

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM PÊNFIGO FOLIÁCEO ENDÊMICO

NURSING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH ENDEMIC PEMPHIGUS FOLIACEUS

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA SILVA*

Mestre em Psicologia – Universidade Católica Dom Bosco – 2013, Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista Paranaense – 2009, docente da Faculdade Adventista Paranaense para os cursos de Enfermagem e Administração.

* Gleba Paiçandu, Lote 80, Instituto Adventista Paranaense, Zona Rural, Ivatuba, Paraná, CEP: 87130-000. Brasil. Telefone: (44) 33368000. Ramal: 8060. diegosilva.alexandre@gmail.com.

Recebido em 22/10/2013. Aceito para publicação em 13/11/2013

RESUMO

O diagnóstico de enfermagem é parte integrante da sistematização da assistência de enfermagem, e há necessidade de que o hábito de diagnosticar seja inerente ao saber acadêmico e profissional. Este estudo é de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa, e tem como objetivos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com Pênfigo Foliáceo Endêmico. A coleta de dados foi realizada em um centro de referência nacional para tratamento de Pênfigo. Os dados foram coletados de maneira sistemática para determinação do estado de saúde atual e passado do paciente, fazendo uso dos seguintes métodos: entrevista dirigida com questões objetivas e subjetivas, subdivididas segundo as classes diagnósticas descritas por Lynda Juall Carpenito-Moyet, e diários de campo com relatos de experiências de vida discutidas em grupo. Com o auxílio destes instrumentos, obteve-se uma primeira e instigante compreensão da natureza dinâmica da realidade de vida em pacientes com Pênfigo. Nota-se que as necessidades básicas afetadas encontram-se predominantemente no âmbito psicossocial de enfrentamento, considerando a natureza crônica e estética da doença. Este estudo nos permite a reflexão sobre aplicação do diagnóstico de enfermagem como prática ativa e autêntica que constitui-se como um compromisso ético e político no cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Pênfigo, diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The nursing diagnosis is an integral part of the systematization of nursing care, and no need for a habit of diagnosing is inherent in the academic knowledge and professional. This study is a descriptive exploratory qualitative approach, and aims to identify and analyze the nursing diagnoses in patients with pemphigus foliaceus. Data collection was performed at a national reference center for the treatment of pemphigus. Data were collected in a systematic way to determine the current health status and the patient's past, making use of the following

methods: direct interviews with objective and subjective questions, subdivided according to the diagnostic classes Juall described by Lynda Carpenito-Moyet, and field diaries with reports of life experiences discussed in the group. With the help of these instruments, we obtained a first and thought-provoking understanding of the dynamic nature of the reality of life in patients with pemphigus. Note that the basic needs were affected predominantly within psychosocial coping, given the chronic nature of the disease and aesthetics. This study allows us to reflect on the application of nursing diagnosis as authentic and active practice that constitutes itself as an ethical and political commitment in caring.

KEYWORDS: Pemphigus, nursing diagnosis, nursing care.

1. INTRODUÇÃO

Durante minha formação acadêmica ainda na graduação fui marcado por várias experiências de cuidado de enfermagem que me levaram a uma autoanálise. Essas experiências são complexas, pois diferentemente dos conteúdos teóricos elas trouxeram um contato com as minhas próprias concepções de vida, e em muitas destas vezes o conteúdo teórico adquirido em sala de aula não se assemelhava à conduta adotada por alguns docentes e por alguns enfermeiros, ou seja, “profissionais”.

Na condição de acadêmico de enfermagem, por vezes fui desacreditado com respeito à eficácia e utilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e esses sentimentos no decorrer do tempo evocaram em mim um questionamento: *Em que consiste o trabalho de enfermagem? Como a SAE nos ajuda a exercer nossas práticas de cuidado?*

Para alguns autores como Venturini (2007)¹, uma das preocupações crescentes entre os enfermeiros encontra-se no direcionamento e organização de suas ações a fim de atender às necessidades dos pacientes. Para isso necessitam sistematizar e planejar suas ações utilizan-

do-se de conhecimentos científicos e instrumentalização técnica adequada para nortear seu agir.

A preocupação em orientar as atividades de enfermagem com respaldo no método científico teve como marco o desenvolvimento e divulgação do Processo de Enfermagem (PE), que foi inicialmente expresso na literatura norte americana, na década 1960. No Brasil foi divulgado principalmente por Wanda Horta que publicou em 1979 um livro intitulado *O Processo de Enfermagem*. O PE pode ser definido como um método através do qual a estrutura teórica da enfermagem é aplicada à prática².

O processo de enfermagem por ter origem nas práticas da enfermagem, possui fases interdependentes e complementares e quando realizadas concomitantemente resultam em intervenções satisfatórias para o paciente. Estas fases compreendem o histórico, o diagnóstico, o plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico³.

Como se pode notar, independentemente do conceito adotado, todos focalizam os problemas do cliente, ou seja, em todos se aplica um método para guiar as ações conforme as necessidades do paciente de forma a atender, amenizar ou recuperar sua saúde. O planejamento da assistência organiza o trabalho da equipe e o atendimento das prioridades do cliente no sentido de facilitar as ações e promover qualidade ao cuidado e resolutividade.

Mas devemos refletir que no momento histórico atual, marcado pela hegemonia de determinadas disciplinas/profissões sobre outras, pela crescente especialização e consequente fragmentação do saber e, por que não dizer, pela fragmentação do próprio ser humano. Percebe-se, com muita frequência, que a implementação de um modelo e/ou uma “fórmula” predeterminada de assistência, não é garantia de maior qualidade na assistência em saúde. É preciso, também que se estabeleçam novas e sempre mais complexas relações e interações profissionais para cuidar do ser humano de modo integral².

Considero o pensamento de Vitor Frankl (1990)⁴ um divisor teórico e ético em minhas práticas do cuidar, quando nos diz que: *“Não é sofrer que é insuportável, mas sim viver sem um ideal”*, isso me fez refletir sobre o ideal de um enfermeiro, como eu posso atingir esse ideal? Existe um modelo ideal? Segundo a enfermeira Margareth Angelo (1996)⁵ a prática de enfermagem pode ser definida como:

“[...] a oportunidade de estar na primeira fila do espetáculo chamado experiência humana em saúde, estar na primeira fila representa a possibilidade de testemunhar a vida, a experiência humana, é ver de perto como o homem pode transcender os obstáculos e crescer justamente por causa deles.”

Compreendo que ao fazer uso ético da SAE é possível estar *“na primeira fila da experiência humana em saúde”*. E ao realizar os diagnósticos de enfermagem

estarei desenvolvendo a etapa norteadora destas ações e experiências de cuidado.

Por definição diagnóstico de enfermagem é o estudo cuidadoso e crítico de algo, para a determinação de sua natureza, ou seja, as etapas subsequentes dependem diretamente de um eficaz diagnóstico⁶ (CARPENITO, 2006).

O desenvolvimento de um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem está ocorrendo desde 1973. Durante esse período, a questão inicial era: A enfermagem realmente necessita de um sistema de classificação? Antes de 1972, não apenas faltava aos enfermeiros os termos para descrever os problemas, mas eles também não possuíam questões de investigação para a descoberta desses problemas, contudo este questionamento foi substituído por: Como pode ser desenvolvido um sistema de uma forma científica e confiável?⁷ (CARPENITO, 2007)

O desenvolvimento de um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, de forma científica e confiável, tem provado ser um processo lento e difícil. No entanto, apesar dos problemas, este sistema de classificação, em franca evolução, reflete, cada vez mais a necessidade de esforço e empenho de enfermeiros(as) clínicos(as) e de pesquisadores(as) de enfermagem.

Nesta medida, estudos como este devem sempre alvitar novas possibilidades de práticas, que desvelem aos acadêmicos e profissionais de enfermagem, linhas e trilhas de cuidado que remontem a práticas autênticas e realmente profissionais. No presente estudo as práticas trilhadas foram no sentido de identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com Pênfigo Foliáceo Endêmico.

Penfigo foliáceo endêmico

O Pênfigo Foliáceo Endêmico (PFE) ou fogo selvagem (FS) foi primeiramente descrito no Brasil, no estado de São Paulo, por Paes-Leme em 1903⁸.

O PFE é a única doença crônica auto-imune endêmica no mundo, antes era conhecida apenas no Brasil, mas hoje, ocorre também em países africanos, Colômbia, Bolívia e Peru⁹.

A população de risco para a doença constitui-se de trabalhadores rurais, pessoas que moram e trabalham em zona endêmica. Não há predomínio de sexo, grupo racial ou étnico. Afeta crianças e adultos jovens, com pico de incidência entre a segunda e a terceira década de vida. A população afetada vive em casas rústicas, distando 10 a 15 km de grandes rios ou enseadas, e a doença pode afetar vários membros da mesma família. A maioria dos casos ocorre ao final da estação chuvosa, sendo a ocorrência menor durante a estação seca. Atualmente, o FS é endêmico em certos estados brasileiros, com predominância na região centro-oeste¹⁰.

A lesão primária de pênfigo foliáceo é uma vesícula

superficial que pode ser semelhante à lesão de impetigo e que se rompe facilmente, deixando áreas superficialmente desnudas. Em geral, o quadro se inicia na porção cefálica e cervical. Em um grande número de doentes, as lesões são alteradas ora por infecção secundária, ora por tratamento incompleto com corticosteróides sistêmicos.

A distribuição das lesões em áreas expostas ao sol, a aparência de queimado e a constante sensação de ardor e calor devido ao fato de a pele estar desnuda, justificam a denominação popular de “fogo selvagem”¹⁰.

Por ser uma doença que demanda tratamento prolongado, há probabilidade de efeitos colaterais, como desenvolvimento de infecções intestinais, urinárias, tuberculose, diabetes, osteoporose, gastrite e úlcera gastrintestinais e surtos psicóticos podem surgir durante o tratamento⁸.

Mediante tais características clínicas e sociais objetivamos a identificação e análise dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com Pênfigo Foliáceo Endêmico.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória é apropriada para os primeiros estágios de investigação quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são, geralmente, insuficientes ou inexistentes. A pesquisa exploratória também pode ser usada como um passo inicial de um processo contínuo de pesquisa, seguindo similarmente a proposta deste estudo¹¹.

Gil (1991)¹² afirma que, um trabalho é de natureza exploratória quando envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores.

A pesquisa qualitativa, trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outras profundas relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹³.

Algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, as quais embasam esta pesquisa devem considerar o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto¹⁴.

Atendendo a Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Ingá, Uningá,

protocolo de pesquisa número 071.0.362.000-09. Em cumprimento às demais exigências éticas, foi solicitada autorização formal à instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada.

Os pacientes portadores de PFE foram informados sobre os objetivos da pesquisa, do sigilo das respostas da utilização do questionário e demais impressos para a pesquisa e que os dados obtidos seriam utilizados para publicação. Após estas informações os pacientes foram solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As etapas operacionais deste processo de pesquisa foram desenvolvidas no Hospital Adventista do Pênfigo (HAP), em Campo Grande – MS, na ala de Dermatologia do referido hospital. Esta instituição foi escolhida por ser o único centro médico no Brasil que continua com a sua conformação inicial de tratamento, e por ser um centro de referência no tratamento de PFE no Centro Oeste do país desde a década de 50.

A população foi constituída por pacientes internados na ala Dermatológica da instituição descrita anteriormente.

A amostragem foi por conveniência e dela participaram pacientes de ambos os gêneros, que estiveram internados no período de 21 de junho a 12 de julho do ano de 2012, período estabelecido para a coleta de dados qualitativos.

A amostragem constou de seis pacientes que atenderam aos seguintes critérios: estar em tratamento clínico de PFE; estar entre a faixa etária de 18 a 60 anos de idade; aceitar que os dados coletados fossem utilizados no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram ordenados e agrupados mediante os indícios e padrões de comportamento apresentados na entrevista, exame físico e observações de cada paciente relatados nos diários de campo.

Para apoiar os diagnósticos de enfermagem os dados foram confirmados perante os indícios na maior quantidade possível de instrumentos de coleta de dados, gerando nesta medida maior validade dos dados documentados sendo representativos de uma condição diagnóstica, minimizando-se incoerências na interpretação dos dados.

Os diagnósticos de enfermagem são apresentados em quadros, contendo:

- A identificação dos pacientes;
- As classes diagnósticas com os padrões de saúde funcionais;
- O discurso de cada paciente nas classes de diagnósticos;
- As características definidoras de cada diagnóstico;
- Os diagnósticos específicos

Ao final de cada quadro é realizada uma síntese do diário de campo de cada paciente, contendo informações de comportamento do mesmo, nas entrevistas, os senti-

mentos e relações familiares evidenciados nas conversas em grupo.

Após a apresentação de todos os pacientes, dos diagnósticos manifestados e das sínteses dos diários de campo, são traçadas duas tabelas, uma contendo os diagnósticos de enfermagem gerais e outra com os mais evidenciados neste grupo pesquisado, mapeando-se um perfil de diagnósticos comuns no grupo discutindo as evidências de cada diagnóstico definindo-os e fundamentando-os.

3. RESULTADOS

Os Seguindo os critérios e objetivos deste estudo foram agrupados os diagnósticos de enfermagem de forma criteriosa para minimizar indícios e inferências equivocados do estudo.

Após a aplicação sistemática dos métodos de coleta de dados obtivemos seguintes achados:

PADRÕES DE SAÚDE FUNCIONAIS E DIAGNÓSTICOS APRESENTADOS	(N)	%
Percepção de Saúde - Controle de Saúde		
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	4	66,6
Nutricional – Metabólico		
Excesso de Volume de Líquidos	6	100
Nutrição alterada: mais que as necessidades corporais	6	100
Integridade da Pele Prejudicada	6	100
Eliminação		
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	1	16,6
Atividade – Exercício		
Déficit de Lazer	3	50
Sono e repouso		
Distúrbio no Padrão do Sono	4	66,6
Cognitivo – Perceptivo		
Senso-percepção Alterada	5	83,3
Conforto Alterado	6	100
Autopercepção		
Distúrbio na Imagem Corporal	5	83,3
Distúrbio no Autoconceito	5	83,3
Baixa auto-estima: situacional	1	16,6
Isolamento Social	2	33,3

Participação – Relacionamento	N	%
Maternidade Alterada: conflito no papel de mãe	4	66,6
Conflito no Papel de Pai	1	16,6
Desempenho de papel Alterado	5	83,3
Sexualidade - Reprodução		
Padrões de Sexualidade Alterados	3	50
Baixa auto-estima: situacional	1	16,6
Enfrentamento -Tolerância ao Estresse		
Maternidade Alterada: conflito no papel de mãe	1	16,6
Desempenho de Papel Alterado	5	83,3
Pesar Disfuncional	3	50
Medo	5	83,3
Desesperança	1	16,6
Processos Familiares Alterados	1	16,6
Distúrbio na Imagem Corporal	1	16,6
Potencial para Melhoria de Enfrentamento Comunitário	1	16,6
Valor - Crença		
Potencial para melhoria do Bem-Estar Espiritual	2	33,3
Risco para Angústia Espiritual	1	16,6
Total	89	

Deve-se levar em consideração que mesmo a amostra sendo constituída de 6 pacientes, os diagnósticos por vezes foram manifestados em mais de um padrão de saúde funcional.

Perante as análises dos pacientes com PFE, nota-se que a experiência dos mesmos é bastante complexa e individualizada. Contudo, torna-se mais viável para a melhor assistência de enfermagem que os padrões de saúde com os diagnósticos sejam divididos, ajustando-se nesta medida futuras intervenções comuns sobre as manifestações alteradas.

Portanto, seguido os critérios e objetivos deste estudo foram agrupados (tabela 2) os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados no grupo de pacientes com PFE.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS EVIDENCIADOS	(N)	%
Integridade da Pele Prejudicada	6	100
Excesso de Volume de Líquidos	6	100
Nutrição alterada: mais que as necessidades corporais	6	100

Conforto Alterado	6	100
Distúrbio na Imagem Corporal	5	83,3
Distúrbio no Autoconceito	5	83,3
Desempenho de papel Alterado	5	83,3
Medo	5	83,3
Senso-percepção Alterada	5	83,3
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	4	66,6
Distúrbio no Padrão do Sono	4	66,6
Maternidade Alterada: conflito no papel de mãe	4	66,6
Total	61	

Foram identificados neste grupo 12 diagnósticos de enfermagem prováveis, manifestados dentre os 6 pacientes avaliados, apresenta-se a seguir algumas considerações a respeito de cada um deles.

Integridade da pele prejudicada

O diagnóstico de enfermagem (DE) **integridade da pele prejudicada** fez-se presente em 100% dos casos analisados, devido às características comuns de manifestação do PFE.

Para Carpenito (2001)¹⁵ este DE é definido como estado em que o indivíduo apresenta ou corre risco de apresentar dano ao tecido epidérmico e/ ou dérmico. Campbell *et al.* (2001) descreve clinicamente, o PFE com evolução na forma localizada manifestando lesões, em sua maioria, limitadas às áreas seboreicas da pele como: face, cabeça, pescoço e partes altas do tronco. As lesões são vesículas e pequenas bolhas que rapidamente se rompem, deixando pequenas áreas erosivas. Após a cicatrização completa, na dependência da cor da pele do paciente, podem deixar lesões pigmentadas.

Excesso de volume de líquidos

O DE **excesso de volume de líquidos** apresentou uma frequência em 100% dos casos.

Este diagnóstico é definido por Carpenito (2001)¹⁵ como o estado em que o indivíduo apresenta sobrecarga intracelular ou intersticial de líquidos.

A manifestação deste diagnóstico está fortemente relacionada à corticoterapia, a excreção de sal e água encontra-se elevada quando do uso de glicocorticóides consequente aos seus efeitos na produção do peptídeo atrial natriurético e no fluxo glomerular renal, acarretando em acúmulo de sódio e água intracelular e intersticial¹⁶.

Nutrição alterada: mais que as necessidades corporais

Este DE apresentou-se em 100% dos casos. Carpenito (2001)¹⁵ o define como o estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, ganho de peso relacionado com a ingestão excessiva às necessidades metabólicas, podendo ter como fatores relacionados a alteração da saciedade secundária a medicação corticosteróide.

Damiani *et al.* (2001)¹⁷ refere que como os glicocorticóides tem ações sistêmicas, seus efeitos colaterais também atingem vários órgãos e sistemas e dentre eles existem especificamente efeitos gastrintestinais como úlceras pépticas, pancreatite, hepatomegalia e aumento de peso.

Segundo Cunha (2000)¹⁸ os pacientes com pênfigo apresentam menor índice creatinina e maior ingestão de energia e carboidratos. Apesar do maior consumo de alimentos, os pacientes com pênfigo apresentaram menor massa muscular, estes achados estão possivelmente relacionados ao aumento do apetite e efeitos metabólicos combinados da corticoterapia e da doença inflamatória crônica.

Conforto Alterado

O DE Conforto Alterado foi evidenciado em 100% dos casos estudados. Sua definição por Carpenito (2001)¹⁵ é caracterizada como estado em que o indivíduo apresenta uma sensação desconfortável em resposta aos estímulos nocivos.

Os pacientes portadores de PFE apresentam segundo Barraviera (2003)¹⁰ distribuição das lesões em áreas expostas ao sol, a aparência de queimado e a constante sensação de ardor e calor, devido ao fato de a pele estar desnuda, justificando a denominação popular de “fogo selvagem”.

Tal afirmação é evidenciada na fala do paciente CNBJ: “*sinto muita dor na pele nessas épocas assim que as bolhas aparecem, arde muito, da vontade de coçar o tempo inteiro*”; “*depois que coça a ferida fica maior e arde mais ainda, dá muita agonia*”.

Distúrbio na Imagem Corporal

O DE **distúrbio na imagem corporal** é manifestado em 83,3% dos casos. Para Carpenito (2001)¹⁵ este diagnóstico é definido como estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma perturbação na maneira como percebe a sua imagem corporal. Tendo como um dos fatores relacionados a mudança na aparência secundária a doença crônica, e com características definidoras de mudanças no envolvimento social, sentimentos negativos sobre o corpo ou esconder demasiadamente parte do corpo.

Os pacientes referiram o seguinte, mediante este padrão diagnóstico: “*eu me escondia em casa, quando as pessoas vinham me visitar eu não atendia fingia que não estava em casa*”; “*um dia eu estava no ônibus e*

uma mulher sentou do meu lado e viu que a minha pele era feia e saiu de perto, acho que ela pensou que passava a doença, desde então eu não gosto muito de sair e de andar de ônibus

Goyetá (2005)¹⁹ afirma que o desfiguramento assim como a perda da função de qualquer parte do corpo são responsáveis pelos sentimentos e percepções de mudanças na imagem corporal. Essa insatisfação com a imagem do corpo pode levar o paciente à redução temporária ou prolongada de interação social e da atividade ocupacional.

Distúrbio no autoconceito

O DE **distúrbio no autoconceito** é observado em 83,3% dos pacientes. Para Carpenito (2001)¹⁵ este diagnóstico representa o estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, de pensar ou de ver a si mesmo. Pode incluir uma mudança na imagem corporal, na auto-realização, na autoestima, no desempenho de papel ou na identidade pessoal.

Este diagnóstico foi sustentado por algumas das seguintes falas de JPE: *“eu me achava feia, tinha acabado de me casar, pensei que meu marido fosse me largar”*; *“eu sei como é que funciona a doença, mas mesmo assim acho que só vou ficar saindo assim quando a pele tiver seca”*.

Desempenho de papel alterado

O DE desempenho de papel alterado faz-se presente em 83,3% dos casos estudados. Para Carpenito (2001)¹⁵ a definição para este DE é o estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma interrupção na maneira como percebe o seu desempenho de papel no cumprimento das normas ou expectativas, podendo ter características definidoras de mudança nos padrões habituais de responsabilidade.

Algumas das apresentações que corroboram este diagnóstico são: *“tenho um irmão deficiente mental e só vive em cadeira de rodas e ninguém tem paciência com ele eu é que tenho que cuidar, sem eu por perto ele não come direito, não faz as coisas, fico preocupada com isso”*; *“agora que eu fui mandada embora do trabalho não consigo ajudar meu marido em casa, tenho que ajudar a pagar as contas”*; *“fico ansioso por não poder continuar trabalhando, tenho problemas no meu trabalho...”*

Medo

O DE **medo** foi evidenciado em 83,3% dos casos. Definido por Carpenito (2001)¹⁵, como sendo o estado em que o indivíduo ou o grupo apresenta um sentimento de destruição fisiológica ou emocional relacionada com uma fonte não – identificada percebida como perigosa.

O presente diagnóstico foi estabelecido perante al-

guns relatos tais como: *“tenho medo de morrer antes de ver meus filhos crescerem, desde que o mais velho nasceu eu tenho isso”*; *“tenho medo de ter lutado 20 anos já com pênfigo e agora ter um problema e morrer do coração”*; *“... se um dia ele se encher assim como o marido da DG eu não sei o que faço da vida, eu tenho muito medo”*.

Senso-percepção alterada

O DE **senso-percepção alterada** foi evidenciado em 83,3% dos pacientes, mais expressivamente nas questões visuais de senso-percepção alterada. O presente diagnóstico é definido por Carpenito (2001)¹⁵ como estado em que o indivíduo/grupo apresenta uma mudança na qualidade, no padrão ou na interpretação dos estímulos recebidos.

Para Faiçal *et al.* (1998)¹⁶, a pressão intraocular, em indivíduos suscetíveis, apresentará uma elevação decorrente, provavelmente, de alteração na drenagem trabecular do humor aquoso, particularmente naqueles com glaucoma de ângulo aberto. A longo prazo e em altas doses, pode ocorrer a ligação covalente dos esteroides às proteínas do cristalino, induzindo a formação de catarata. Cunha (2000)¹⁸ salienta que com o uso de corticoides, deve-se dar atenção as queixas oculares, encaminhando os pacientes à avaliação oftalmológica.

Controle ineficaz do regime terapêutico

O diagnóstico de enfermagem (DE) controle ineficaz do regime terapêutico apresentou uma frequência de 66,6 %. Os relatos evidenciados que sustentam este diagnóstico foram: *é difícil quando eu estou tomando esse remédio; estou com um pouco de medo com respeito ao tratamento eu não sei de muita coisa e de como eu devo me cuidar; é difícil quando eu estou tomando esse remédio, minha menstruação sempre fica alterada.*

Carpenito (2001)¹⁵ relata que o controle ineficaz do regime terapêutico representa um diagnóstico muito útil para a enfermagem na maioria das instituições, pois os indivíduos e as famílias vêm apresentando uma série de problemas de saúde crônicos que acabam gerando programas de tratamento que exigem mudanças no funcionamento ou no estilo de vida anteriores como: hábitos da terapia medicamentosa, tratamentos, exercícios, manejo de estresse e resolução de problemas.

Distúrbio no padrão do sono

O DE **distúrbio no padrão do sono** foi encontrado em 66,6% dos pacientes. No manual de diagnósticos de enfermagem Carpenito (2001)¹⁵ define este DE como sendo o estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança na quantidade ou na qualidade do seu padrão de repouso, causando desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado.

Perante a avaliação deste padrão de diagnóstico os

pacientes manifestaram o seguinte: “*acordo a noite e não há santo que me faça dormir de novo*”; “*acordo e fico sentado ou vou no banheiro, eu me sinto cansado mais minha cabeça não quer parar*”.

Faiçal et al.(1998)¹⁶ apresenta os efeitos na corticoterapia no sistema nervoso central, discutindo que em relação ao sono, existe tendência à redução da fase REM e incremento da fase II.

Embora, muitas destas manifestações de distúrbio no padrão de sono também estejam associadas com as dificuldades psicossociais enfrentadas pelo paciente com doença crônica.

Maternidade alterada: conflito no papel de mãe

O DE maternidade alterada: conflito no papel de mãe foi verificado em 66,6% dos pacientes, levando-se em consideração que a maioria dos pacientes pesquisados é do gênero feminino. Este diagnóstico é definido por Carpenito (2001)¹⁵ como sendo o estado em que os pais percebem uma mudança de papel em resposta aos fatores externos, podendo estar relacionados à mudança na capacidade de serem pais, secundário a doença dos pais, demonstrando interrupções nas rotinas de prestação de cuidados.

Para estabelecer o diagnóstico foram verificados os seguintes discursos: “*me preocupo se meus filhos estão precisando de mim, principalmente minha menina que está só com 1 ano*”; “*sinto falta dele, ele é apegado comigo, não tem ninguém pra cuidar dele lá, as irmãs dele tem a família delas eu é que tenho que cuidar das coisas dele né?!*”

4. CONCLUSÃO

Compreendemos que este estudo traz uma primeira concepção sobre a utilização dos diagnósticos de enfermagem, gerando na composição desta pesquisa auxílio para as seguintes esferas:

Para o ensino, traz a reflexão de quão importante é a transmissão coerente e preparada dos docentes ao transmitir conceitos fundamentais da enfermagem, pois somente desta forma o encantamento dos acadêmicos transcenderá a sala de aula, estando presente nas práticas profissionais futuras.

Para a pesquisa, levantando a necessidade de futuros estudos que demonstrem de diversas maneiras a compreensão do comportamento humano perante os agravos de saúde, fazendo com que o conhecimento seja dinâmico e evolutivo fazendo uso da cientificidade dos instrumentos de assistência de enfermagem como elementos norteadores.

Para a assistência, transmite a possibilidade de ruptura de paradigmas durante a aplicação do diagnóstico de enfermagem dentro das práticas da sistematização da assistência, o processamento contínuo desta etapa implicará em maior credibilidade a profissão.

Infelizmente a atualidade mostra que muitos profissionais de saúde, ao invés de direcionarem sua atenção para a pessoa doente, focalizam a doença da pessoa, perpetuando assim, o reducionismo do modelo biomédico. O desafio é justamente libertar o profissional da preocupação mórbida em relação aos processos do corpo e a visão técnica reducionista e desumanizada do tratamento. A relação entre o enfermeiro e o doente é, antes de tudo, uma relação interpessoal.

Concluo, com um pensamento sobre a missão do enfermeiro, de Wanda Aguiar Horta (1983)²⁰, “recebeste o dom de servir, escolheste a quem servir, aprendeste como servir, conquistastes o direito de servir, muitos vos esperam na ânsia de receber, e também de vos dar, a felicidade de servir.”

REFERÊNCIAS

- [1] Venturini, D. O conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem entre os anos de 1980 e 2005: subsídios para a qualidade do cuidado. [Dissertação Enfermagem], Universidade Estadual de Maringá -UEM, Maringá - Paraná, 2007.
- [2] Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional; Rev Esc Enferm USP; v. 42, n.4, 643-648, 2008.
- [3] Horta WA. O Processo de Enfermagem. São Paulo – SP, Editora EPU, 1979.
- [4] Frankl V. Psicoterapia para todos. Rio de Janeiro – RJ, Editora Vozes, 1990
- [5] Angelo M. Enfermagem: um passaporte para a primeira fila. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.2, p.181 – 186, 1996.
- [6] Carpenito, L.J. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 4 ed. São Paulo – SP, Editora Artmed, 2006
- [7] Carpenito, L.J. Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado 4 ed. São Paulo – SP, Editora Artmed, 2006
- [8] Campbell I; et.al. Pênfigo Foliáceo Endêmico. An. Bras. Dermat, Rio de Janeiro, 76(1): 13-33, jan/fev. 2001.
- [9] Chagas AC; Ivo ML, Honer MR; Filho RC. Situação do Pênfigo Endêmico em Mato Grosso do Sul, Brasil, 1990-1999. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 13, n.2, p. 274-276, março 2005
- [10]Cimerman S, Cimerman B. In: Barraviera SR. Medicina Tropical. Editora Atheneu, São Paulo – SP – 2003
- [11]Mattar FN. Pesquisa de marketing Vol.1, 5ed. Editora Atlas. 1999.
- [12]Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999
- [13]Minayo MCS. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- [14]Neves JL. Pesquisa Qualitativa – Características, Uso e Possibilidades. Cad. de Pesquisa. Adm, São Paulo, v.1, n.3, p. 15 – 20, 1996
- [15]Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermagem; 8 ed. Editora Artmed – São Paulo/SP – 2001

- [16]Faiçal S, Uehara HM. Efeitos sistêmicos e síndrome de retirada em tomadores crônicos de corticosteróides. Rev. Rev Ass Med Brasil, v. 44, n. 1 p.69-74, 1998.
- [17]Damiani D, Kuperman H; Dichtchekenian V, Manna TD, Setian N. Corticoterapia e suas repercussões: a relação custo–benefício. Rev. Pediatria, São Paulo, v.1, p. 71-82, 2001
- [18]Cunha DF et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes com pêfígo foliáceo sob corticoterapia prolongada. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, v.42, n.1, p. 23-26, 2000
- [19]Goyetá SLT. Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram queimaduras e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar. 2005. 321f. Tese [doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- [20]Horta WA. Doação. São Paulo – SP, Editora Ponto Cardeal Publicações Ltda. 1983.

