

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO USO DA URETEROSTOMIA DE PACIENTES EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Kalina de Fátima Silva dos Santos¹; Ana Carolina Leite Castelo Branco Maia¹; Ingrid Cunha Ventura Felipe².

1 Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – UNIGRANRIO. E-mail: Kalina.fss@gmail.com.

2 Enfermeira. Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Professora da UNIGRANRIO. Email: ingrydventura@yahoo.com.br.

Considerações Iniciais: Diante da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498/86, em seu artigo 11, foram normatizadas como função privativa do profissional enfermeiro a consulta de enfermagem, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução, a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, bem como a prescrição de sua assistência. A partir disso, diante de tamanha importância e complexidade dessas ações privativas, foi instituído por uma Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN nº 358/2009), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Para administrar melhor essa sistematização, foi instaurado que o Processo de Enfermagem, que se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo eles a coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem, sendo o DE, descrito como um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos de DE que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Sabe-se que o DE foi introduzido no Brasil em 1967, por Wanda Horta, baseado na teoria da motivação humana de Maslow, mas que o mesmo ficou esquecido pela enfermagem brasileira, reaparecendo na literatura a partir de 1988/1989. Existem vários sistemas de classificação do DE. No Brasil, o mais conhecido e utilizado é a classificação diagnóstica da NANDA-I (*North American Nursing Diagnoses Association*). Hoje, na era da prática baseada em evidências, a Taxonomia II dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, base do

trabalho diário do profissional enfermeiro, representa o seu papel importante na assistência, dando a ele subsídios para as suas intervenções, além de uma atuação de forma independente e em cooperação com outros profissionais da saúde (NANDA, 2013). Um desafio para a equipe de enfermagem hoje, são os cuidados necessários ao uso de ureterostomias. Os métodos de desvio urinário são empreendidos para levar a urina a um novo local de saída, frequentemente através de uma abertura criada cirurgicamente entre um ureter e a pele para a expulsão da urina. Tem sido muito utilizado no tratamento de neoplasia maligna pélvica, defeitos congênitos, estenoses, traumatismo dos ureteres e da uretra, bexiga neurogênica, infecção crônica causando grave lesão uretral e renal e cistite intersticial intratável (SMELTZER e BARE, 2011). Os dois tipos de desvio urinário incluem o desvio urinário cutâneo que podemos citar: o conduto ileal convencional, a ureterostomia cutânea, a vesicostomia e nefrostomia e o desvio urinário continente: a bolsa de Indiana, a bolsa de Kock, também conhecida como desvio ileal continente e a ureterossigmoidostomia. Exigem-se cuidados continuados aos clientes portadores de ostomia urinária que não estão restritos à atenção do profissional de enfermagem no primeiros meses após a cirurgia. O portador de ostomia urinária é um cliente que exige cuidados continuados, que não se limitam aos primeiros meses após a cirurgia. As complicações que podem surgir após a colocação de um conduto ileal consistem em infecção ou deiscência da ferida, extravasamento de urina, obstrução uretral, acidose hiperclorêmica, obstrução do intestino delgado, íleo paralisado e gangrena do estoma. As complicações tardias incluem obstrução uretral, contração ou estreitamento do estoma (estenose), deterioração renal devido ao refluxo crônico, pielonefrite e cálculos renais (SMELTZER e BARE, 2011). A observação da ostomia, nomeadamente a cor e o tamanho, e a observação da pele circundante são passos fundamentais deste acompanhamento, dado que as complicações a este nível são as mais frequentes e as que mais interferem na qualidade de vida do. O objetivo desse trabalho é descrever os diagnósticos de enfermagem segundo NANDA-I, para pacientes em uso de ureterostomia. Vale ressaltar que os DE identificados não consideram as necessidades individuais desses pacientes, ou seja, os diagnósticos de enfermagem que podem ser aplicados em qualquer usuário da terapia.

Método: Este é um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, do tipo bibliográfico. O uso da ureterostomia foi observado diretamente pelas autoras do estudo junto aos pacientes da clínica cirúrgica em pós-operatório de urologia, em um hospital federal do Rio de Janeiro, campo de estágio das mesmas.

Resultados e Discussão: Nas contestações sobre o melhor método pra estabelecer um desvio perdurável do trato urinário, novas técnicas são

frequentemente introduzidas em um esforço de melhorar os resultados e a qualidade de vida do paciente. As condições físicas e psicossociais são levadas em consideração quanto na escolha da intervenção cirúrgica adequada (NANDA, 2013). Após pesquisa em literaturas científicas já disponíveis sobre a terapia, essas informações foram julgadas criticamente. A partir disso, identificamos quatro DE: Disposição para eliminação urinária melhorada; Risco de Infecção; Integridade da pele prejudicada; e Risco de resposta alérgica. Justificamos o uso do DE disposição para eliminação urinária melhorada, atribuído à quantidade do débito urinário dentro dos limites normais, já que antes do procedimento, havia dificuldade para eliminação. Já o DE risco de infecção, associamos às defesas primárias inadequadas, como a pele rompida para inserção da ureterostomia, além de procedimentos invasivos. No DE integridade da pele prejudicada, o relacionamos a fatores mecânicos, como a força abrasiva que a bolsa coleta ou cateter podem causar no tecido local e adjacente, além da caracterização pela pele rompida e com invasão de estruturas do corpo. E, por fim, o DE risco de resposta alérgica, associada à exposição contínua ao material utilizado para ureterostomia, como a bolsa coletora e produtos para cobertura e fixação da ostomia. Considerando as 8 razões propostas para desenvolver a NIC – Classificação de intervenções de Enfermagem -, como a padronização da nomenclatura de tratamentos de enfermagem, expansão do conhecimento sobre as ligações existentes em DE, intervenções e resultados, desenvolvimento de sistemas de informação da assistência para enfermeiros, ensino da tomada de decisões clínicas a estudantes, determinação de custos dos serviços prestados, planejamento de recursos necessários nos locais de prática, linguagem para comunicar e a articulação com os sistemas de classificação de outros cuidadores de saúde, achamos necessário instituir as seguintes intervenções de saúde, em consonância aos DE identificados (BULECHEK, 2010): Consulta de enfermagem; Administração de medicamentos; Controle da eliminação urinária; Controle de eletrólitos; Cuidados com sondas/drenos; Cuidados com ostomias; Controle de infecção; Supervisão da pele; Controle de alergia. **Considerações Finais:** Os resultados obtidos nesse estudo indicam que o uso do DE como ferramenta para descrever o uso da ureterostomia, independente das questões individuais de cada paciente, contempla de forma eficaz as características definidoras e fatores relacionados e associados adequados à situação em questão, subsidiando as intervenções de enfermagem que deverão ser prescritas. Esse estudo reitera a importância do enfermeiro em dominar o uso de diagnóstico de enfermagem também nas novas tecnologias inseridas a sua prática, garantindo assim, segurança para o paciente e

para o profissional atuante, bem como melhoria da assistência de enfermagem de forma individualizada e específica para cada caso.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Ureterostomia; Cuidados de Enfermagem.

Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Brunne & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2011.

BULECHEK, Glória M; BUTCHER, Howard K; DOCHTERMAN, Joanne Mccloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN 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 de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília – DF, 2009.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: Definições e classificação 2012-2014 / [Nanda International]; Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.