

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO PACIENTE
TRANSPLANTADO DE MEDULA ÓSSEA**

**AUTORA : Miriam Pacheco Ercole
ORIENTADORA : Ana Magalhães**

Porto Alegre, julho de 2001

394772

BIBLIOTECA
Faculdade de Enfermagem - UFPA

Agradeço à professora Ana Magalhães pelo apoio e orientação e à Enfª Sonara Estima por sua supervisão no campo de estágio e auxílio na elaboração deste estudo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	2
2	OBJETIVOS.....	5
2.1	GERAL.....	5
2.2	ESPECÍFICOS :.....	5
3	METODOLOGIA	6
3.1	DELINEAMENTO.....	6
3.2	CAMPO DE AÇÃO.....	6
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	6
3.4	COLETA DE DADOS.....	7
3.5	INSTRUMENTO.....	7
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	7
4	DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	9
5	ANÁLISE DOS DADOS.....	14
5.1	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Alteração na mucosa oral	16
5.2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Risco para infecção	20
5.3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM :Déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene..	28
5.4	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Alteração na eliminação urinária	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	ANEXOS.....	42

1 INTRODUÇÃO

As ciências da saúde e de enfermagem vêm se desenvolvendo e abrindo cada vez mais novos campos de conhecimento.

Na área oncológica, o enfermeiro passou a atuar de maneira significativa no transplante de medula óssea.

Segundo Pasquini (1997), coordenador do Centro de Transplante de Medula Óssea em Curitiba, o sucesso do Transplante de medula óssea (TMO) está diretamente relacionado com a atuação da equipe de enfermagem, pois é esta que permanece 24 horas ao lado do paciente avaliando, diagnosticando, colaborando com os demais membros da equipe de saúde, enfim prestando a assistência integral ao paciente.

No final da Segunda Guerra Mundial, nos anos 45, os cientistas americanos começaram a se preocupar com o destino das pessoas submetidas aos efeitos da irradiação corporal total da bomba atômica e iniciaram estudos em camundongos. Os testes comprovaram que os camundongos atingidos por irradiações letais eram salvos quando recebiam medula de outro animal da mesma espécie e da mesma ninhada.

Os cientistas concluíram que em doenças humanas onde a medula estivesse lesada, ela podia ser tratada com quimioterapia e/ou radioterapia, destruída totalmente e, nesta pessoa, uma célula jovem, potente e sadia podia ser reinjetada.

A ciência concentrou esforços na tipagem genética e na distinção de antígenos de histocompatibilidade HLA nos anos 60 e, a partir de então, transplantes de medula óssea puderam ser realizados entre irmãos HLA idênticos.

No Brasil, o primeiro Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) formou-se em Curitiba em 1982 e até hoje é um centro de renome e referência. O primeiro TMO do Rio Grande do Sul ocorreu em Santa Maria no ano de 1990.

Em Porto Alegre, o Hospital de Clínicas formou seu CTMO em junho de 1993 com o primeiro caso sendo de um menino de 13 anos com diagnóstico de Doença de Hodking que realizou TMO do tipo autólogo com sucesso.

Durante o período de 4 anos em que trabalhei com auxiliar de enfermagem em uma unidade oncológica, de um hospital geral de Porto Alegre, tive a oportunidade de prestar assistência a alguns pacientes transplantados de medula óssea (autólogo e alogênico).

Posso afirmar que os pacientes submetidos a TMO apresentam uma série de alterações biológicas, emocionais e sociais devido ao período de quimioterapia intensa, isolamento social prolongado, procedimentos invasivos, mudanças estéticas e ainda o medo do transplante não dar certo. Por isso, a equipe de enfermagem, em conjunto com os outros membros da equipe multidisciplinar deve estar pronta para atender esse cliente da maneira mais adequada e com o maior suporte técnico possível evitando complicações.

A partir de 1996 a coordenação do Grupo de Enfermagem do HCPA em conjunto com a Escola de Enfermagem da UFRGS vem desenvolvendo um projeto audacioso de implementar a metodologia de diagnósticos de enfermagem na sistematização da assistência. Como parte desse processo, a implantação da prescrição de enfermagem informatizada a partir dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos foi implantada no CTMO do HCPA em outubro de 2000.

As fases do processo de acordo com Horta (1979) são o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e o prognóstico de enfermagem. Atualmente são realizadas no local deste estudo 4 fases deste processo: Anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição informatizada e evolução.

A dificuldade encontrada pelos enfermeiros do CTMO, está sendo a prescrição de alguns cuidados, pois o sistema ainda está incompleto, faltando diagnósticos específicos da área e intervenções de enfermagem coerentes.

Uma maneira eficaz de prestar uma boa assistência ao paciente é a formulação das intervenções, fundamentadas nos diagnósticos de enfermagem.

Segundo Iyer (1993), as intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para auxiliar o cliente a chegar aos resultados. Elas se baseiam no fator relacionado, identificado no enunciado do diagnóstico de enfermagem.

De acordo com Carpenito (1997), o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido por V. Fry em 1953 para descrever o passo necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem, até os dias de hoje, as referências na literatura aumentaram dez vezes, e surgiram várias definições de diagnósticos de enfermagem. Em março de 1990, durante a nona conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a assembléia geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem :

“O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, ou comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável.” (NANDA, 1990).

Devido a estas considerações entendo como oportuno o desenvolvimento de um estudo que aprofunde nosso conhecimento a cerca da construção dos diagnósticos de enfermagem do paciente submetido a TMO, assim como das intervenções de enfermagem necessárias para o tratamento e recuperação do mesmo.

Acredito, desta forma, estar contribuindo com o CTMO do HCPA, tendo em vista que ao acessar alguns diagnósticos do sistema de prescrição informatizada, os enfermeiros relatam que não encontram as intervenções adequadas com as rotinas de cuidados da unidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar os cuidados e intervenções de enfermagem sugeridos para os pacientes submetidos a TMO alogênico partindo dos diagnósticos de enfermagem mais comuns no local de estágio.

2.2 ESPECÍFICOS :

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais comuns no TMO alogênico
- Aprimorar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem no paciente transplantado de medula;
- Contribuir para o CTMO do HCPA com o aprimoramento do sistema de prescrição informatizada existente.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Este trabalho constitui num estudo exploratório descritivo, quantitativo, prospectivo sobre os diagnósticos de enfermagem mais comuns vistos nos prontuários dos pacientes transplantados de medula e suas intervenções de enfermagem.

3.2 CAMPO DE AÇÃO

O estudo foi realizado no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do HCPA como parte da disciplina de estágio curricular- ENF 99003 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo compreendeu os pacientes submetidos à TMO alogênico no CTMO do HCPA.

3.4 COLETA DE DADOS

Foi realizada a coleta dos dados nos prontuários e através do sistema informatizado dos pacientes que realizaram transplante de medula na unidade, no período e local determinados.

Foram impressos os diagnósticos de enfermagem de cada paciente da amostra, uma vez por semana, transferindo as informações para o instrumento da pesquisa, com o intuito de verificar se as intervenções oferecidas pelo programa do computador estão coerentes com os diagnósticos mais comuns e de acordo com a realidade da dinâmica de atendimento da unidade.

3.5 INSTRUMENTO

Foi utilizado um instrumento para obtenção dos dados dessa investigação, (anexo A) contendo três colunas identificando o número do prontuário pesquisado, o período de internação e os diagnósticos de enfermagem encontrados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo caracteriza-se como pesquisa de campo do tipo não experimental, não havendo intervenção no processo de atendimento ao cliente. Isto caracteriza uma situação de isenção de dano, não oferecendo qualquer risco aos sujeitos.

A amostra foi aleatória e intencional abrangendo todos os pacientes que internaram no CTMO durante o período de estágio da acadêmica (abril - maio de 2001), totalizando cinco pacientes.

Assegura-se o direito à privacidade, uma vez que os dados coletados são transpostos para tabelas, sem identificação dos sujeitos, atribuindo-se apenas a indicação do número do prontuário, preservando-se o anonimato e responsabilizando-se pelo uso sigiloso e criterioso das informações obtidas (Goldim, 1997).

Foi formalizado junto ao Grupo de Pesquisa e Pós – Graduação do HCPA o termo de compromisso para utilização dos dados (anexo B).

4 DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo Carpenito (1997), historicamente, as enfermeiras têm sido instruídas a usar os diagnósticos médicos para descrever as ações e planejar os cuidados de enfermagem. Com o surgimento do diagnóstico de enfermagem, torna-se possível prestar assistência à saúde de uma maneira individualizada, proporcionando melhores resultados, pelos quais a enfermeira é a responsável direta.

Cada diagnóstico de enfermagem descreve um tipo específico de problema ou de resposta que a enfermeira identifica.

De acordo com Carpenito (1997), o desenvolvimento de um sistema completo de classificação para os diagnósticos de enfermagem é um processo lento e envolve revisões e avaliações amplas. Entretanto, a enfermagem não pode parar e aguardar até que o seu sistema de classificação esteja completo, pois a prática prossegue enquanto o sistema evolui.

A lista de diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association – 1990), além de passar por revisões e processos de aprovação, sofre constantes críticas das enfermeiras por ser ampla ou restrita demais, e alguns diagnósticos por serem excessivamente médicos, abstratos, ou pouco familiares.

Carpenito (1997), classifica os diagnósticos de enfermagem (D.E.) quanto a estrutura como: diagnóstico de enfermagem real, D.E. possível, D.E. de risco, D.E. de bem-estar, ou D.E. de síndrome.

O *diagnóstico de enfermagem real* é constituído por título, características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados. Nos diagnósticos de enfermagem reais, os fatores relacionados são os fatores etiológicos ou outros fatores contribuintes.

Exemplo: Ansiedade, relacionada à natureza imprevisível dos episódios asmáticos, evidenciada por declarações de “tenho medo de não conseguir respirar”.

O *diagnóstico de enfermagem de risco e de alto risco*, segundo definição da NANDA (1990), apud Carpenito (1997, p.35) é “um julgamento clínico sobre a maior vulnerabilidade que um indivíduo, família ou comunidade apresenta para desenvolver um problema, comparando-se com os outros em situação igual ou similar”. Os diagnósticos de enfermagem de alto risco são compostos por : título, fatores de risco e fatores relacionados.

Carpenito (1997), recomenda que as enfermeiras usem o termo “Risco para” ou “Alto risco para” dependendo da vulnerabilidade do cliente. Os diagnósticos de enfermagem de alto risco propiciam à enfermagem meios valiosos de identificação de clientes mais vulneráveis aos problemas.

Exemplo: Um cliente diabético que sofreu uma cirurgia emergencial de úlcera duodenal perfurada pode ter um diagnóstico de enfermagem de *Alto Risco para Infecção relacionada à incisão cirúrgica e à cicatrização prejudicada secundária à diabete melito e à perda sangüínea*.

Os *diagnósticos de enfermagem possíveis* descrevem um problema suspeitado e para o qual são necessários dados adicionais. São uma afirmativa em duas partes constituída de : diagnóstico de enfermagem possível e dados “relacionados a” que levam a enfermeira a suspeitar de um diagnóstico.

Exemplo: Possível Distúrbio do Auto conceito relacionado à perda recente de responsabilidades secundária à exacerbação de doença mental.

Segundo NANDA, apud Carpenito (1997, p.37), um *diagnóstico de enfermagem de bem-estar* é “um julgamento clínico sobre um indivíduo, grupo ou comunidade em transição de um nível específico de bem-estar para um nível mais elevado”. Os diagnósticos de enfermagem de bem-estar são redigidos em uma parte, apenas o título.

Exemplo : Potencial para a Melhoria dos Processos Familiares

Os *diagnósticos de enfermagem de Síndrome* compreendem um conjunto de diagnósticos de enfermagem vigentes ou de alto risco cuja presença é prevista devido a algum evento ou situação. São geralmente afirmativas diagnósticas em uma parte, os fatores etiológicos e contribuintes do diagnóstico estão contidos no título.

Exemplos: Síndrome do Trauma do Estupro e Síndrome do Desuso

Carpenito (1997), afirma que a enfermeira deve direcionar as intervenções para a redução ou a eliminação dos fatores etiológicos ou contribuintes. Especificamente, se a enfermeira não conseguir tratar os fatores contribuintes, o diagnóstico é considerado incorreto.

Segundo Iyer (1993), a partir dos diagnósticos de enfermagem são tomadas as decisões acerca da maneira de se chegar aos resultados e de promover a saúde do cliente.

De acordo com Carpenito (2001), as intervenções de enfermagem são classificadas como prescritas pela enfermeira ou prescritas pelo médico. As intervenções prescritas pela enfermeira podem ser implementadas por toda equipe de enfermagem e tratam, previnem e monitoram os diagnósticos de enfermagem. As intervenções prescritas pelo médico representam os tratamentos para problemas colaborativos que as enfermeiras iniciam e controlam.

Os problemas colaborativos são determinadas complicações fisiológicas que a enfermeira controla usando intervenções prescritas pelo médico e pela enfermagem, visando minimizar as complicações dos eventos. (Carpenito, 1989).

De acordo com Iyer (1993), as intervenções de enfermagem podem ser categorizadas como dependentes, interdependentes ou independentes.

As *intervenções dependentes* estão diretamente relacionadas com as recomendações médicas, ou seja, indicam a maneira pela qual uma recomendação médica pode ser executada.

Exemplo: Prescrição médica de “cuidados com colostomia”. As intervenções de enfermagem, com o objetivo de individualizar o cuidado, podem ser : “realizar troca da bolsa e placa de colostomia número 45, sempre que necessário”.

Intervenções interdependentes descrevem as atividades que a equipe multidisciplinar de saúde realiza.

Exemplo: Paciente com Insuficiência Renal. Médico prescreve restrição hídrica de 1000ml/dia; a nutricionista e a enfermeira calculam a quantidade de líquidos que o paciente pode receber por turno.

As *intervenções independentes* são as atividades que a enfermeira pode executar ou delegar para sua equipe, sem recomendações médicas e são definidas pelo diagnóstico de enfermagem.

Exemplo: Diagnóstico de enfermagem de *Potencial para infecção relacionado com estado debilitado e confusão*. Intervenções : utilizar técnica estéril ao trocar o curativo; observar a incisão, identificando alterações; conter as mãos se perceber que a cliente está tocando no curativo.

De acordo com Iyer (1993), as intervenções de enfermagem devem apresentar as seguintes características:

- a) Devem ser coerentes com o plano de cuidados, sem entrar em conflito com os métodos terapêuticos de outros membros da equipe;
- b) Estar baseadas em princípios científicos;
- c) Devem ser individualizadas;
- d) Satisfazer as necessidades físicas e emocionais do cliente, promovendo um ambiente seguro e terapêutico. Ex: Para paciente anestesiado – monitorar os sinais vitais a cada 15 minutos.
- e) Devem ser envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. Ex: Ensinar o auto-exame dos seios.
- f) Estar incorporadas com os recursos e realidade de vida do cliente, avaliando fatores financeiros e recursos humanos.

Iyer (1993) afirma que as intervenções de enfermagem devem ser formadas por assinatura e data, verbo preciso da ação e seus modificadores, especificação de “quem, quê, onde, quando, como e qual frequência”, abordagens individualizadas para o cliente.

Através da revisão da literatura e da vivência oportunizada no estágio curricular, é possível perceber que os diagnósticos e intervenções de enfermagem fazem parte de um processo que representa um avanço e uma nova etapa na construção do conhecimento de enfermagem.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva. Através do instrumento (anexo I), construiu-se a tabela abaixo, onde foram descritos todos os diagnósticos de enfermagem encontrados na amostra.

Baseado nos dados obtidos na tabela foi possível analisar as intervenções de enfermagem para cada diagnóstico e elaborar sugestões.

TABELA I : Diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos a transplante de medula óssea alogênico – Abril- Maio 2001, HCPA.

Diagnóstico de Enfermagem	N	%
Alteração na mucosa oral	5	10
Risco para infecção	5	10
Déficit no auto-cuidado : banho e ou higiene	4	8
Alteração na eliminação urinária	4	8
Alteração na nutrição : menos do que o corpo necessita	3	6
Risco para prejuízo da integridade da pele	3	6
Confusão aguda	2	4
Distúrbio do padrão do sono	2	4
Diarréia	2	4
Integridade da pele prejudicada	2	4
Risco para déficit no volume de líquidos	2	4
Déficit no auto-cuidado : alimentação	2	4
Deglutição prejudicada	1	2
Débito cardíaco diminuído	1	2
Excesso no volume de líquidos	1	2
Integridade tissular prejudicada	1	2
Dor aguda	1	2
Mobilidade física prejudicada	1	2
Comunicação verbal prejudicada	1	2
Risco para trauma	1	2
Alteração na nutrição : mais do que o corpo necessita	1	2
Déficit no auto-cuidado : higiene	1	2
Déficit no volume de líquidos	1	2
Alteração na perfusão tissular: periférica	1	2
Troca de gases prejudicada	1	2
Risco para função respiratória alterada	1	2
TOTAL	50	100

Fonte: ERCOLE, Miriam P.: Dados obtidos do instrumento utilizado pela pesquisadora

Os dados acima demonstram que foram identificados 50 diagnósticos de enfermagem no grupo de pacientes estudado.

Verifica-se que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram : alterações da mucosa oral (10%); risco para infecção (10%); déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene (8%) e alteração na eliminação urinária (8%).

Ressalto que o grupo de enfermeiros do CTMO, baseado em vivências profissionais, havia definido como diagnósticos mínimos para o paciente transplantado de medula óssea, na

implantação do sistema de prescrição informatizada, em 1999 os oito: deglutição prejudicada, mucosa oral alterada, dor aguda, hipertermia, ansiedade, alto risco para infecção ou proteção alterada, integridade da pele prejudicada e distúrbio na auto-imagem.

A partir disso podemos observar que os dois diagnósticos de maior incidência da amostra estudada estão contidos na relação feita pelos profissionais de enfermagem do CTMO. Quanto ao diagnóstico de “distúrbio na auto – imagem” (observado no trabalho dos enfermeiros do CTMO), não houve nenhuma citação nos pacientes do presente estudo, no entanto, praticamente 100% dos pacientes que se submetem ao transplante de medula óssea sofrem com o distúrbio na auto – imagem, pois conforme vivências em estágio posso afirmar que, o paciente perde o cabelo, emagrece ou fica edemaciado devido ao uso de medicações, perde sua privacidade (todas as eliminações são examinadas e medidas), muitas vezes precisa ficar sem a prótese dentária, não pode utilizar desodorante entre outras coisas.

A explicação para a ausência do diagnóstico “distúrbio na auto – imagem” na amostra estudada pode ser a impossibilidade de prescrever cuidados para tal diagnóstico pois o sistema informatizado ainda esta incompleto e não oferece nenhuma intervenção quando a enfermeira lança o diagnóstico na tela de prescrição eletrônica.

Devido a limitação do tempo, passarei a desenvolver a análise dos quatro diagnósticos de enfermagem de maior incidência na amostra, relacionados com os fatores etiológicos que foram acessados mais vezes na amostra. A partir disso, as intervenções disponíveis no sistema de prescrição de enfermagem informatizada serão comparadas com a literatura e com vivências profissionais.

5.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Alteração na mucosa oral

Definições:

De acordo com o sistema informatizado do HCPA : Estado em que o indivíduo experimenta ruptura nas camadas de tecidos da cavidade oral.

Conforme Carpenito (2001,p.202) : “Estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, lesões na cavidade oral”.

As alterações na mucosa oral, de acordo com Carpenito (1997), são: língua saburrosa, xerostomia, estomatite, tumores orais, lesões orais, leucoplaquia (velamento), edema, gengivite hemorrágica, secreção purulenta. Estas alterações estão relacionadas a diversos fatores :

- a) Fisiopatológicos : diabete, câncer oral, infecção, doença periodontal;
- b) Tratamentos : radiação de cabeça e pescoço, drogas antineoplásicas, imunossupressores;
- c) Irritação mecânica : sonda nasogástrica, tubo endotraqueal;
- d) Situacionais : irritantes químicos – alimentos ácidos, álcool, tabaco, drogas e agentes nocivos; traumatismo mecânico – dentes quebrados, aparelhos, dentaduras mal-ajustadas ;
- e) Desnutrição e/ou desidratação;
- f) Higiene oral inadequada;
- g) Respiração pela boca;
- h) Diminuição da salivação.

Segundo Carpenito (1997), as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a obtenção de resultados diretos como, integridade da cavidade oral, paciente livre de desconforto oral e demonstrando conhecimento da higiene oral ideal. Por isso, as intervenções devem estar baseadas em : investigar a presença de fatores causais ou contribuintes, discutir a importância da higiene oral diária e dos exames dentários periódicos, ensinar o cuidado oral correto, realizar a higiene oral no paciente inconsciente ou em risco para aspiração.

Foram relacionadas as intervenções de enfermagem sugeridas pelo sistema de prescrição informatizada, partindo da etiologia mais comum observada na amostra, conforme quadro abaixo.

QUADRO I : Intervenções de enfermagem para o diagnóstico “Alteração na mucosa oral, relacionado a irritação química”

Intervenções que estão no sistema e são adequadas	Intervenções que podem ser acrescentadas ao sistema	Intervenções que podem ser excluídas do sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar rotina de cuidados para higiene oral • Observar aceitação da dieta • Verificar sinais vitais 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar escova de dentes macia • Lubrificar lábios com manteiga de cacau • Verificar rotineiramente a cavidade oral na busca de alterações • Realizar bochechos com chá de camomila e/ou malva • Suspender o uso de clorexidine quando apresentar lesões • Descontinuar o uso de prótese dentária móvel enquanto houverem lesões • Remover e limpar prótese dentária • Orientar o paciente a realizar higiene em prótese dentária móvel 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar reações alérgicas

Fonte: ERCOLE, Miriam P. : Dados obtidos do instrumento utilizado pela pesquisadora

A intervenção “implementar rotina de cuidados para higiene oral” é considerada adequada pois, quando realiza-se a revisão sobre o diagnóstico de “alteração da mucosa oral”, percebe-se que a higiene oral é essencial para todos os pacientes, especialmente para os que possuem alterações de mucosa. Para ser prescrito desta forma, é imprescindível que a equipe conheça a rotina, que está disponível no sistema e pode ser impressa se houver necessidade.

Quanto a observação da aceitação da dieta, a enfermeira tem como objetivo, ao prescrever este cuidado, avaliar possíveis lesões que possam estar dificultando a deglutição, assim como prevenir a desnutrição e a desidratação.

No que se refere a intervenção “verificar sinais vitais” , Carpenito (1997) não especifica como um cuidado direto do diagnóstico em estudo. No entanto, o grupo de enfermeiros do HCPA que esta revisando o sistema de prescrição, adotou como conduta manter a intervenção em todos os diagnósticos de enfermagem.

Quanto ao cuidado “observar reações alérgicas” , constata-se a sua não aplicabilidade prática, sendo que a enfermeira não deve prescrever esta intervenção partindo do diagnóstico de “alteração da mucosa oral”, tendo conhecimento da definição do mesmo e dos tipos de alterações da mucosa.

Algumas intervenções podem ser acrescentadas para complementar a assistência e facilitar a prescrição dos cuidados, como:

- *Utilizar escova de dentes macia* evitando lesões na mucosa sensível e gengivas, sem deixar de realizar a higiene adequada dos dentes, prevenindo complicações como cáries, por exemplo, que tornam-se “portas de entrada” para microorganismos patogênicos.
- *Lubrificar lábios com manteiga de cacau* visando amenizar ou evitar o aparecimento de fissuras e proporcionar bem estar ao paciente.
- *Verificar rotineiramente a cavidade oral na busca de alterações*, identificando lesões iniciais, o que permite prevenir complicações.
- *Realizar bochechos com chá de camomila ou malva* : segundo Balbach (1995), a camomila e a malva possuem ação antiinflamatória e são muito indicadas para bochechos pois além de agir nas inflamações bucais, causam alívio da dor.
- *Suspender o uso de clorexidine quando surgir lesões* : sabe-se que o clorexidine contém álcool, o que pode causar dor ao paciente, além de aumentar as lesões pois agride a mucosa oral fragilizada pela irritação química. O uso de clorexidine é indicado o somente em pacientes com mucosa íntegra, com a finalidade de limpeza e diminuição da flora bacteriana normal da cavidade oral (Munerato, 2001).

- *Prótese dentária* : Existem vários cuidados que a enfermeira deve prescrever para os pacientes que utilizam prótese dentária móvel. A higiene adequada desta prótese deve ser estimulada pela equipe ou realizada por esta quando o paciente não puder fazê-la, evitando acúmulo de sujeira. Em casos onde houverem lesões, a prótese deve ser retirada, permitindo a recuperação da mucosa, o alívio da dor e a melhor visualização das alterações.

Quando há indicações para que o paciente permaneça sem a prótese dentária, especificamente no CTMO, a rotina de cuidados inclui manter a prótese em um frasco estéril com água bidestilada, trocando a água e o frasco diariamente.

5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Risco para infecção

Definições

De acordo com o sistema informatizado do HCPA : “Estado em que o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por organismos patogênicos”.

Conforme Carpenito (2001, p.347) : “Estado em que o indivíduo apresenta risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita) de fontes externas, endógenas ou exógenas”.

Segundo Carpenito (1997), uma série de problemas de saúde e de situações podem criar condições favoráveis que propiciam o desenvolvimento de infecções, a partir disso, pode-se afirmar que todos os indivíduos estão em risco para infecção.

Alguns fatores causadores de infecção são :

- a) Fisiopatológicos : câncer, insuficiência renal, diabetes, distúrbios hematológicos, AIDS, artrite, obesidade, entre outras;
- b) Tratamentos : diálise, cirurgia, intubação, transplantes, quimioterapia, radioterapia, terapia medicamentosa e outros;

- c) Situacionais : imobilidade prolongada, desnutrição, história de infecções, permanência prolongada no hospital;
- d) Maturacionais : recém-nascidos, relacionados à maior vulnerabilidade natural do bebê.

O risco para infecção descreve um indivíduo cujas defesas estão comprometidas, aumentando, assim, a suscetibilidade aos patógenos ambientais ou à sua própria flora endógena. A resistência à infecção depende da resposta imunológica do indivíduo, da dose do agente infeccioso e da virulência do organismo.

As intervenções de enfermagem concentram-se em minimizar a introdução de organismos ou em aumentar a resistência à infecção e, segundo Carpenito (1997), devem estar baseadas em : identificar os indivíduos em alto risco de infecção hospitalar; reduzir a entrada de organismos nos indivíduos; proteger o indivíduo imunodeficiente da infecção; reduzir a suscetibilidade do cliente à infecção; iniciar a educação para a saúde.

O quadro II descreve as intervenções de enfermagem, partindo da etiologia mais freqüente para o diagnóstico de “Risco para infecção” observado na amostra.

QUADRO II: Intervenções de enfermagem para o diagnóstico “Risco para infecção, relacionado a imunossupressão

Intervenções que estão no sistema e são adequadas	Intervenções que podem ser acrescentadas ao sistema	Intervenções que podem ser excluídas do sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente (acrescentar complemento) • Orientar paciente e familiares sobre prevenção de infecção • Orientar paciente e família sobre mudança no estilo de vida • Estimular o auto-cuidado • Implementar técnica para verificação de glicosúria • Implementar rotina de cuidados com acesso venoso • Realizar curativos (complementar com local e material ou conforme rotina do TMO) • Observar sinais de infecção • Implementar rotinas para troca de curativos de cateter central • Implementar rotina para coleta de exames laboratoriais • Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos (e complemento) • Implementar rotina de cuidados na administração de Ganciclovir • Implementar rotina de cuidados na administração de pulsoterapia • Implementar rotina de cuidados na administração de anfotericina • Implementar rotina de cuidados para hipertensão 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e registrar diariamente condições do local de inserção do cateter central • Controlar temperatura axilar 4/4h • Manter paciente em ambiente seguro (quarto individual, rotinas de paramentação p/ entrada de pessoas no CTMO) • Monitorar diariamente resultados do hemograma • Cuidados com administração de hemoderivados • Controlar presença de hematúria • Realizar exame físico 3X/dia em busca de sinais de processo infeccioso e/ou sangramento • Adequar as visitas às condições do paciente • Implementar rotina para higiene perineal • Implementar rotina para higiene oral • Fornecer PVPI tópico para higiene nasal • Implementar rotina com manuseio de cateter venoso central • Orientar lavagem das mãos • Fornecer solução degermante para higiene corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar alterações do nível de consciência • Vigiar padrão respiratório • Implementar rotina de cuidados com soroterapia • Mediar conforme prescrição • Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito • Proteger a pele para evitar rompimento • Manter precauções com sangue e fluidos

Fonte: ERCOLE, Miriam P. : Dados obtidos do instrumento utilizado pela pesquisadora

Analisando as intervenções disponíveis observa-se vários itens referentes a orientação do paciente e seus familiares como “ orientar paciente” que segundo as enfermeiras do

subgrupo de diagnóstico deve ser utilizado sempre com um complemento, porque senão perderia o sentido, ou seja, deve-se estipular o que deve ser orientado ao paciente. O paciente orientado e ciente do seu risco aumentado para desenvolver infecção colabora com o tratamento, principalmente se for estimulado o auto – cuidado (outra intervenção importante do ponto de vista das enfermeiras).

A família deve ser orientada sobre a prevenção de infecção (lavagem rigorosa das mãos, uso de máscara , avental e propés ao entrar na unidade), por isso pode-se acrescentar como intervenção “ manter o paciente em ambiente seguro (quarto individual, rotinas de paramentação para entrada de pessoas no CTMO), além disso, o paciente e seus familiares devem ser orientados sobre as mudanças no estilo de vida de todos, durante a internação e após a alta hospitalar. Muitas vezes o paciente não pode voltar para sua residência, por falta de recursos (saneamento, ausência de animais, água tratada e outros itens avaliados na visita domiciliar realizada pela equipe), e precisa se hospedar na casa de outros familiares ou até mesmo permanecer no albergue do hospital até providenciar local adequado para morar. O paciente precisa ser informado sobre todos os cuidados que deverá ter, principalmente depois que sair do CTMO, como por exemplo, evitar lugares cheios (shoppings, supermercados, elevadores, ônibus), utilizar máscara por longo período, o uso de preservativo nas relações sexuais, mulheres não devem engravidar logo após o transplante.

Outra intervenção de enfermagem é a verificação de glicosúria que se torna coerente pois de acordo com o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas –DEF- (1999/2000) algumas drogas imunossupressoras causam alterações no metabolismo e o paciente pode apresentar variações no nível de glicose que aparecem tanto no sangue quanto na urina. Ainda relacionado com a eliminação urinária, uma maneira eficaz de controlar sangramentos (causados por um número de plaquetas insuficientes e por algumas drogas), é através de análise de fita teste na urina. Pode ser incluído como cuidado de enfermagem “controlar presença de hematúria”.

No CTMO existe um cuidado especial com o acesso venoso, pois trata-se sempre de cateter venoso central, e o paciente normalmente está neutropênico, e por isso, existem intervenções específicas no sistema e que devem ser prescritas pela enfermeira, como “implementar rotina de cuidados com acesso venoso”, “realizar curativo” (deve ter como

complemento a região , por exemplo o local de incisão para colocação do cateter) e/ou ”implementar rotinas para troca de curativos de cateter central”, com o objetivo de prevenir infecções, a equipe do CTMO segue algumas rotinas, conforme orientações do serviço de controle de infecção como : realizar troca de todos os equipos, conexões e extensores diariamente, manipular cateter com gaze estéril umedecida em álcool a 70%, realizar assepsia nos locais de inserção e incisão do cateter com clorexidine a 0,5%, utilizando cotonetes estéreis, manter curativo transparente por 7 dias se não apresentar secreção/sangramento ou se não descolar antes, utilizar curativo com gaze estéril nos primeiros dias de colocação do cateter. Além disso, a equipe deve estar atenta quanto ao funcionamento desse acesso, observando seu fluxo e refluxo, avaliando e registrando diariamente as condições do local de inserção do cateter. Devido a todas estas observações, sugiro que sejam acrescentadas no sistema duas intervenções relacionadas ao cateter central com objetivo de prevenir infecções : “implementar rotina de manuseio com cateter venoso central” e “avaliar e registrar diariamente condições do local de inserção do cateter central”.

A intervenção “observar sinais de infecção” é essencial pois quando surgem os primeiros sinais de infecção, se a equipe agir imediatamente pode-se evitar complicações, já que tratam-se de pacientes imunossuprimidos. A partir disso, podemos acrescentar mais duas intervenções que auxiliam na observação dos sinais de infecção : “ controlar temperatura axilar 4/4h” e “ realizar exame físico 3x/dia em busca de sinais de processo infeccioso e/ou sangramento”, comunicando equipe médica sempre que necessário.

O paciente internado no CTMO, realiza exames laboratoriais diários e por isso cabe ao enfermeiro prescrever como cuidado de enfermagem “implementar rotina para coleta de exames laboratoriais “ conforme sugere o sistema de prescrição informatizada. No CTMO as amostras de sangue são coletadas pelas enfermeiras do turno da noite às 6hs através do cateter central com técnica asséptica, com o objetivo de monitorar diariamente a evolução do paciente, principalmente a “pega da medula”, a partir disso pode ser acrescentada mais uma intervenção: “monitorar diariamente resultados do hemograma”, com a intenção de alertar a equipe para alterações que necessitem de intervenção imediata (como plaquetopenia, distúrbios eletrolíticos, entre outros).

Outra intervenção já incluída no sistema para o diagnóstico em estudo é “implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos”. Houveram muitas discussões entre as enfermeiras do subgrupo e do grupo de diagnósticos sobre esta intervenção, algumas defenderam a idéia de que não se encaixa ao diagnóstico de “Risco para infecção relacionado à imunossupressão”, enquanto outras acreditam que pode ser prescrito pois o paciente que está em risco para infecção por imunossupressão provavelmente fez uso de alguma dessas drogas que necessitam atenção diferenciada no preparo e na administração.

No entanto, deve constar como complemento qual a medicação, por exemplo, *pulsoterapia* que segundo observações contidas no DEF (1999/2000), deve-se observar frequência cardíaca a cada 30 minutos; *ganciclovir* que deve ser administrado em uma hora, em via exclusiva, protegido da luz; *anfotericina* que pode causar tremores e alterações da temperatura; e *ciclosporina* que deve ser diluída e administrada em frasco à vácuo.

Intervenção de “implementar rotina de cuidados para hipertensão” deve ser mantida no sistema pois o uso de algumas medicações imunossupressoras pode causar elevação dos níveis tencionais, conforme informações contidas no DEF (1999/2000).

Além de todos os cuidados sugeridos pode se acrescentar ainda:

- *Manter cuidados com administração de hemoderivados* : no CTMO são as enfermeiras que instalam e controlam a infusão de hemoderivados. Existem alguns cuidados que devem ser seguidos conforme orientações da equipe transfusional do hospital, como condutas a serem tomadas em casos de reação (documento disponível no mural da unidade).
- *Adequar as visitas às condições do paciente* : Conforme rotina do CTMO é permitido que apenas duas pessoas visitem o paciente transplantado durante todo o período de internação, desde que estas pessoas não apresentem nenhum sinal de infecção e respeitem as rotinas de paramentação do setor. Embora o serviço de controle de infecção do hospital oriente que fique o menor número de pessoas no quarto, ou seja deve-se evitar visitas concomitantes.

- *Implementar rotina para higiene perineal (específico para o CTMO)* : Os pacientes imunossuprimidos desenvolvem lesões de pele e infecções urinárias facilmente, por isso o cuidado com o períneo é essencial para a prevenção de infecções. No CTMO, utiliza-se papel higiênico branco e macio enquanto o paciente não estiver neutropênico e quando entrar em neutropenia é orientado que o paciente realize a higiene após as eliminações, com água boricada e algodão (material fica disponível no banheiro do paciente).
- *Implementar rotina de cuidados para higiene oral* : esta intervenção pode ser acrescentada, tendo em vista que existe uma rotina para higiene oral dos pacientes internados no CTMO que difere um pouco das outras unidades do hospital. O tipo de higiene depende da fase de mucosite em que o paciente está. Enquanto a mucosa oral estiver íntegra, orienta-se que o paciente realize bochechos com solução de clorexidine em média 3x/dia, removendo parte da flora bacteriana normal da boca, escove os dentes com escova macia ou extra macia, evitando o acúmulo de tartáros e sujidade, a escova macia evita lesões (que se tornam “portas de entrada para microorganismos), o uso de fio dental é impróprio para a fase de plaquetopenia, mas pode ser utilizado no início da internação com cuidado. Quando houverem lesões, o clorexidine deve ser suspenso pois é extremamente agressivo à submucosa oral, além de causar ardência, deve-se, então realizar bochechos com chás de camomila e malva (frios), soluções anestésicas e bicarbonato diluído em água destilada de 1/1h, e continuar escovando os dentes sempre que possível.
- *Fornecer PVPI tópico para higiene nasal* : Uma equipe do HCPA visitou o CTMO de Curitiba em busca de informações para construir o CTMO do HCPA, nesta visita foram informados de que estudos comprovaram que a higiene nasal diminui o número de bactérias endógenas das vias aéreas superiores, e que é eficaz na prevenção de infecções respiratórias nos pacientes imunossuprimidos. A partir disso, o CTMO do HCPA adotou como rotina fornecer para o paciente diariamente um copinho com PVPI tópico e dois cotonetes para higiene das narinas. Hoje, ainda não está disponível para prescrever no sistema este cuidado.

- *Orientar lavagem das mãos* : as enfermeiras do CTMO, baseadas em experiência profissional, sugerem que exista um item na prescrição específico para a lavagem das mãos, pois trata-se de um cuidado especial que deve ser explicado para o paciente e supervisionar que o mesmo realize da maneira adequada. Muitos pacientes são resistentes, não costumam lavar as mãos após usar o banheiro e isso deve ser trabalhado através de explicações sobre a condução de germes das mãos para a cama, cateter, comida e outros.
- *Fornecer solução degermante para higiene corporal* : Os pacientes utilizam em dias alternados solução degermante (PVPI ou clorexidine) para tomar banho. A rotina parte do princípio de que se remove microorganismos e sujidade da pele, sempre com o objetivo de diminuir o risco para infecções oportunistas.

Algumas intervenções estão no sistema e poderiam ser excluídas, como :

- *Avaliar alterações do nível de consciência* : de acordo com enfermeiras do subgrupo de diagnósticos, dificilmente a enfermeira prescreverá este cuidado partindo do diagnóstico de risco para infecção, supõe-se que o paciente que apresentar alterações do nível de consciência já tenha diagnóstico de infecção instalada, ou outro diagnóstico relacionado com comprometimento do sistema nervoso central. Existe o risco para a infecção, quando o paciente apresentar algum processo infeccioso, o risco se transforma em fato e as condutas serão outras.
- *Vigiar padrão respiratório* : seguindo o mesmo raciocínio do item anterior, não seria necessário vigiar o padrão respiratório de maneira intensificada (se observa durante a verificação de sinais vitais), do paciente com risco para infecção.
- *Implementar rotina de cuidados com soroterapia* : de acordo com as enfermeiras do subgrupo de diagnósticos, mantendo a intervenção “implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos”, pode-se estender este cuidado ao controle de infusões em geral, complementando com “ implementar rotina de cuidados com acesso venoso”, concluiu-se que a intervenção específica para soroterapia seria desnecessária para o diagnóstico em estudo.

- *Medicar conforme prescrição* : as enfermeiras do subgrupo de diagnósticos, adotaram com critério, não prescrever itens considerados óbvios como seguir a prescrição médica, considera-se desnecessária tal intervenção estar prescrita.
- *Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito e proteger a pele para evitar rompimento* : de acordo com Carpenito (2001), estas intervenções seriam mais adequadas aos diagnósticos de enfermagem de “risco para integridade da pele prejudicada”, “mobilidade física prejudicada”, por exemplo, e devem ser prescritas partindo destes diagnósticos e não do diagnóstico de risco para infecção.
- *Manter precauções com sangue e fluídos* : conforme serviço de controle de infecção do hospital, trata-se de uma rotina universal, não necessitando estar prescrita para ser seguida.

5.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM :Déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene

Definições

De acordo com o sistema informatizado do HCPA: “Estado em que o indivíduo experimenta uma habilidade prejudicada para realizar ou completar por si mesmo atividade como o banho”.

Conforme Carpenito (2001, p.377) : “Estado em que o indivíduo apresenta habilidade prejudicada para desempenhar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo”.

De acordo com Carpenito (1997), o déficit no auto-cuidado afeta o núcleo de auto-conceito e da autodeterminação da pessoa, por isso, a enfermagem deve identificar as técnicas que permitam ao paciente o grau máximo de participação e de independência possível, evitando realizar todos os cuidados pelo paciente.

As intervenções de enfermagem para o paciente com o diagnóstico de “Déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene”, segundo Carpenito (1997), devem partir inicialmente das

causas (fatores causais), que podem ser: déficit visual, membros afetados ou ausentes ou déficits cognitivos. No CTMO observa-se como fatores causais, inicialmente a dificuldade que o paciente apresenta para se movimentar com o cateter , que muitas vezes está ligado à várias bombas de infusão, ou nos casos em que o paciente está extremamente fraco (anêmico, desidratado, com dor, por exemplo) e impossibilitado de sair do leito sem auxílio, ou seja, o diagnóstico está relacionado com a imobilidade.

Além disso, Carpenito (1997) afirma que as intervenções de enfermagem devem estar concentradas em proporcionar oportunidades para o paciente reaprender ou para adaptar-se à atividade.

Convém citar, para conhecimento, que existe o diagnóstico “Síndrome do Déficit no Autocuidado”, que atualmente não aparece na lista de diagnósticos da NANDA. No entanto, foi acrescentado na obra de Carpenito (1997) para descrever uma pessoa com a habilidade comprometida em todas as cinco atividades de auto-cuidado (alimentação, banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, uso do vaso sanitário e instrumental)..

Abaixo, no quadro III, estão listadas as intervenções de enfermagem para o diagnóstico em análise, partindo da etiologia mais frequente na amostra do estudo:

Quadro III : Intervenções de enfermagem para o diagnóstico “Déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene, relacionado a imobilidade”

Intervenções que estão no sistema e são adequadas	Intervenções que podem ser acrescentadas ao sistema	Intervenções que podem ser excluídas do sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente (acrescentar complemento) • Manter unhas curtas e limpas • Realizar higiene perineal após cada evacuação • Manter períneo limpo e seco • Orientar familiares sobre o cuidado • Orientar a importância dos cuidados de higiene • Higienizar couro cabeludo • Realizar higiene oral • Pentear o cabelo • Realizar banho de leito • Realizar higiene corporal no chuveiro • Organizar material para o banho • Levar o paciente ao chuveiro • Proporcionar privacidade durante a rotina do banho • Providenciar equipamento auxiliar para o banho • Orientar formas de adaptar-se a deficiência 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a temperatura do banheiro quente • Manter a campainha ao alcance, se a pessoa for banhar-se sozinha • Supervisionar a atividade até que a pessoa possa realizar sozinha • Ensinar o uso de equipamentos de apoio 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar medidas para promover micção • Colocar dispositivo de incontinência urinária • Hidratar a pele • Oferecer hidratante para a pele

Fonte: ERCOLE, Miriam P. : Dados obtidos do instrumento utilizado pela pesquisadora

Novamente aparece a intervenção “ orientar paciente”, precisamos estar atentos ao prescrever este cuidado para que se complemente sempre, por exemplo : orientar o paciente a chamar enfermeira quando estiver disposto a tomar banho (no CTMO a enfermeira interrompe as infusões e o paciente vai para o banho somente com o cateter, sem soro, o que facilita muito a sua movimentação).

O paciente com déficit no auto – cuidado deve ser orientado para manter as unhas curtas e limpas ou, quando o mesmo não conseguir realizar tal cuidado sozinho, a equipe deve ser responsável pela intervenção. Principalmente nos pacientes pós TMO, devido ao risco aumentado para infecção (sujidade sob as unhas pode ser prejudicial) , além da possibilidade de se arranhar , o que proporciona uma “porta de entrada” para os microorganismos, e pode ocasionar sangramento intenso em fase de plaquetopenia.

Cabe à enfermeira prescrever cuidados com o períneo como “ realizar higiene perineal após cada evacuação “ e “ manter períneo limpo e seco” , devido a deficiência que o paciente apresenta para realizar hábitos de higiene sozinho, citada por Carpenito (1997). O períneo deve ser observado nesses pacientes prevenindo complicações causadas pela falta de higiene como infecções, dermatites, entre outras.

Conforme Carpenito (1997), as intervenções para os pacientes com o diagnóstico em estudo devem ter como objetivo a independência do paciente e conseqüente melhora dos sinais que confirmaram o diagnóstico. Por isso a enfermeira deve prescrever itens como “orientar familiares sobre o cuidado” para que os familiares participem dos cuidados no hospital e principalmente em casa quando necessário, e “orientar a importância dos cuidados de higiene” estimulando o aprendizado e o auto – cuidado.

Alguns pacientes possuem um déficit no auto – cuidado mais intenso, e por isso devemos manter disponíveis no sistema intervenções como : higienizar couro cabeludo, realizar higiene oral, pentear o cabelo, realizar banho de leito e realizar higiene corporal no chuveiro. Proporcionando conforto e bem estar ao paciente, além de prevenir complicações, mas é importante que a enfermeira avalie diariamente a situação, para que o paciente possa assumir as atividades assim que estiver em condições.

“Organizar material para o banho”, é uma intervenção coerente, pois os pacientes com déficit no auto – cuidado, segundo Doenges e Moorhouse (1999), possuem incapacidade para obter água ou para chegar até a fonte da mesma, regular sua temperatura ou fluxo. Cabe à equipe de enfermagem auxiliar o paciente, organizando o material (toalhas, sabonete), além de acompanhá-lo até o chuveiro se for necessário.

A partir disso, devemos manter as intervenções : “providenciar equipamento auxiliar para o banho”, e “levar o paciente ao chuveiro”, e podemos acrescentar como cuidado “ensinar o uso de equipamentos de apoio” e “supervisionar a atividade até que a pessoa possa realizar sozinha”, associados a intervenção existente no sistema “orientar formas de adaptar-se a deficiência” . Sempre com o objetivo de que o paciente realize sua própria higiene precocemente.

O paciente deve ser preservado do frio e da exposição a outras pessoas durante o banho, por isso considera-se coerente a intervenção “proporcionar privacidade durante a rotina do banho” e ainda acrescentar como cuidado “manter a temperatura do banheiro quente”, levando em consideração a definição de Doenges e Moorhouse (1999) citada anteriormente.

Quanto aos cuidados com a pele como : “oferecer hidratante para a pele” e “hidratar a pele” , podem ser excluídos do sistema, pois são coerentes com o diagnóstico de “risco para prejuízo da integridade da pele” e devem ser prescritos partindo do diagnóstico correto.

Segundo Carpenito (1997), as intervenções “implementar medidas para promover micção” e “colocar dispositivo de incontinência urinária” estão relacionadas com o diagnóstico de “alteração na eliminação urinária” e podem ser excluídos do diagnóstico em estudo, para que a enfermeira prescreva os cuidados a partir do diagnóstico adequado.

Além de todas as sugestões acima posso ainda acrescentar, segundo Carpenito (1997), o cuidado de “manter a campainha ao alcance, se a pessoa for banhar – se sozinha”, proporcionando segurança para que o paciente realize sua higiene sozinho quando for possível, e se o paciente não necessitar de ajuda, então não mais se encaixará no diagnóstico de “déficit no auto – cuidado: banho e ou higiene”.

5.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM : Alteração na eliminação urinária

Definições

De acordo com o sistema informatizado do HCPA : “Estado em que o indivíduo experimenta um distúrbio na eliminação urinária”.

Conforme Carpenito (2001, p.249): “Estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, disfunção na eliminação urinária”.

Sendo que de acordo com Carpenito (2001), o diagnóstico aparece com o título: “Padrões de eliminação urinária alterados” e atualmente não consta na lista da NANDA, mas foi incluído em sua obra por sua clareza e utilidade.

Segundo Carpenito (1997), as alterações na eliminação urinária podem estar relacionadas a vários fatores como :

- a) Fisiopatológicos: relacionados a anomalias congênitas do trato urinário, infecção, traumatismo, uretrite, glicosúria , carcinoma, esclerose múltipla, neuropatia diabética, neuropatia alcoólica, Parkinsonismo, acidente vascular cerebral, entre outros.
- b) Tratamento: cirurgias sobre o esfíncter da bexiga, anestesia geral ou espinal, anti – histamícos, epinefrina, anticolinérgicos, sedativos, pós – cateterização de demora, terapia com imunossupressores, diuréticos, tranqüilizantes, relaxantes musculares.
- c) Situacionais: obesidade, parto, envelhecimento, recente perda substancial de peso, incapacidade de comunicar as necessidades, depressão, delírio, mobilidade prejudicada, distância do banheiro, pouca iluminação, entre outras.
- d) Maturacionais: relacionados a pequena capacidade da bexiga e falta de motivação.

De acordo com Doenges e Moorhouse (1999) as intervenções de enfermagem devem estar centradas em avaliar os fatores causadores/contribuintes; avaliar grau de interferência/incapacitação; auxiliar no tratamento/prevenção de alteração urinária; auxiliar no controle de alterações urinárias a longo prazo; promover o bem estar do paciente.

No quadro IV estão expostas as intervenções que aparecem atualmente no sistema informatizado do HCPA para o diagnóstico de “alteração na eliminação urinária, partindo da etiologia mais comum na amostra, além de sugestões para facilitar a prescrição dos cuidados.

QUADRO IV: Intervenções de enfermagem para o diagnóstico “Alteração na eliminação urinária, relacionada a efeitos colaterais de medicamentos”

Intervenções que estão no sistema e são adequadas	Intervenções que podem ser acrescentadas ao sistema	Intervenções que podem ser excluídas do sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária • Orientar paciente (mais complemento) • Verificar sinais vitais • Realizar balanço hídrico parcial • Realizar balanço hídrico total • Registrar aspecto e frequência das eliminações • Verificar hematuria • Implementar protocolo para sondagem vesical de alívio • Medir perda urinária por pesagem diferencial de fraldas • Implementar rotina de cuidados na lavagem vesical • Implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar medidas para promover e micção • Colocar dispositivo de incontinência urinária • Demonstrar a posição adequada do cateter de drenagem e da bolsa • Investigar presença de globo vesical no mínimo de 6/6hs • Estimular ingesta hídrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar alterações do nível de consciência • Tranqüilizar o paciente

Fonte: ERCOLE, Miriam P. : Dados obtidos do instrumento utilizado pela pesquisadora

A intervenção “implementar rotina de cuidados com eliminação urinária” deve ser considerada adequada pois abrange vários fatores (conforme rotina do hospital, que consta no sistema e pode ser impressa) como: a cada 6 horas ou a cada micção medir o volume de urina do paciente; lavar o utensílio e levar ao paciente; o volume verificado deve ser registrado na folha de controles intensivos, assim como alguma alteração na coloração e/ou aspecto; no final de cada turno somar o volume registrado.

“Orientar paciente” pode ser considerado como conduta adequada para o diagnóstico desde que se complemente, as enfermeiras do subgrupo de diagnósticos acham coerente

manter a intervenção para o diagnóstico pois o paciente com alterações na eliminação urinária normalmente sente-se inseguro e, muitas vezes até envergonhado, frente a situação.

O cuidado “verificar sinais vitais” aparece no sistema e está sendo mantido para todos os diagnósticos, conforme decisão do subgrupo de enfermeiras que estudam os diagnósticos, baseadas na teoria de que a intervenção é necessária em qualquer situação em que o paciente se encontre.

“Realizar balanço hídrico parcial e/ou total” considera-se coerente, pois segundo Doenges e Moorhouse (1999) a enfermeira deve estar atenta no paciente com alterações na eliminação urinária, calculando o diferencial entre o volume de líquidos ingerido e o eliminado e, a partir disso detectar problemas como retenção por exemplo, e interagir com a equipe médica proporcionando melhora do quadro.

Se o paciente estiver incontinente, Doenges e Moorhouse (1999), sugerem pesar as fraldas ou colocar dispositivo de incontinência urinária e anotar o volume de diurese para realização do balanço hídrico, por isso a intervenção “medir perda urinária por pesagem diferencial de fraldas” deve ser mantida no sistema e podemos acrescentar “colocar dispositivo de incontinência urinária”.

Além disso, a equipe deve “observar e registrar o aspecto e a frequência das eliminações”, que segundo Carpenito (1997), podem estar alterados pelos efeitos das medicações (conforme fator relacionado encontrado na amostra), como por exemplo, os opióides como a morfina que causam retenção urinária, enquanto alguns quimioterápicos causam cistite hemorrágica, entre outras alterações. A partir disso, podemos considerar adequada a intervenção “verificar hematúria”, pois a enfermeira pode optar por prescrever diretamente a alteração que deve ser observada nas eliminações, chamando a atenção para um risco que pode se tornar fato.

O paciente com alterações na eliminação urinária, causadas por efeitos colaterais de medicamentos pode sofrer de retenção, conforme Carpenito (1997), causada principalmente por anestesia geral ou espinal e uso de opióides, o que implica na realização de cateterismos de alívio ou de demora (dependendo da situação e da avaliação da equipe), por isso torna-se adequada a intervenção “implementar protocolo para sondagem vesical de alívio” e

“implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora”. Sendo que tanto o protocolo quanto a rotina devem estar a disposição para consulta de todos os membros da equipe.

Carpenito (1997) afirma que a equipe de enfermagem deve promover condições para que o paciente realize suas atividades sozinho sempre que possível. Por isso torna-se coerente prescrever para o paciente com sonda vesical de demora “demonstrar a posição adequada do cateter de drenagem e da bolsa” conforme sugestão de Doenges e Moorhouse (1999), com a finalidade de que o paciente se movimente consciente de como evitar refluxo e facilitar a drenagem da urina.

Além disso, Doenges e Moorhouse (1999) acrescentam o cuidado “investigar presença de globo vesical” para que todos os membros da equipe estejam atentos e identifiquem a retenção urinária precocemente, prevenindo complicações como infecção e/ou hiper – reflexia anatômica.

Podemos acrescentar ainda, a intervenção “implementar medidas para promover a micção”, com o objetivo de evitar procedimentos invasivos como as sondagens vesicais, sem real necessidade pois muitas vezes a retenção esta sendo causada pelas medicações mas está acentuada pela imobilidade do paciente, por exemplo.

Segundo Carpenito (1997), os pacientes que possuem o diagnóstico em estudo podem apresentar hematúria, cálculos, entre outras alterações causadas por efeitos colaterais de medicamentos. Podendo ser indicado lavagem vesical contínua e/ou lavagem manual.

De acordo com Veiga e Crossetti (1998), a lavagem vesical tem a finalidade de limpar a bexiga, desobstruir a sonda e aplicar soluções dentro da bexiga. A enfermeira deve realizar esta técnica de maneira asséptica e com equipamento estéril. Por isso devemos manter disponível no sistema de prescrição o cuidado “implementar rotina de cuidados na lavagem vesical”. Analisando a rotina disponível no sistema se obtém ao lista de materiais necessários para realizar o procedimento, além da descrição de todas as etapas da lavagem vesical

Além de todas as intervenções sugeridas podemos acrescentar ainda “estimular ingesta hídrica”, que de acordo com Doenges e Moorhouse (1999), está adequado para o diagnóstico

em estudo, pois se não houver contra – indicações cardíacas, os líquidos ingeridos em volume aumentado ajudam a manter a função renal, evitam infecção e formação de cálculos nos rins, além de eliminar excesso de drogas. Veiga e Crossetti (1998) afirmam ainda, que o ideal é que a lavagem da bexiga aconteça de maneira natural, conseguida com o aumento da ingesta hídrica.

A intervenção “avaliar alterações do nível de consciência” pode ser excluída do sistema para o diagnóstico de alteração na eliminação urinária, relacionada a efeitos colaterais de medicamentos, pois se encaixa melhor nos diagnósticos que envolvam alterações no sistema nervoso central e deve ser prescrito partindo do diagnóstico correto.

O cuidado “tranqüilizar o paciente”, segundo enfermeiras do subgrupo de diagnósticos, não precisa estar prescrito pois trata-se de uma conduta que deve estar presente em todos os profissionais, ou seja, o paciente deve ser tranqüilizado sempre, principalmente enquanto estiver sob os cuidados da equipe no hospital. Se a enfermeira perceber que o paciente está inquieto deve prescrever outros cuidados, direcionados para o problema que está causando ansiedade no momento em que o paciente está sendo avaliado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo me permitiu ampliar o conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido a TMO, proporcionando melhores condições para construção do conhecimento sobre os diagnósticos e intervenções de enfermagem a estes pacientes.

Durante o período de graduação do curso de Enfermagem, iniciamos nosso aprendizado sobre o diagnóstico de enfermagem, sendo esse um assunto relativamente recente na literatura e na prática.

Como acadêmica pude observar durante os estágios que os alunos e enfermeiros de campos ainda encontram dificuldades na implantação dos diagnósticos de enfermagem como parte do processo de enfermagem já institucionalizado no HCPA.

Atualmente, alguns profissionais da área da saúde nem mesmo conhecem a lista da NANDA, o que preocupa muito, pois a partir da realização do presente estudo pude constatar o quanto é fundamental identificar qual o verdadeiro problema que o paciente está apresentando e planejar os cuidados partindo de um diagnóstico de enfermagem definido.

É importante ressaltar que o grupo de enfermagem do HCPA já adota a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente através da metodologia do processo de enfermagem (HORTA, 1979). Neste caso, os enfermeiros já prescrevem cuidados e intervenções de enfermagem que até então estavam baseados nas listas de problemas de enfermagem.

A partir do desenvolvimento de um sistema de prescrição de enfermagem informatizado e de sua implantação em todo o HCPA desde janeiro de 2001 é que as intervenções de enfermagem estão relacionadas aos diagnósticos de enfermagem.

Nas atividades práticas e durante a coleta de dados para este trabalho, consegui observar que muitos profissionais de enfermagem “procuram” os cuidados no sistema para prescrever, não considerando se o diagnóstico identificado está de acordo com o real quadro do paciente, ou seja, ocorre uma distorção das informações, pois o enfermeiro “rouba” os cuidados que aparecem em qualquer diagnóstico, com o objetivo de fazer a prescrição de enfermagem contribuindo, desta forma, para a não acreditação no processo de diagnósticos de enfermagem.

Esta distorção pode estar se refletindo nos dados encontrados neste estudo. Ao identificar os diagnósticos de enfermagem mais comuns no TMO alogênico onde diagnósticos referidos na literatura e vivenciados por mim durante o estágio, não foram prevalentes no grupo de pacientes estudado.

No entanto, aqueles diagnósticos de enfermagem levantados e trabalhados de maneira mais aprofundada permitiram uma análise crítica e comparativa do sistema de prescrição de enfermagem existente contribuindo para a sua adequação com vistas a planejar intervenções objetivas, tanto a nível hospitalar como familiar, favorecendo a continuidade dos cuidados.

Após a elaboração deste estudo, posso afirmar que os diagnósticos de enfermagem são importantes para a profissão, e que com o passar dos anos, quando eles forem incorporados em todos os níveis de atendimento em saúde, a assistência de enfermagem será mais qualificada, fortalecendo a autonomia profissional.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BALBACH, Alfons. **As plantas que curam**. 2ª ed. São Paulo: Editora Missionária, 1995.
- 2 BEECHAM, SmithKline. Farmacêutica. **Dicionário de especialidades farmacêuticas – DEF**. Edição Especial. Porto Alegre. Editora de publicações científicas, 1999/2000
- 3 CARPENITO, Linda J. **Diagnósticos de enfermagem : aplicação à prática clínica**. 6 edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.
- 4 CLARCK, Jane C.; MCGEE, Rose F. **Enfermagem oncológica: um curriculum básico**. 2ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.
- 5 DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary F. **Diagnósticos e intervenções em enfermagem**. 5 edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1999.
- 6 GOLDIM, J. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde**. Porto Alegre. Da Casa Editora, 1997.
- 7 HORTA, Wanda de A.. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979.
- 8 IYER, Taptich; BERNOCCHI, Losey. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Artes Médicas, 1993
- 9 NANDA. **Definições e classificação**. Edição Comemorativa. Porto alegre. Artmed, 1999/2000.
- 10 POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.
- 11 RIUL, Sueli; AGUILAR, Olga M. **Transplante de medula óssea: organização da unidade e assistência de enfermagem**. São Paulo. EPU, 1996.
- 12 SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed., vol. 1. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S. A., 1998.
- 13 TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre: vídeo produzido por Prisma Produções, 1997, VHS, sonorizado, em cores, para o programa NT MED, Porto Alegre (constando depoimento do Dr. Pasquini).

- 14 VEIGA, Deborah de A.; CROSSETTI, Maria da Graça O. **Manual de Técnicas de Enfermagem**. 8 edição. Porto Alegre. Sagra Luzzatto, 1998.
- 15 WANNMACHER, Lenita; FUCHS, Flávio D. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ, 1998.

ANEXOS

ANEXO B

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

	Cadastro no GPPG
--	-------------------------

Os autores do presente projeto de pesquisa se comprometem a manter o sigilo dos dados coletados em prontuários e bases de dados referentes a pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2001.

Autores do Projeto

Nome	Assinatura