente (CESARETTI, BORGES, GRECO, 2005)

Para realizar essas orientações deve-se considerar também a idade do paciente, visto que, alguns elementos da pele, diminuem com o passar do tempo, como excreção sebácea, fibras elásticas e colágeno (OLIVEIRA, COSTA, MARRONE, 2012), o que associados a outros fatores como excesso de umidade ou ressecamento na pele periestoma, podem favorecer a lesões na pele e mucosas.

Como cuidado com a pele peri gastrostomia/ jejunostomia, deve-se realizar uma higiene com água e sabão diariamente retirando incrustações e deixando a região seca. È comum a saída de pequena quantidade de suco gástrico, que causa irritação na pele quando em contato com a mesma, para tanto, deve-se então utilizar gaze ou outro tipo de curativo, que absorva essa umidade (FOREST-LALANDE, 2011; SMELTZER et. al., 2011).

Para proteção e tratamento da pele periestoma, no caso estomias alimentares, pode-se utilizar, creme barreira, pó protetor e placa de hidrocoloide, associado a cobertura absorvente (FOREST-LALANDE, 2011; CESARETTI, BORGES, GRECO, 2005; CARVALHO, CARDOSO, 2011)

Já para as estomias excretórias utilizamos adjuvantes que permitem a aderência do equipamento coletor, como pasta, pó, tira, anel e placa compostos de gelatina, pectina e carboximetilcelulose que protegem a pele da ação do efluente (JORGE; DANTAS, 2003; CESARETTI; BORGES; GRECO, 2005; CARVALHO; CARDOSO, 2011)

Várias intervenções foram executadas para melhorar o resultado proposto, entre elas, os cuidados locais com a incisão, supervisão da pele e cuidado com lesões (NIC, 2010) Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão, orientar o paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho, ensinar ao paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão, examinar o local quanto a hiperemia, edema e deiscência, observar as características de qualquer drenagem, foram atividades executadas para a intervenção de cuidados com o local de incisão (NIC,2010).

6.2.8. Padrão de sono prejudicado

Padrão de sono prejudicado é definido por interrupções da quantidade e qualidade do sono ocasionado por fatores externos (NANDA, 2013).

Os fatores relacionados a este diagnóstico foram, a falta de privacidade e controle do sono, interrupções, ruído, iluminação, isolamento social e imobilização física. A saída do paciente de sua residência para o hospital já desperta um incômodo, medo e incertezas no mesmo, que dificultam também a interação com o ambiente. Dessa forma, e também o motivo que originou a internação levaram à dificuldade de adaptação ao ambiente. Assim, todo esse contexto gera alterações no paciente, que limitam e potencializam alguns fatores que alteram o sono.

Sono foi o resultado mais apropriado com os indicadores, horas de sono, padrão de sono, qualidade de sono, sono interrompido e eficiência de sono, aumentar todos os indicadores para levemente comprometido (NOC, 2010).

A intervenção melhora do sono foi executada com as seguintes atividades, aproximar o ciclo regular do sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados, orientar o paciente para monitorar os padrões de sono, adaptar ambiente, ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono e o número de horas de sono do paciente (NIC, 2010), assim os pacientes apresentaram resolução do padrão alterado de sono.

6.2.9. Risco de aspiração

Risco de aspiração é um diagnóstico no qual há risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas. (NANDA, 2013).

Mais da metade dos indivíduos com estomas alimentares apresentavam este risco principalmente por uso de tubos para alimentação, incompetência dos esfíncteres e traqueostomia.

Dentre os fatores de risco, atribuídos neste diagnóstico, tem-se a alimentação por sonda, deglutição prejudicada, tubos gastrointestinais, presença de traqueostomia, esfíncter esofágico inferior incompleto e presença de sonda endotraqueal.

Em estudo com 44 pacientes não estomizados, em uma unidade de terapia intensiva encontraram 7 (16%) de indivíduos com risco de aspiração (SALGADO, CHIANCA,2011).

Para minimizar o risco de aspiração foi utilizada a intervenção de controle de vias aéreas com as seguintes atividades, posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório, remover secreções estimulando tosse ou aspirando, auscultar sons respiratórios observando áreas de ventilação diminuídas ou ausentes, administrar oxigênio, conforme apropriado e monitorar condição respiratória e a oxigenação (NIC,2010).

6.2.10. Risco de Infecção

O diagnóstico de enfermagem de Risco de infecção, representa o risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. (NANDA, 2013) T

Todos os indivíduos que não estavam em tratamento com antibioticoterapia, apresentavam risco de infecção relacionado ao ambiente, procedimentos invasivos e cirúrgicos.

Os fatores de risco que originaram este diagnóstico foram: defesas primárias inadequadas, procedimentos invasivos, exposição ambiental aumentada a patógenos e desnutrição.

Em estudo realizado em 44 pacientes não estomizados em uma Unidade de terapia intensiva encontrou o diagnóstico de risco de infecção em todos os 44 (100%) prontuários (SALGADO, CHIANCA, 2011).

Como medidas de higiene e segurança preventivas, o enfermeiro deve ensinar o paciente e a família acerca dos sinais de infecção, sobre a importância da higiene e a lavagem das mãos antes e após manipulação do estoma. Como cuidado de prevenção de infecção é importante manter o curativo seco livre de umidade que é um fator predisponente para infecção (SMELTZER et. al., 2011).

Para a proteção contra infecção, a intervenção utilizada para diminuir o risco de ocorrência do diagnóstico, respeitando as atividades mais importantes para este grupo de pacientes, monitorar sinais e sintomas e locais de infecção, examinar a pele e mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem, examinar as condições/ feridas cirúrgicas,

promover ingestão hídrica adequada e repouso conforme apropriado (NIC, 2010). A presença do processo infeccioso prejudica o processo de cicatrização e prolonga a internação (SIMÕES, 2011) e reabilitação do paciente.

6.2.11. Risco de Solidão

O Risco de solidão está intimamente ligado ao distúrbio de autoimagem. Os pacientes com estomas intestinais relataram não se sentirem confortáveis para sair de casa à passeio, após alta hospitalar. Relataram que se saíam apenas para as consultas, isto pelo medo da reação das pessoas e de outros familiares, rejeitando qualquer convívio familiar e social.

Para NANDA (2013) o risco de solidão tem um risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com os outros. O fator de risco encontrado foi o isolamento social.

A família tem um papel fundamental na vida do indivíduo, através dela ele vivencia o processo de ensino, educação e desenvolve suas crenças e valores. Também é sua primeira fonte de socialização, então se o indivíduo está incapacitado ou doente a família também fica. (SMELTZER et. al., 2011)

O profissional também exerce um papel importante no enfrentamento, mas Argigo e Amante (2013) em estudo com 23 profissionais sobre os sentimentos dos profissionais de forma negativa em relação aos estomizados, teve como consequência uma dificuldade maior de enfrentamento pelo estomizado.

A espiritualidade ajuda o indivíduo a descobrir um propósito de vida e a desenvolver um relacionamento com Deus, a fé é base dessa espiritualidade. Um indivíduo espiritualmente sofrido, pode demonstrar desânimo, raiva, medo e questionar o sofrimento. Como sofre um grande impacto físico e psicológico, tem um agravamento emocional, que impede de realizar novos contatos sociais. (SMELTZER et. al., 2011; BATISTA et. al.,2011)

Para atingir resultados favoráveis no enfrentamento situacional foi implementado as atividades de avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações, proporcionar atmosfera de aceitação, encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes, capacidades e discutir alternativas a situação (NIC, 2010)

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo aplicar o processo de enfermagem em indivíduos com estomias gastrointestinais.

O cuidado ao paciente com um estoma é multifacetado e deve ser fundamentado no conhecimento científico, a partir da aplicação do processo de enfermagem. Pode-se concluir que, no setor estudado a maioria dos pacientes com estomias excretórias foi do sexo feminino, a idade média dos pacientes foi de 59 anos, predomínio dos casados e a maioria apresentava ensino fundamental incompleto. Quanto a ocupação predominou o grupo de trabalhadores de serviços, vendedores do comércio e mercados. Quase a totalidade 38 (95%) dos pacientes, contaram com o apoio de pessoas importantes durante o período de internação.

Dentre as estomias excretórias, o diagnóstico médico predominante foi a neoplasia de reto 9 (39,25%), seguidas de outras neoplasias (de pâncreas, estômago e sigmoide) 6 (26,1%) e os demais 4 (17,4%) com abdome agudo obstruído, 2 (8,7%) trauma por arma de fogo, 1 (4,3%) câncer de útero e 1 (4,3%) fístula retovaginal.

Nas estomias alimentares, a maioria (35,3%) tinha neoplasias diversas (câncer de tireoide, neoplasias malignas da laringe e neoplasias da base da língua). Outros pacientes apresentaram câncer de esôfago (29,4%), traumas (17,6%) e ingestão de soda cáustica (11,7%).

A taxonomia da NANDA-I possibilitou o levantamento de 338 diagnósticos de enfermagem ao todo na amostra estudada, com média de 8,45 diagnósticos por paciente.

Destes obteve-se um total de 41 diagnósticos diferentes, que foram relacionados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas, com diagnósticos para as necessidades psicobiológicas e psicossociais. As necessidades psicoespirituais não foram contempladas com diagnósticos.

Os diagnósticos mais frequentes foram: conhecimento deficiente, ansiedade, distúrbio na imagem corporal, dor aguda, integridade tissular prejudicada, mobilidade física prejudicada, padrão de sono prejudicado, risco de aspiração, risco de infecção e risco de solidão.

As intervenções presentes dentre os diagnósticos mais utilizados foram, redução da ansiedade, ensino: processo da doença, ensino: cuidados com estomias, terapia de deglutição, melhora da imagem corporal, controle da dor, cuidados locais com o local da incisão, supervisão da pele, cuidados com lesões, melhora do sono, proteção contra infecção, melhora do enfrentamento e controle de vias aéreas.

E os resultados mais levantados, foram nível de ansiedade, conhecimento: cuidados na doença, conhecimento: cuidado com estomia, estado de deglutição, imagem corporal, controle da dor, eliminação intestinal, integridade tissular: pele e mucosas, sono, conhecimento: controle de infecção, adaptação a deficiência física e controle de riscos.

O referencial teórico de Horta mostrou-se adequado ao grupo de pacientes estudados e exaltou as necessidades individuais. Através desse referencial foi possível realizar o Processo de Enfermagem completo com as taxonomias da NANDA, NOC e NIC.

A partir dos resultados obtidos no estudo reafirma-se a necessidade de maior atenção do enfermeiro aos aspectos que envolvem o cuidado do indivíduo estomizado, principalmente quanto à: necessidade de orientação no perioperatório quanto ao cuidado com o estoma, com os riscos de infecção e aspiração, com os aspectos sociais e interpessoais e com a maneira de lidar com a nova condição de vida. Os objetivos do estudo foram alcançados, e o método utilizado adequado, permitindo conhecer melhor o paciente com estoma gastrointestinal.

O instrumento permitiu uma abordagem do estomizado em pós-operatório mediato. Proporcionou apoio e um atendimento diferenciado por garantir maior proximidade e identificação dos dramas/dificuldades vivenciadas pelo paciente.

O uso das classificações de diagnósticos, resultados e intervenções permitiu um levantamento completo dos cuidados com uma linguagem padronizada.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se a ausência de estudos similares com pacientes com estomas gastrointestinais, que possibilitassem uma discussão maior e a necessidade de mais estudos em diferentes realidades para validar a proposta atual.

Durante a análise de cada caso surgiram algumas dúvidas em relação qual o diagnóstico mais apropriado, mas com a clareza da definição de cada conceito diagnóstico foi possível melhorar o raciocínio para a aplicação do diagnóstico mais apropriado.

Vários estudos fazem o levantamento de diagnósticos em diversas áreas, no entanto, há uma total ausência de pesquisa relacionada aos diagnósticos de enfermagem em indivíduos com estomas gastrointestinais.

Embora não tenha sido objetivo do presente estudo, deve-se destacar que uma das limitações também está no fato de não ter sido feita uma avaliação do cuidado prestado e da satisfação do cliente, embora, indiretamente tenha se observado que houve percepção da pesquisadora de uma melhor relação de satisfação entre profissional e o paciente.

Acredita-se que, com os resultados obtidos neste estudo, os instrumentos aqui utilizados servirão de apoio aos residentes de enfermagem cirúrgica para aplicação do processo de enfermagem nos casos de indivíduos com estomas gastrointestinais.

O processo de realização deste estudo permitiu reflexões sobre a importância de se conhecer a essência do raciocínio clínico e as diferentes habilidades, que envolvem a aplicação do processo de enfermagem.

Como resultado indireto da pesquisa foi criado um ambulatório de atendimento aos pacientes gastrostomizados no local do estudo. Houve necessidade de dar continuidade às orientações e acompanhamento aos pacientes do pós-operatório e assim também se ampliou o atendimento dos pacientes com estomias intestinais.

Espera-se que este estudo possa contribuir com o conhecimento da enfermagem e, em especial, para o processo de implantação da SAE na Instituição onde foi realizado o estudo.

|

8. REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**, 7 ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

Associação brasileira de estomaterapia: estomas, feridas e incontinências. Competências do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET). **Rev. Estima**, 6(1):33-43; 2008.

BANDEIRA, R.C.F. Assistência de enfermagem ao estomizado IN: MATSUBARA M. G. et. al. **Feridas e Estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**, 1 edição, São Paulo: Lemar, 2012.

BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado de enfermagem à pessoa estomizada na perspectiva da complexidade, **Rev RENE**, Fortaleza v.9, n. 2, p. 28-37, abr/jun, 2008.

BATISTA, M.R.F.F. et. al. Autoimagem de clients com colostomia em relação a bolsa coletora. **Rev Bras Enferm**, Brasília, Nov-dez; 64(6): 1043-7, 2011.

BEST, C.; HITCHINGS, H. Day case gastrostomy placement for patients in the community, **British Journal of Community nursing**, vol 15, n. 6, 2010.

BUD, M.B.C.; GARCIA, T.R. Necessidades humanas: do mito a enfermagem atual. IN: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y., **Integridade da atenção no SUS e Sistematização da assistência de Enfermagem**, Porto alegre: Artmed, 2010.

BURCH, J , Nutrition and the ostomate: input,output and absorption. **British journal of community Nursing**. Vol.11 n.0 p.349-351,2006.

BRITO, M.A.G.M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular, mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado, dissertação (mestrado) Goiania, 2007.

CARVALHO, V.M.J.; CARDOSO, J.R.S. Cuidados com dermatites periestomais. IN: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C.T. **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**, 2 edição, São Paulo: Martinari, 2011.

CESARETTI, I. U. R.. Cuidado da pessoa com estoma no pós – operatório tardio, **Rev Estima** vol 6(1): 27-32, 2008.

CESARETTI, I.U.R. et. al. O Cuidado de enfermagem na trajetória do ostomizado: pré, trans e pós- operatórios IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R., **Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CESARETTI, I.U.R.; BORGES, L.L.N.; GRECO, A.P.C. A tecnologia no cuidar de ostomizados:a questão dos dispositivos. IN: V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R., **Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005

Classificação Brasileira de Ocupações : CBO - 2010 - 3a ed. Brasília : MTE, SPPE, 2010.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES (NIC) Rio de janeiro: Elsevier, 2010.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS (NOC) Rio de janeiro: Elsevier, 2010.

COFEN 358/2009 Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.

D`AVILA, C.L.P.; et al; Gastrostomia Endoscópica Percutânea: análise de 31 pacientes do Hospital Governador Celso Ramos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 37(4):57-63,2008.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 -2014/NANDA Internacional; tradução Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed, 2013.

FORET-LALANDE, L.; **Gastrostomias para nutrição enteral**. Editora Lince, 2011.

GARCIA, J.B.S. A dor aguda: um problema desafiador, **Rev Dor**. São Paulo, jul-set; 13(3):163, 2013.

GARCIA, T.R., EGRY, E.R. **Integralidade de atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**, Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M.R. **Diagnósticos, intervenções e intervenções de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

GUIMARÃES, A. S.; APRILLI, F. Indicações dos Estomas intestinais, IN: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: Uma abordagem interdisciplinar**, 1 edição, Uberaba: Editora: Pinti, 1997.

HABR-GAMA, A.; ARAÚJO, S. E. A. Estomas intestinais: Aspectos conceituais e técnicos IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R., **Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

HADDAD, R.Y.; THOMAS, D.R. Enteral nutrition and enteral tube feeding review of the evidence, **clin geriatr med** 18, 2002.

HEY, A. P.; KRAMA, L.. Orientações de alta a Estomizados sob a Ótica da Equipe de Enfermagem, **Rev Estima** vol 10(4) p. 22-29, 2012.

HORTA, WANDA DE AGUIAR. **Processo de Enfermagem**, São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo, 1979.

ITO, E.E. et. al. **Anotação de Enfermagem - Reflexo do cuidado**, São Paulo; Martinari, 2011.

INCA, Estimativa 2014, Disponível em: WWW. Inca.gov.br/estimativa/2014/síntese de reultados. Comentários.asp

JORGE, S.A., DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. Editora Atheneu. São Paulo; 2003.

KAMADA, I. et. al. Conhecimento acerca da estomia intestinal por pacientes acompanhados em um serviço ambulatorial de enfermagem em estomaterapia: estudo qualitativo, **Rev Estima**, vol 9 (4) p. 21-27, 2011.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins fontes, 1987.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**, 2 ed. rev. Ampl. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LINO, A.I.A.; JESUS, C.A.C. Cuidado ao paciente com gastrostomia: uma revisão de literatura, **Rev Estima**, vol 11(3) p.28-34, 2013.

LUZ, M.H.B. et. al., Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um Hospital Público de Teresina – PI, **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p. 140-6, jan/ mar, 2009.

MAURICIO, V.C.; SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.L. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada, **Rev Bras Enferm**, mai-jun; 67(3):415-21, 2014.

MCEWEN, M., & WILLS, E. M., Bases teóricas para Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELLO, G.F.S. et. al., **Gastrostomia endoscópica percutânea ambulatorial em pacientes com câncer de cabeça e pescoço**, v.38, n.2 p 93-97 Abril- Junho, 2009

MENDES, EUGENIO MENDES. **As redes de atenção à saúde Organização Pan - Americana de Saúde**, cap. 2 e 3, 2011.

MENDONÇA, **Formação dos trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica**. 2009

MORAES, J. T.; et. al. Caracterização dos estomizados atendidos pela secretaria municipal de saúde de Divinópolis – MG, **Rev Estima**, vol 7 (3) 2009 p. 31-37

MOURA BC, ROCHA PC. **Atual Política de Recursos Humanos para o sistema Único de Saúde**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luis – MA, 2005.

NAPPI, J.H.G. **Modificação de dispositivo para gastrostomia endoscópica percutânea pela técnica de punção: utilização em pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço tese**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

NASCIMENTO, C. M. S., et. al., Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem, **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.3, p. 357-64, jul/ set, 2011.

NEVES, R. S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da NANDA, dissertação (mestrado) Brasília, 2003.

NOGUEIRA, S. C. J. et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral, **Rev CEFAG** Jan-Fev; 15(1): 94-104, 2013.

NEGREIROS, R. V. et. al. Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem, IN: NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**, 2 Edição, Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

NOBREGA et. al. Estrutura da CIPE, da NANDA, da NIC e da NOC. IN: GARCIA, T.R.,EGRY, E.R. **Integralidade de atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**, Porto Alegre: Artmed, 2010.

NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**, 2 Edição, Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

OLIVEIRA, E.M., COSTA, C.P.M.,MARRONE, F.M.C. Assistência de enfermagem nas gastrostomias. In: MATSUBARA, M.G. et. al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**.1 edição.São Paulo:Lemar; 2012.

PADOVANI, A. R.. **Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA)**, São Paulo, 2010 Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010

PERISSÉ, V.L.C. **O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar**. 2007, Dissertação Niteroi: Universidade Federal Fluminense; 2007

PERUGINI, V.C.; et. al. Processo de viver com estomia: facilidades e limites, **Rev Estima**, vol 4 (1):15-20, 2006.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. Dor no doente com câncer. IN: PIMENTA, C.A.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**, Baurueri, SP: Manole, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTARI FILHO, P.E. Terapia Nutricional e Cirurgia. IN: **Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI)**, organizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Ciclo 3, módulo 4; 2007.p.9-35.

PORTO, C.C. **Semiologia médica**, 6 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

QUEIROGA, R.C., PERNANBUCO, A.P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia* 52(2):173-78, 2006.

REPPETTO, M.A, SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm;** 58(3):325-9,2005.

ROCHA, J.J.R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais, *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1):51-5, 2011.

ROGENSKI, N.M.B.; PAEGLE, L.D. Cuidados com Estomas complicados. IN: SANTOS, V. L. G. S.; CESARETTI, I. U. R.; **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ROMÃO, C.P.C., ALMEIDA, S.B., PONCE DE LEON, C.G.R.M. Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no Domicílio. **REEUNI;** 1(2):18-34, 2008.

ROSENBERGER, L.; et. al. Late accidental dislodment of percutaneous endoscopic gastrostomy tube: an underestimated burden on patients and health care system, **Surg Endosc;** 25:3307-3311, 2011.

SALES,C.A.; et. al. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Rev.Esc.enferm – USP;** 44(1):221-27,. 2010.

SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em unidade de terapia intensiva, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(4), julho, 2011.

SAMPAIO, R. S.; et. al.; A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paul. Enferm;** 24(1):120-6, 2011.

SANTOS, V.L.C.G., A Estomaterapia através dos tempos IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R., **Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005

SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R, RIBEIRO,A. M. Métodos de “controle” intestinal em ostomizados: auto-irrigação e sistema ocluser IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R., **Assistência em estomaterapia: cuidado do ostomizado**, São Paulo: Editora Atheneu, 2005

SCHWRT, M.P. Estomias. IN: SILVA, R.C.L, FIGUEIREDO, N.M.A, MEIRELES, I.B. **Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul – SP: Editora Yendis; p.305-17, 2007.

SILVA AL; SHIMIZU, H. E. **Estomias intestinais: da origem a readaptação**, 1 edição, São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, Rio de janeiro: Editora Senac Rio, 2012.

SILVA, A. C.; SILVA, G. N. S.; CUNHA, R.R. Caracterização de Pessoas Estomizadas atendidas em Consulta de Enfermagem do serviço de Estomaterapia do município de Belém PA, **Rev Estima** vol 10(1): 12-19, 2012.

SILVA, A.L.; SHIMIZU, H. E.; O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva, **Rev Latino – am Enfermagem**; 14(4): 483-90, jul/ago, 2006.

SILVA, E.J.G.D.G.; DIXE, M.A.C.R. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital portugues, **Rev Dor**, oct- dez; 14(4), 2013.

SILVA, K.L.; NOBREGA, M.M.L; FONTES, W. D.; Coleta de dados: primeira fase do processo de enfermagem, IN: NOBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**, 2 Edição, Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009.

SILVA, N.G.; GAMA, F. A.; DUTRA, R.A. Percepção de pacientes com estomia sobre mitos e medos relacionados a esta condição, **Rev Estima** vol 6(1) :22-26, 2008.

SIMÕES, A.S.L. A dor irrupliva na doença oncológica avançada, **Rev Dor**. São Paulo, 12(2):166-71, 2011.

SMELTZER, S.C, et. al, editores. Brunner & Suddarth- **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**, 12^a edição, Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 95 (1 supl. 1): 1-51,2010.

SOUZA, CELINA. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura**. Sociologia, Porto Alegre, v.8, n.16:368-375, 2006.

STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; KIRSCHNER, R.M.. Perfil de pacientes ostomizados, **Scientia Medica**, Porto Alegre, 18(1):26-30, jan/mar, 2008.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem**, 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

TEIXEIRA, ELENALDO CELSO. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR, 2012.

THULER, F. P.; FORONES, N. M.; FERRARI, A. P.; Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico tardio, **Arq. De Gastroenterol.** 43(3), Jul/Set, 2006.

TRUPPER, T; et.al. Sistematização da assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia intensiva, **RevBras Enferm**, Brasília, mar-abr; 62(2):221-7, 2009

VITOR, A.F.; et. al.; A Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery**, 14,p.611-616,2010.

WAITZBER, D.L; CASTRO, M.; MARQUES, P.C. Manuseio da Nutrição, Hidratação e dor pós – operatórias. IN: MANSO, J.E.F.; SILVA, A. O . **Programa de Atualização em Cirurgia** (PROACI), organizado pelo colégio brasileiro de cirurgiões. Porto Alegre: editora Artmed/Panamericana: ciclo 3, módulo 3, p.39-63,2007.

ZITRON, C. Gastrostomias: tipos e indicações. IN: MATSUBARA, M.G, et. Al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**.1 edição.São Paulo:Lemar, p.161-67,2012.

9. ANEXOS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	DADOS SIGNIFICATIVOS
Nome: Data: ____/____/____	
Data de nascimento: Sexo: () Masculino () Feminino Estado civil: Escolaridade: Ocupação:	
Registro clínico: Clínica: Enfermaria: Leito:	
Data da internação: Diagnóstico médico:	
Possui acompanhante: () Sim () Não Grau de parentesco:	
1. Necessidades Psicobiológicas	
1.1 - Oxigenação	
Frequência respiratória: () Eupneico () Dispneico () Taquipneico	
Tórax : () Simétrico () Assimétrico	
Ausculta: () MV+ () MV- () Sibilos () Estertores () Roncos	
Tosse: () Seca () Produtiva () Frequente () Esporádica	
Pressão arterial: _____x_____ mmHg Pulso: ____ bat/min	
Perfusão capilar: () Normal () Lenta	
Pulso: () Presente () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arrítmico	
Rede venosa: () Visível () Flebite	

1.2 - Hidratação e Nutrição	
Abdome: () Globoso () Plano () Flácido () Distendido	
RHA: () Presente () Ausente - () QSD () QID () QSE () QIE	
Ascite: () Presente () Ausente Vomito: () Presente () Ausente	
Gastrostomia: () Sim () Não () Permanente () Temporária	
Sonda utilizada: _____ Dieta: () Gravitacional () Bolus () Contínua	
Velocidade da infusão: () Adequada () Inadequada	
Obs:	
1.3 Eliminação	
() Diurese espontânea () SVD () SVA	
() Hematúria () Piúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Incontinência urinária	
Frequência de evacuações:	
Diarreia: () Presente () Ausente Constipação: () Presente () Ausente	
1.4 Sono e Repouso	
() Preservado () Alterado () Tranquilo () Agitado () Sonolento () Comatoso	
Faz uso de medicação para dormir: () Sim () Não	
Número de horas de sono: _____	
Observação:	
1.5 Locomoção	
Apresenta dificuldade de locomoção () Sim () Não Qual? _____	
Repouso no leito: () Relativo () Absoluto	
Apresenta dor: () Sim () Não Qual a intensidade da dor (1 a 10): _____	
Duração da dor: _____ Posição que alivia a dor: _____	
1.6 Integridade cutâneo-mucosa	
Pele íntegra: () Sim () Não Umidade: () Seca () Normal () Sudoreica	
Coloração: () Normocorada () Hipocorada () Cianótica	
Temperatura: () Normal () Alterada	
Curativo: () semi-oclusivo () oclusivo () odor fétido () hiperemia	
Periodicidade de troca: _____ Data da última troca: _____	
1.7 Complicações do estoma, pele periestomal e cateter	
Apresenta alteração em estoma: () Sim () Não	

() granuloma () saída de efluente () sangramento () estenose () alargamento	
Complicação em pele periestomal: () Sim () Não	
() dermatite de contato () hiperemia () erosão	
Complicação com cateter: () Sim () Não	
() obstrução () acotovelado () saída acidental do cateter () ruptura do balonete	
2 – Necessidades Psicossociais	
2.1 Segurança, Conhecimento e Comunicação	
Tem conhecimento do motivo da internação: () Sim () Não	
É alfabetizado: () Sim () Não Segue o tratamento sugerido: () Sim () Não	
Comunicação verbal: () silêncio () afasia () lesão de corda vocal () traqueostomia	
Comunicação não verbal: () expressão de dor () evita contato ocular () expressão	
tranquila.	
Conhece sobre sua doença: () Sim () Não	
Apresenta dificuldade de aprendizado: () Sim () Não Qual? _____	
A família conhece a doença?: () Sim () Não Participa?: () Sim () Não	
Apresenta dificuldade de interação familiar: () Sim () Não	
2.2 Auto – estima, Auto – realização e Auto – imagem	
Apresenta: () negativismo () positivismo () medo () culpa () tristeza () solidão () ansiedade () segurança	
Aceita imagem corporal: () Sim () Não Apresenta planos pós alta: () Sim () Não	
A doença modificou sua vida: () Sim () Não Obs: _____	
Apresenta motivação para o tratamento: () Sim () Não	
Capacidade para o auto-cuidado: () Sim () Não	
Observação:	
3 – Necessidades Psicoespirituais	
Religião: _____	
Observação:	

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomias: aplicando o processo de enfermagem.

O nosso objetivo é realizar a aplicação do processo de enfermagem em indivíduos com estomias gastrointestinais.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de sessões onde ocorrerão uma entrevista (uma conversa sobre sua história acerca da doença) e um exame físico (uma avaliação das partes do corpo usando as mãos e o aparelho de auscultar sons e medir a pressão arterial – estetoscópio e esfigmomanômetro), não sendo empregados outros métodos alternativos (diferentes destes). Durante a entrevista e o exame físico serão feitas anotações (registros) para coleta de dados do estudo. Não será aplicado nenhum teste ou procedimento invasivo, sendo solicitado apenas que o senhor(a) responda às solicitações durante os encontros. A atuação para dispensar os cuidados de enfermagem necessários após avaliação será em comum acordo com o participante da pesquisa. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para os encontros, sendo em geral, em torno de uma hora. Será respeitado o tempo de cada um para a participação. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Cirurgia Geral, Hospital de base e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Enf (a) Alexandra Lino, na instituição Hospital de Base de Brasília telefone: 8164 9675, no horário: 07 às 13h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomias: aplicando o processo de enfermagem.

Pesquisador: Alexandra Isabel de Amorim Lino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15081813.0.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.309

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Estoma tem origem da palavra grega stoma, que significa abertura ou boca. Pode ser temporário ou permanente. (STUMM, 2008) No trato gastrointestinal podemos destacar os seguintes tipos de estomias: gastrostomia, jejunostomia, ileostomia e colostomia. O aumento da incidência de gastrostomias e jejunostomias tem relação direta com o crescimento das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer e a neoplasia esofágica é uma das mais comuns, estando entre as 10 primeiras. Sua prevalência é superior em homens acima de 60 anos, diretamente relacionado ao tabagismo e etilismo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Aplicar o processo de enfermagem em indivíduos com estomias gastrointestinais.

Objetivo Específicos:

- Identificar o perfil dos indivíduos estudados no que se refere aos aspectos sócio-demográficos e clínicos;
- Identificar o perfil diagnóstico da amostra estudada, conforme a classificação da Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I;
- Relacionar os diagnósticos de enfermagem aos domínios e classes da atual Taxonomia II da

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 313.309

NANDA-I;

- Planejar a assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos identificados, de acordo com as Classificações de Intervenções (NIC) e Resultados (NOC);
- Propor instrumentos de registro das etapas do processo de enfermagem para o atendimento à clientela;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Discutidos na resposta a pendências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de caráter exploratório e transversal. O local de estudo será o Hospital de Base do Distrito Federal, na Unidade de Cirurgia Geral, com pacientes internados submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal, que originam estomas temporários ou permanentes. A amostra será constituída por conveniência, ou seja, não-aleatória, dos pacientes internados na referida unidade, durante um período mínimo de observação de quatro meses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pelo diretor do HBDF
- Termo de concordância assinado pelo diretor do HBDF, e chefe da clínica cirúrgica
- Cronograma e planilha de orçamento apresentados
- Currículos e TCLE devidamente apresentados.

Recomendações:

O parecer anterior deste colegiado nominou o projeto com as seguintes pendências:

- Apresentar os riscos do estudo, tendo em vista que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos mesmo que mínimos.
- Apresentar o tamanho amostral estimado do estudo.
- Apresentar os critérios de exclusão de pacientes neste estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas pelo pesquisador.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 313.309

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br

