http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude
ISSN on-line1984-7513
DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v21i0.59744

RELATO DE EXPERIÊNCIA

INSTRUMENTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA À PESSOA COM ESTOMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosaura Soares Paczek*
Thiago Kroth de Oliveira**
Luisa Zadra Passberg***
Ana Karina Silva da Rocha Tanaka****
Letice Dalla Lana*****

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência sobre a elaboração de um instrumento implementado na consulta de Enfermagem a pacientes com estomia. **Material e método:** relato de experiência vivenciado por enfermeiros, acadêmicos de Enfermagem e professores, em um centro de referência em estomaterapia do Sul do Brasil, realizado por meio de encontros presenciais com busca de instrumentos padronizados em outros serviços, aprofundamento teórico sobre possíveis diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem à pessoa com estomia, socialização com a equipe de Enfermagem sobre o instrumento e a relevância dele na prática clínica. **Resultados e discussão:** a utilização de um instrumento demanda a articulação teórica versus a prática, bem como a compreensão das particularidades advindas do paciente com estomia. A aplicabilidade do instrumento reforçou a importância do conhecimento, habilidade e atitude em coletar dados, realizar anamnese e exame físico, elencar possíveis diagnósticos de Enfermagem associando resultados e prevendo intervenções de Enfermagem junto ao paciente. **Conclusões:** o instrumento implementado mostrou-se apropriado para a consulta de Enfermagem, pois resultou em melhoria na abordagem ao estomizado, além de permitir uma coleta de dados completa, direcionada e organizada, que colabora para um melhor conhecimento do paciente, criação de vínculo e identificação dos problemas, possibilitando a definição do diagnóstico de Enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem no consultório.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro estomaterapeuta dedica-se a aprimorar e a utilizar seus conhecimentos técnico-científicos para, por meio do Processo de Enfermagem (PE), prestar atendimento qualificado, que permita realizar o diagnóstico e o planejamento das ações de Enfermagem, além de acompanhar e avaliar a evolução do paciente[1]. A legislação instituída pelas entidades de classe evidencia a importância do PE para a profissão. Assim, obteve-se a primeira legislação sobre a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pela Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina a implementação da SAE em toda instituição de saúde, pública e privada[2].

O COFEN, por meio da Resolução nº 358/2009, normatiza a implementação do PE em todos os ambientes públicos e privados que realizam cuidados de Enfermagem, onde o enfermeiro deve executar e avaliar o PE, visto que, comumente, se tem deparado com profissionais que julgam o PE ser diferente da Consulta de Enfermagem[1,3,4].

Em Serviços de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento inicia-se com o cadastro do paciente estomizado, visando ao recebimento de equipamentos coletores e materiais adjuvantes, sendo também agendada a primeira consulta do usuário para a avaliação com o enfermeiro estomaterapeuta. Nesse sentido, a elaboração de instrumentos para utilizar nas consultas de Enfermagem facilita a coleta de dados, permitindo, ao enfermeiro, identificar problemas e necessidades, determinar diagnósticos, planejar, implementar e avaliar a

*Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. Email: rspaczek@gmail.com.ORCIDiD: https://orcid.org/0000-0002-4397-1814.
**Enfermeiro, Unidade Básica Diretor Pestana. Porto Alegre, RS, Brasil, Brasil. Email:thiagokroth@gmail.com. ORCID iD: https://orcid.org/0000-0002-7930-815X.
***Enfermeira, Porto Alegre, RS, Brasil. Email: luisapassberg@hotmail.com.ORCIDiD: https://orcid.org/0000-0002-8934-834X.
****Doutora, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Email: anakarinatanaka@gmail.com. ORCID iD: https://orcid.org/0000-0003-2488-3656.
*****Doutora . Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana. RS. Brasil. Email:letice.lana@gmail.com. ORCID iD: https://orcid.org/0000-0002-9624-8152.

sua assistência[5-7].

Estomizado é o indivíduo que passou por uma intervenção cirúrgica por meio da qual foi realizada uma pequena abertura em determinada parte do corpo, permitindo a comunicação desta com o meio exterior. Tal procedimento é feito com o objetivo de desviar o trajeto de eliminação de produtos, como fezes, urina, entre outros, podendo ser temporário ou definitivo[5]. O estomizado, muitas vezes, precisa de um período de adaptação à sua condição, pois a presença de um estoma resulta em mudanças físicas, podendo também causar alterações psicológicas e de imagem corporal. Tal indivíduo precisa incorporar, à sua vida, novas rotinas diárias, que incluam a realização do autocuidado e a manutenção de suas atividades profissionais, sociais e interpessoais[5,8]. Nesse sentido, é imprescindível o acompanhamento sistematizado e qualificado pelos profissionais da saúde, sempre que possível, de maneira multiprofissional.

A participação do enfermeiro na elaboração do planejamento da assistência para a prevenção de complicações é essencial na realização de orientações adequadas, auxiliando a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida do estomizado. Com o PE, o cuidado de Enfermagem é baseado nas respostas do cliente, na forma como ele reage aos problemas de saúde, ao tratamento e às mudanças na vida diária, assegurando que as intervenções sejam elaboradas para o cliente e não para a doença[3,5].

O PE é um instrumento metodológico utilizado para as ações do cuidado pelo enfermeiro, o qual verifica os problemas e as necessidades, planeja, implementa as ações e avalia os resultados. Assim, o PE possibilita a aproximação do enfermeiro com a pessoa na realização do cuidado, resgatando ideias propostas por Florence Nightingale, em que o cuidado ganhou especificidade na divisão do trabalho, sendo reconhecido como atividade necessária e útil para a sociedade e que, para seu exercício, eram necessários formação especial e conhecimentos que fundamentam o agir profissional[1]. Surgiu, assim, a luta da Enfermagem pela sua própria melhoria e pelo seu reconhecimento como processo científico[4].

Tal processo envolve uma sequência de etapas específicas de forma a considerar as singularidades de cada indivíduo: obtenção de informações (coleta de dados/histórico de Enfermagem); diagnóstico de Enfermagem; planejamento, estabelecendo prioridades e metas; intervenção, ou seja, a implementação do que foi planejado e, finalmente, a avaliação, que constitui a etapa de checagem do que foi obtido frente às metas almejadas. Devem ser organizados condições e recursos materiais e humanos com competência técnico-legal para a sua implementação[2].

O atendimento de saúde é realizado por diversos profissionais, sendo que os médicos utilizam a taxonomia da Classificação Internacional de Doenças (CID) e os psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental utilizam o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). A Enfermagem possui diversos sistemas de classificação, sendo o mais utilizado a taxonomia de diagnósticos de Enfermagem da NANDA *International* Inc. (NANDA-I), que possui 244 diagnósticos de Enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes[9]. Sabe-se que o diagnóstico de Enfermagem faz parte da avaliação clínica do enfermeiro, sendo elencado a partir das respostas do indivíduo, família ou comunidade em relação aos problemas ou potenciais riscos à saúde desses[10].

O PE é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam à assistência ao ser humano. É um instrumento tecnológico, que favorece e organiza as condições para a realização do cuidado e para documentar a prática profissional, e pode ser considerado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático das ações de Enfermagem[3,5].

A SAE é um termo distinto de PE e, embora sejam utilizados frequentemente como sinônimos, a SAE compreende o PE e este representa a operacionalização do cuidado a partir da aplicação de etapas sistematizadas. Diante do conceito de SAE, articula-se o conceito de PE, ou seja, implementar a SAE não significa dizer que tudo está sendo imediatamente organizado para que as etapas do PE ocorram de forma mais fluida.

A elaboração de um instrumento para utilizar na consulta de Enfermagem facilita, agiliza e permite que os dados sejam coletados, pois a

maioria dos dados serve para assinalar no instrumento, o que diminui o tempo de preenchimento dele, outorgando ao enfermeiro: identificar problemas; determinar diagnósticos; planejar e implementar a sua assistência. Estes dados são coletados durante a entrevista, exame físico e revisão do prontuário[11].

A ausência de um instrumento para auxiliar a implementação do PE no ambulatório fundamenta a construção, a validação e a implementação do instrumento no serviço. Desse modo, este estudo justifica-se pela vivência dos autores na elaboração, validação e implementação de um instrumento para auxiliar o PE em um serviço. Enfatiza-se este estudo, pois a elaboração de um instrumento utilizado na consulta de Enfermagem de pacientes com estomias pode facilitar a coleta de dados, permitindo, ao enfermeiro, identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência e, principalmente, primar pela qualidade da gestão do cuidado.

Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência sobre a elaboração de um instrumento implementado na consulta de Enfermagem a pacientes com estomia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, sobre a elaboração de um instrumento para auxiliar a implementação do PE durante a consulta de Enfermagem em um Serviço de Referência aos estomizados do SUS no Sul do Brasil. Este serviço, especializado no atendimento a pessoas com estomias, possui 617 cadastrados que recebem, mensalmente, equipamentos coletores e adjuvantes, obtendo, em média, 100 consultas de Enfermagem ao mês. O quadro de funcionários inclui enfermeira estomaterapeuta, médico coloproctologista, nutricionista, auxiliares de Enfermagem e servidor administrativo. Foram escolhidos itens a serem preenchidos, pelo enfermeiro, durante a primeira consulta do estomizado. Tal instrumento foi aplicado pela enfermeira juntamente com dois acadêmicos, três professores e um residente de Saúde Coletiva de Enfermagem para a totalidade dos pacientes atendidos na primeira consulta de Enfermagem no serviço do estudo, realizado entre 2017 e 2018.

A construção inicial do instrumento deu-se em 2017 a partir das demandas do serviço para a adequação da consulta de Enfermagem para a implementação do PE. Destaca-se que, anteriormente, durante a consulta de Enfermagem, era realizada uma descrição da história do paciente no prontuário, conduzindo a não conformidades como a morosidade e a coleta de dados incompleta. Com a elaboração do instrumento, esta etapa foi facilitada, possuindo espaços para assinalar informações, como dados de identificação, dados clínicos, breve história do paciente, exame físico com características do estoma, dados adicionais, diagnóstico médico, tratamento realizado, observações e resultados esperados.

O primeiro esboço do instrumento foi obtido por meio de discussões presenciais entre a enfermeira e os docentes e discentes do curso de Enfermagem com o intuito de extrair os principais motivos de procura no serviço, dados de identificação, dados clínicos, dados adicionais, dados sobre o estoma, diagnóstico, tratamento e resultados. O segundo momento transcorreu pela busca de instrumentos padronizados na prática clínica e evidências científicas, os quais poderiam subsidiar a elaboração do instrumento.

As evidências científicas incluídas contemplaram os instrumentos padronizados em instituições de referência a pacientes estomizados e diferentes referenciais teóricos com a Teoria das Necessidades Humanas, conforme adaptada para a Enfermagem por Wanda Horta, visando à maior abrangência do instrumento quanto às necessidades de saúde da pessoa inserida em um contexto de vida e saúde. A coleta de dados em diferentes instrumentos determinou diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem amplamente utilizados entre os pacientes com estoma[12].

Destaca-se que foram padronizados os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, resultados da NOC e intervenções da NIC, tendo em vista a visibilidade destes no contexto de saúde do serviço, local do estudo. Além disso, na busca por referências teóricas, evidenciou-se um acentuado número de publicações subsidiadas pela Classificação NNN[13,14].

O primeiro instrumento foi confeccionado

pelos autores e repassado à enfermeira do serviço. Após 15 dias, a enfermeira retornou com sugestões de melhorias como a inclusão de um espaço para observações, crença/religião, alimentação e hidratação, diagnósticos, tratamentos e resultados. Contudo, destaca-se que este instrumento sofreu constantes adequações em seu *layout* à medida que foi aplicado entre os anos de 2017 e 2018.

O PE deve ser realizado formalmente, organizando-se em cinco etapas, que estão inter-relacionadas, são interdependentes e recorrentes, em que há a coleta de dados, o diagnóstico de Enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação de Enfermagem. Já a coleta de dados ou o Histórico de Enfermagem pode ser realizado com o auxílio de métodos e técnicas variados com a finalidade de obter as informações sobre a pessoa no processo de saúde e doença [3].

Posteriormente, o instrumento foi reimpresso e ofertado a dois enfermeiros de outros serviços de saúde que atendem pacientes com estomia na cidade, sendo que a sua versão final foi validada por dois *experts* na área de Enfermagem em estomaterapia. O instrumento elaborado propõe-se a auxiliar a consulta de Enfermagem, favorecendo a coleta de dados, o que contribui para um melhor planejamento de cuidados, levando à promoção da saúde e recuperação do paciente. Mais precisamente, a utilização do instrumento permite implementar o PE na consulta de Enfermagem ao paciente com estoma.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da Lei nº 9.610/98 no intuito de preservar e respeitar as ideias, os conceitos e as definições dos autores das produções analisadas e que embasaram a construção do instrumento[15].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

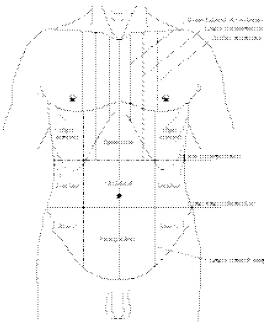
O instrumento (Figura 1) foi construído pelos autores frente à necessidade de ter um roteiro para realizar a consulta de Enfermagem que contemplasse todas as informações necessárias, sendo de fácil preenchimento. Após sua testagem pelos próprios autores, por um período de 30 dias, ele foi avaliado e realizaram-se alguns ajustes. O instrumento aborda dados de identificação, clínicos e cirúrgicos, história pregressa, doenças preexistentes, hábitos de vida, como alimentação e hidratação, aceitação ou não da atual condição, tipo de equipamento utilizado e quem realiza a troca do equipamento, se possui auxílio de alguém para o enfrentamento da situação, além de dados do exame físico direcionado. Tais informações foram coletadas na revisão do plano de alta hospitalar e durante a anamnese e o exame físico realizados na consulta. No formulário, há também espaço específico para selecionar os diagnósticos de Enfermagem identificados e o planejamento de ações a serem realizadas.

Destaca-se que os diagnósticos, os resultados e as intervenções de Enfermagem foram incluídos a partir dos materiais utilizados na elaboração do instrumento e conforme as demandas levantadas pelo serviço e/ou pela enfermeira durante a prática clínica. Destaca-se que as intervenções estão em consonância com aquelas contidas na Estomaterapia da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), que segue o *Nursing Interventions Classification* (NIC). Os diagnósticos de Enfermagem foram extraídos da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2015) com base nos sinais e sintomas identificados nos pacientes, enquanto os resultados foram extraídos do *Nursing Outcomes Classification* (NOC)[16].

Os dados que compõem o formulário foram discutidos entre os autores em diferentes momentos, e alterações foram realizadas até se chegar ao formulário proposto. Este, por sua vez, foi analisado por três enfermeiras estomaterapeutas, que atendem pacientes estomizados em outros serviços de saúde, sendo considerado aplicável na prática clínica pelos três profissionais.

Com a utilização do instrumento, as autoras observaram uma melhoria na abordagem ao paciente estomizado, pois a aplicação dele permitiu uma coleta de dados completa, direcionada e organizada, que colaborou para um melhor conhecimento do paciente e a identificação dos problemas, possibilitando melhores embasamentos para a definição do diagnóstico de Enfermagem e o planejamento dos cuidados para posterior implementação e avaliação dos resultados alcançados. Também se verificou maior satisfação do enfermeiro com o cuidado prestado, o qual ficou mais próximo do cuidado, o que fora sempre desejado.

PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA PRIMEIRA CONSULTA DE ESTOMIZADOS
Prontuário: _____ Data da Consulta: _____ Cartão SUS: _____
1. Dados de Identificação:
Nome: _____ DN: _____
Fone: _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Profissão/ocupação: _____ Crença/religião: _____
Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo
2. Dados Clínicos:
Data cirurgia: _____ Hospital: _____ ( ) Eletiva ( ) Urgência
Médico: _____ Diagnóstico: _____ ( ) Temporário ( ) Definitivo
Doenças correlacionadas: ( ) DM ( ) HAS ( ) Cardiopatia ( ) Nefropatia ( ) Neurológica ( ) HIV
( ) HCV ( ) Outras: _____
Alimentação: ( ) Normal ( ) Restrições. Quais: _____
Hidratação: ( ) Normal ( ) Restrições. Quais: _____
Alergias: _____ Perda de peso: ( ) Sim ( ) Não. Quanto:_____
Tabagismo ( ) Sim ( ) Não. Obs.:_____ Etilismo ( ) Sim ( ) Não Obs.: _____
História:_____
_____
_____
_____
3. Estoma:
( ) Colostomia
( ) Ileostomia
( ) Urostomia
( ) Outro _____
Diâmetro: _____
Condições estoma:
( ) Normal ( ) Prolapso ( ) Plano ( ) Retraído ( ) Descolamento mucocutâneo
( ) Pouco protruso Obs.: _____
Estoma ( ) Em alça ( ) Terminal ( ) Duas bocas
Pele periostomal: ( ) Íntegra ( ) Dermatite Obs.: _____
Efluente: ( ) Líquido ( ) Semilíquido ( ) Pastoso ( ) Semipastoso Obs.: _____
Abdome: ( ) Plano ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Doloroso ( ) Outro: _____



4. Dados Adicionais:
Troca bolsa: ( ) Sozinho ( ) Com auxílio ( ) Cuidador
Tratamento adjuvante: ( ) QT RDT ( ) Obs.: _____
Mobilidade: ( ) Deambula ( ) Deambula com auxílio ( ) Não deambula Obs.: _____
Atitude perante situação atual: ( ) Medo ( ) Insegurança ( ) Aceitação ( ) Revolta ( )
Outros:_____
Como a família encara a situação atual: _____
Faz uso de irrigação: ( ) Sim ( ) Não Obs.: _____
5. Diagnóstico de Enfermagem:
( ) Risco de infecção
( ) Incontinência intestinal
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de volume de líquidos deficiente
( ) Integridade tissular prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de baixa autoestima situacional
( ) Risco de desequilíbrio eletrolítico
( ) Controle ineficaz do regime terapêutico
( ) Manutenção ineficaz da saúde – enfrentamento individual ineficaz
5. Tratamento realizado:
( ) Avaliar as condições da pele periostomia, a estomia e a presença de complicações
( ) Reforçar orientações
( ) Encaminhamento para outro profissional
( ) Estimular e auxiliar o retorno à participação social, associação de pessoas com estomia ou grupos de autoajuda
( ) Prescrever equipamentos e tratamentos de estomaterapia quando houver a presença de complicações
( ) Fazer capacitação para a autoirrigação e o uso do equipamento oclusor
( ) Oferecer informações ao paciente sobre a sua condição
( ) Discutir mudanças no modo de vida
( ) Orientar o paciente sobre os sinais e sintomas que devem ser relatados ao provedor de cuidados
( ) Discutir o processo de mudança de comportamento com o paciente e o familiar
( ) Promover o envolvimento do familiar na modificação dos hábitos
( ) Manter o reforço durante um período mais longo – contato pessoal
Obs.: _____
_____
6. Resultados esperados:
( ) Controle de riscos
( ) Autocuidado: higiene, conhecimento, procedimento do tratamento
( ) Adaptação à deficiência física
( ) Adaptação psicossocial à mudança de vida
( ) Detecção e controle de riscos
( ) Equilíbrio hídrico/hidratação
( ) Integridade tissular: pele e mucosas
( ) Autocuidado da estomia
( ) Adquirir mecanismos de enfrentamento
( ) Conhecimento do regime de tratamento
( ) Comportamento de tratamento: doença ou lesão

Enfermeira: _____COREN:_____

Figura 1. Processo de Enfermagem para registro da primeira consulta de estomizados.

Estudos mencionaram dificuldades encontradas para a implementação do PE em serviços de saúde, tendo em vista que o seu sucesso, muitas vezes, decorre da adoção de um processo de trabalho, que redefine papéis dos atores envolvidos, delimita atividades, exige conhecimentos científicos específicos e reformulações dos serviços[14-18]. Outro estudo sustentou que as fragilidades na aplicação do PE têm relação com a deficiência do dimensionamento de pessoal, ausência de um sistema de informação, inexistência de insumos e desconhecimento dos profissionais sobre o PE[19].

Porém, pode-se apontar este estudo como uma iniciativa bem-sucedida de implementação do PE, que buscou criar condições de organização do serviço em questão para efetivá-lo a fim de prestar atendimento digno, competente e resolutivo com base nas necessidades apresentadas por cada indivíduo.

Possibilita-se, assim, uma aproximação do enfermeiro com o cliente na realização do cuidado, sendo reconhecido como atividade imprescindível e benéfica para a sociedade e que, para o seu exercício, são indispensáveis uma formação especial e conhecimentos que fundamentam o agir profissional[1]. Surgiu, assim, a luta da Enfermagem pela sua própria melhoria e pelo seu reconhecimento como processo científico[2].

A elaboração e o aperfeiçoamento do instrumento na prática clínica dos autores propiciaram uma melhor abordagem ao paciente, com uma coleta de dados mais completa, mais rápida e mais objetiva pelo enfermeiro, mediante a identificação dos problemas e dos potenciais riscos à saúde da pessoa com estomia, assim como o planejamento de cuidados.

Vale destacar que a inclusão da academia no serviço de saúde potencializou a aplicação do instrumento, bem como viabilizou a reestruturação do PE no contexto de saúde da população atendida. Desse modo, pode-se inferir que a participação política dos docentes junto aos graduandos e pós-graduandos foi fundamental para o êxito da implantação do PE como evidenciado em outras realidades[20].

A utilização da Teoria de Wanda Horta teve maior relevância nas etapas de reestruturação do instrumento após a devolutiva dos dois enfermeiros de outros serviços de saúde, que atendem os pacientes com estomias na cidade. O retorno destes demonstrou que os autores não haviam atendido às necessidades de saúde de modo individual e humanizado. Já os enfermeiros apontaram especificações em saúde ao paciente estomizado que somente na prática podem ser visualizadas, mas que estão inseridas no contexto da teorista. Desse modo, observa-se a relevância de incluir teorias que sustentam a elaboração e a validação de instrumentos assistenciais à saúde da população.

Como limitação deste estudo, trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação de um instrumento elaborado e implementado em um único serviço de estomaterapia, necessitando, portanto, de aplicação em outros centros de atendimento à pessoa com estomia para uma melhor avaliação.

CONCLUSÃO

A experiência de elaborar um instrumento a ser implementado nas consultas de Enfermagem a pacientes com estomia tornou-se ferramenta fundamental para operacionalizar o PE. A elaboração do instrumento a partir de evidências científicas e, posteriormente, sua avaliação pela enfermeira na prática clínica permitiram incluir elementos essenciais para o avanço da prática clínica de Enfermagem.

A partir do que foi constatado e analisado, o instrumento serviu como guia para o enfermeiro, evitando que algum dado importante ficasse sem ser coletado, tornando a prática profissional mais segura para a realização dos cuidados individuais necessários identificados, tratamentos a serem executados e resultados esperados. Consequentemente, o instrumento aperfeiçoa e qualifica a assistência, tornando a prática profissional mais benéfica e segura.

A implantação do instrumento nas consultas de Enfermagem permitiu uma coleta de dados sistematizada, que conduz ao levantamento apurado sobre as necessidades do paciente e à definição dos diagnósticos, constituindo uma base para a seleção das intervenções com as quais se projetam os resultados esperados. Assim, pode-se garantir um respaldo legal do atendimento prestado pelo enfermeiro, conduzindo à continuidade do cuidado integral e humanizado.

Tais constatações reforçam a necessidade de utilizar propostas de instrumentos como a deste estudo na rotina assistencial dos enfermeiros dos mais variados locais de assistência à saúde, para que eles possam contribuir na orientação e qualificação do cuidado de Enfermagem, melhorando a situação de saúde da população atendida, estimulando o autocuidado, levando o paciente a uma melhor qualidade de vida, enfim, harmonizando a ciência e a prática nos locais de trabalho.

INSTRUMENT FOR IMPLEMENTING THE NURSING PROCESS DURING OSTOMATE CONSULTATION: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

Objective: to report the experience on the development of an instrument implemented in the Nursing consultation with ostomate patients. **Material and method:** an experience report by nurses, nursing students, and professors, at a stomal therapy reference center in the South of Brazil, carried out through face-to-face meetings, with the search for instruments standardized in other services, theoretical deepening on possible diagnoses, interventions, and outcomes of Nursing to the person with ostomy; socialization with the Nursing team on the instrument and its relevance in clinical practice. **Results and discussion:** the use of an instrument demands the articulation of theory versus practice, as well as the understanding of particularities arising from the ostomy patient. The applicability of the instrument reinforced the importance of knowledge, skill, and attitude in collecting data, performing anamnesis, and physical examination, listing possible nursing diagnoses, associating results, and predicting nursing interventions with the patient. **Conclusions:** the implemented instrument proved to be appropriate for the nursing consultation as it resulted in an improved approach to the ostomy, in addition to allowing for a complete, targeted, and organized data collection, which allows for a better familiarity with the patient, the creation of a bond, and the identification of problems, thus facilitating the definition of nursing diagnoses, planning, implementation, and evaluation of care.

Keywords: Nursing processes. Nursing care. Office nursing.

INSTRUMENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO EN LACONSULTA DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON OSTOMÍA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN

Objetivo: relatar la experiencia sobre la elaboración de un instrumento implementado en la consulta de Enfermería a pacientes con ostomía. **Material y método**: relato de experiencia vivido por enfermeros, académicos de Enfermería y profesores, en un centro de referencia en estomaterapia del Sur de Brasil, realizado por medio de encuentros presenciales con búsqueda de instrumentos estandarizados en otros servicios, profundización teórica sobre posibles diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería a la persona con ostomía, socialización con el equipo de Enfermería sobre el instrumento y la relevancia de él en la práctica clínica. **Resultados y discusión**: la utilización de un instrumento demanda la articulación teórica versus la práctica, así como la comprensión de las particularidades provenientes del paciente con ostomía. La aplicabilidad del instrumento reforzó la importancia del conocimiento, la habilidad y actitud en recolectar datos, realizar anamnesis y examen físico, enumerar posibles diagnósticos de Enfermería asociando resultados y previendo intervenciones de Enfermería junto al paciente. **Conclusiones**: el instrumento implementado se mostró apropiado para la consulta de Enfermería, pues resultó en mejoría en el abordaje al ostomizado, además de permitir una recolección de datos completa, dirigida y organizada, que colabora para un mejor conocimiento del paciente, creación de vínculo e identificación de los problemas, posibilitando la definición del diagnóstico de Enfermería, la planificación, la implementación y la evaluación de los cuidados.

Palabras clave: Procesos de Enfermería. Cuidados de Enfermería. Enfermería en el consultorio.

REFERÊNCIAS

1. Santos GL, Santana RF, Sousa AR, Valadares GV. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. Enferm Foco. 2021;12(1):168-73. Doi: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3993

2. Santos GLA, Souza AR, Félix NDC, Cavalcante LB, Valadares GV. Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. Rev. esc. enferm. USP. 2021; 55. Doi: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023003766.

3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2020 Aug 10]. Availablefrom: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

4. Souza GB, Santiago AXS, Santos OP, Pereira BA, Caetano SRS, Santos CC. Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem: conhecimento de graduandos. Braz J Hea Rev. 2020 Feb; 3(1): 1250-71. Doi: 10.34119/bjhrv3n1-097

5. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no cuidado às pessoas

com estomia de eliminação intestinal. Rev Estima. 2018 ;16, e2218. DOI:10.30886/estima.v16.518_PT

6. Oliveira PBA, Cascimiro TR, Andrade CCD, Rocha RLP. Mapeamento cruzado dos diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva cardiovascular, na perspectiva de Callista Roy. Enferm Foco. 2021;12(5):998-1004. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4662/1268

7. Vale DL, Freire VECS, Pereira LFB. Nursingconsultation in peoplewithtuberculosis: proposalofaninstrument. CiêncCuid Saúde. 2020 Oct; 19:e50102. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50102

8. Gontijo TG, Borges EL, Ferraz AF, Pires Júnior JF, Spira JAO. Professional activity stomatherapists graduated from the Federal Universityof Minas Gerais. Estima, Braz JEnterostomalTher. 2019 Aug; 17:01-11. Doi: 10.30886/estima.v17.686_PT

9. Herdman TH, Kamitsuru. editors. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme; 2018.

10. Lima CMF, Cruz ICF. Nursingevidence-basedinterprofessionalpracticeguidelinesfor self-care déficit dressing in ICU: SystematicLiteratureReview. J Spec Nurs Care[Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 16]; 11(1):1. Availablefrom: http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3130/790

11. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Nursingprocess: systematizationofthenursingcareinstrument in theperceptionof nurses. J Res FundamCare online. 2016 July/Sept; 8(3):4780-8. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788

12. Tolentino GS, Bettencourt ARC, Fonseca SM. Constructionandvalidationofaninstrument for nursingconsultation in outpatientchemotherapy. RevBrasEnferm. 2018 Feb/July; 72(2):391-9. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0031

13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. 7th ed. Rio de Janeiro: Gen/Guanabara Koogan; 2020.

QualityofthedocumentationoftheNursingprocess in clinicaldecisionsupport system. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3426. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426.

15. Treviso P, Peres SC, Silva AD, Santos AA. Nursingskills in care management. RevAdm Saúde. 2017Dec; 17(69):01-15. Doi: 10.23973/ras.69.59

16. Paula MAB, Thuler SR, Silveira NI, Azevedo GR. Intervenções nas Áreas de Abrangência da Estomaterapia.2016.Lorena : CCTA. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/PDF_INTERVENCOES.pdf. Acesso em 17 fev de 2022.

17. Neves RDS, Melo FS, Marques ML de A. Implementação do processo de enfermagem entre estudantes de Enfermagem em uma Unidade de Internação Cirúrgica. Enfermagem em Foco 2020;11. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3834.

18. Barreto MS, Prado E, Lucena ACRM, Rissardo RK, Furlan MCR, Marcon SS. Nursingcaresystematization: the nursing practice of small-sized hospital. EscAnna NeryRevEnferm. 2020 Jan/Apr; 24(4):e20200005. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN 2020-0005

19. Ribeiro RV, Fausto FN, Benites PT, Corona ARP, Silva VR. Actionresearch in thereconstructionof nurses' knowledgeofthenursingprocess in the hospital area. New Trends in QualitativeResearch. 2020 Aug; 3:423-36. Doi: 10.36367/ntqr.3.2020.423-436

20. Benedet SA, Padilha MI, Gelbke FL, Bellaguarda MLR. The modelprofessionalismin the implementation of the Nursing Process (1979-2004). RevBrasEnferm. 2018 July/Aug; 71(4):1907-14. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0226

Endereço para correspondência: Rosaura Soares Paczek. Rua Dona Paulina, 35/301, Bairro Tristeza, Porto Alegre, RS, CEP 91920-030. Email: rspaczek@gmail.com.

Data de recebimento: 30/07/2021
Data de aprovação: 01/05/2022