

Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino

Nursing diagnosis identified in renal transplant patients of a teaching hospital

Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes transplantados renales de un hospital de enseñanza

Michelle Soares Josino da Silva^I, Janaína Bessa Teixeira^{II},
Selda Maria de Aguiar Carvalho^{III}, Maria de Fátima Bastos Nóbrega^{IV}

^I Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Universidade Estadual do Ceará (UECE), estagiária do Projeto de Extensão "O enfermeiro do amanhã desenvolvendo sua prática profissional" - Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC). Bolsista PIBIC-CNPq. Email: josinomichelle@yahoo.com.br.

^{II} Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da UECE, estagiária do Projeto de Extensão "O enfermeiro do amanhã desenvolvendo sua prática profissional" - HUWC/UFC. Bolsista PET/ENFERMAGEM/UECE. Email: janainabessa@hotmail.com.br.

^{III} Enfermeira, Coordenadora do Projeto de Extensão "O enfermeiro do amanhã desenvolvendo sua prática profissional" - HUWC/UFC. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail: seldacarvalho@hotmail.com.

^{IV} Enfermeira, Gerente do Núcleo de Educação Multiprofissional do Centro de Estudos para Acadêmicos e Profissionais em Saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio (CEAPS/HUWC/UFC). Doutoranda em Enfermagem, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Membro do grupo de pesquisa FAMEPE. Email: fatimanobrega06@yahoo.com.br.

RESUMO

O transplante de órgãos constitui uma última esperança de sucesso na recuperação de doenças em estágio terminal. A Enfermagem participa de forma atuante desde a captação do órgão até as consultas no ambulatório após o transplante, exigindo pessoal capacitado. Esse trabalho tem por objetivos identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais, em uma unidade de internação de um hospital de ensino no município de Fortaleza-Ce, e propor intervenções baseadas nas reais necessidades desses pacientes. Estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa. A população foi constituída por pacientes transplantados em pós-operatório mediato e com complicações pós-transplante, sendo a amostra de doze pacientes. A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de um histórico de enfermagem e para a análise foi abordada a seqüência das etapas do PE, utilizando-se a taxonomia II da NANDA. Foram identificados dezessete diagnósticos de enfermagem, o que permitiu a elaboração de intervenções baseadas nas reais necessidades desses pacientes. Acreditamos que, as intervenções sugeridas fundamentadas com referencial teórico, serão de suma importância para a prática dos enfermeiros que trabalham nessa área, e principalmente no hospital em questão.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Transplante de rim.

ABSTRACT

The organs transplant is the last hope of success in the recovery of diseases in final stage. Nursing participates in an active way from getting the organs up till consultations after the transplant, requiring capable professionals. This paper's goal is to identify the main nursing diagnosis in patients who underwent kidney transplant in an interned patients unit of a teaching hospital in the city of Fortaleza-CE, and propose interventions based on the real needs of these patients. Exploratory-descriptive study, with qualitative nature. The population was composed of patients in immediate post-operation and with complications, being the sample composed of twelve patients. The data collection was conducted through the application of a nursing recording and for analysis one approached the sequence of stages of NP, using the taxonomy II of NANDA. One identified seventeen nursing diagnoses, which allowed the elaboration of interventions based on the real needs of these patients. We believe that the interventions suggested based on theoretical reference, will be very important for the practice of nurses who work in this area, mainly in the hospital mentioned.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Nursing Assessment; Kidney Transplantation.

RESUMEN

El transplante de órganos es la última esperanza de éxito en la recuperación de enfermedades terminales. La enfermería participa de manera actuante desde la captación del órgano hasta las consultas en el ambulatorio después del transplante, lo que exige personal capacitado. Este trabajo tiene por objetivo identificar los principales diagnósticos de enfermería en pacientes trasplantados renales en una unidad de internación de un hospital de enseñanza en el municipio de Fortaleza-CE y proponer intervenciones basadas en las reales necesidades de estos pacientes. Estudio descriptivo y exploratorio de naturaleza cualitativa. La población fue compuesta por pacientes transplantados en el postoperatorio inmediato y con complicaciones en el post transplante, la muestra fue de doce pacientes. La colecta de datos ocurrió a través de la aplicación de un histórico de enfermería y para el análisis fue abordada la secuencia de etapas del PE, utilizándose la taxonomía II de la NANDA. Fueron identificados diecisiete diagnósticos de enfermería, lo que permitió la elaboración de intervenciones basadas en las reales necesidades de esos pacientes. Así, creemos en la importancia para la práctica de los enfermeros que trabajan en ese área y principalmente en el hospital presentado.

Descriptores: Diagnóstico de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Transplante de Riñón.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos constitui uma última esperança de sucesso na recuperação de doenças em estágio terminal. Dessa forma, torna-se de fundamental importância, a união de todas as pessoas envolvidas nesse processo para o seu pleno êxito e sustentabilidade.

No Brasil, a era dos transplantes teve início no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), na década de 1960, sendo hoje essa instituição um centro de referência e de desenvolvimento de tecnologia em determinadas áreas de transplante a nível nacional e internacional⁽¹⁾.

Especificamente com relação ao transplante renal, nos últimos trinta anos este deixou de ser um procedimento experimental, utilizado apenas num pequeno número de pacientes altamente selecionados, tornando-se um tratamento seguro, eficiente e de escolha para a maioria dos pacientes com doença renal crônica. O presente sucesso se deve à melhoria das técnicas cirúrgicas e de preservação de órgãos, à maior compreensão da imunologia do transplante e à descoberta de novos agentes imunossupressores⁽²⁾.

O grande avanço no campo farmacológico, com a descoberta de medicamentos imunossupressores, foi a possibilidade de minimização do problema da rejeição do órgão transplantado. Mesmo assim, ainda existem inúmeras barreiras a transpor para que seja garantido ao paciente um resultado satisfatório.

No processo de transplante, a Enfermagem desempenha papel fundamental, pois participa de forma atuante, desde a captação do órgão até o acompanhamento pós-cirúrgico ambulatorial. A assistência ao paciente transplantado é altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo e exigindo pessoal com capacitação específica. O enfermeiro assume grande responsabilidade na delegação de atividades ao auxiliar de enfermagem, pois esses pacientes necessitam de cuidados mais complexos do que outros, além de atenção e orientação adequada⁽³⁾.

Tendo em vista ainda, que a atuação da Enfermagem nessa área é escassa em publicações⁽⁴⁾, o que desponta para uma lacuna no conhecimento sobre o referido tema, e o fato de participarmos de um Projeto de Extensão¹, em unidades hospitalares especializadas, onde tivemos a oportunidade de prestar assistência de enfermagem aos pacientes submetidos a transplantes renais, despertamos o interesse pelo tema. Dessa maneira, decidimos realizar esse estudo, objetivando identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais, em uma unidade de internação

de um hospital de ensino no município de Fortaleza-Ce, e propor intervenções baseadas nas reais necessidades desses pacientes.

Acreditamos que as informações advindas deste estudo fornecerão importantes subsídios para melhoria da assistência de enfermagem prestada aos pacientes da unidade de transplante renal, através da utilização do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), contribuindo para que toda equipe de Enfermagem atinja progressos no ato de cuidar, assim como despertará a necessidade de novos estudos para a validação do instrumento utilizado.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa com características descritivo-exploratórias⁽⁵⁾. O estudo foi realizado na unidade de transplante (Clínica Cirúrgica I) de um Hospital Público Federal, que se caracteriza por ser um hospital de ensino, do município de Fortaleza-CE. O hospital recebe estudantes (graduandos, pós-graduandos e ensino profissional), das Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, bem como de instituições de formação técnica profissionalizante. Além de sua característica básica como hospital de ensino, promove assistência terciária e quaternária, desenvolve pesquisas e abriga inúmeros projetos de extensão, voltados para a comunidade. A unidade de internação em questão, conta com 24 leitos, onde recebe pacientes que irão se submeter ao transplante hepático ou renal, doadores vivos e pacientes transplantados renais ou hepáticos com complicações pós-transplante.

A população do estudo foi constituída por pacientes transplantados renais em pós-operatório mediato e com complicações pós-transplante. Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes que atenderam a esse perfil, internados na unidade de transplante do referido hospital, durante o período da coleta de dados (janeiro e fevereiro de 2007).

O número de participantes não foi previamente estabelecido, uma vez que levamos em consideração o atendimento às características da população estudada, bem como a saturação teórica, ou seja, a reincidência de informações.

No período da coleta de dados, foram entrevistados 12 pacientes que atenderam ao perfil pré-definido no estudo e que aceitaram e se disponibilizaram a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos o histórico de enfermagem, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽⁶⁾, contendo os seguintes elementos: 1. Dados de identificação, 2. Informações sobre a doença

¹ Projeto de Extensão: O enfermeiro do amanhã desenvolvendo sua prática profissional.

(diagnóstico médico, via de acesso para o tratamento dialítico, data do transplante, medicamentos em uso, antecedentes patológicos, cirurgias realizadas, presença de processos alérgicos e antecedentes familiares), 3. Avaliação das necessidades humanas básicas, 4. Exame físico, 5. Levantamento de problemas, 6. Diagnósticos de enfermagem e 7. Sugestões de intervenções. O referido instrumento foi previamente construído pelas pesquisadoras e aprimorado no decorrer da pesquisa, sendo aplicado durante entrevista com o paciente, antecipadamente agendada pelas pesquisadoras, de acordo com a disponibilidade do mesmo.

No preenchimento do histórico, realizamos o levantamento dos dados por meio do exame físico e consulta ao prontuário, a fim de coletarmos informações que facilitassem a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Para análise dos dados, utilizamos a taxonomia II da NANDA⁽⁷⁾, que a partir da identificação dos fatores relacionados determinamos o diagnóstico de enfermagem.

Após conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, foram elaboradas as intervenções que mais se adequavam às necessidades de cada paciente, respeitando sua individualidade, visando uma maior qualidade na reabilitação do transplantado renal. Optamos, por discutir apenas os diagnósticos de enfermagem que apresentaram frequência (n) igual ou superior a 3, visto que já representa uma amostra significativa (25%).

A pesquisa teve como diretriz ética o cumprimento das orientações que compõem a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, que versa sobre os aspectos éticos a serem preservados em pesquisas que envolvem seres humanos. Para tanto, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foi esclarecido o objetivo da pesquisa, que o estudo não traria prejuízo ao entrevistado e a garantia do sigilo das informações. A liberdade da participação também foi dita nesse termo, visto que o entrevistado poderia permanecer ou afastar-se em qualquer fase do estudo. A pesquisa foi aprovada, através do número de protocolo 062.06.02, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida instituição hospitalar, em novembro de 2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 12 (doze) sujeitos entrevistados, 05 (cinco) pertenciam ao sexo masculino e 07 (sete) ao sexo feminino. Quanto à idade, a mesma variou de 14 a 67 anos. A maioria dos pacientes (07) é casada e tem baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto).

Todos os participantes do estudo estavam internados na unidade de transplante, durante o

período de coleta de dados. Desse total, 04 (quatro) pacientes transplantados renais estavam em pós-operatório mediato e 08 (oito) apresentavam complicações pós-transplante.

O tempo de diálise, o qual esses pacientes foram submetidos, variou de 07 meses a 08 anos, sendo que 10 (dez) destes sujeitos faziam hemodiálise e apenas 02 (dois) entrevistados realizavam diálise peritoneal. Esse dado corrobora a pesquisa realizada por Sesso⁽⁹⁾, onde mostrou que 90% (n=42355) dos pacientes em diálise, no Brasil, estavam em hemodiálise e somente 10% (n=4708) em diálise peritoneal. Justifica-se este dado ao fato de a hemodiálise constituir-se em tratamento de escolha para pacientes renais crônicos, até que seja possível a realização do transplante.

O Quadro 01 mostra a distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em transplantados renais, levantados através dos dados colhidos a partir do histórico de enfermagem. Observamos que foram identificados 17 (dezesete) diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Optamos, nesse momento, por discutir apenas os diagnósticos de enfermagem que apresentaram frequência (n) igual ou superior a 3, totalizando 11 (onze) diagnósticos, visto que já representa uma amostra significativa (25%).

Quadro 1: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de acordo com a frequência. Fortaleza, jan-fev 2007.

Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	12	100
Risco para infecção	12	100
Disposição para enfrentamento aumentado	09	75
Dor Aguda	05	41
Padrão de sono perturbado	05	41
Controle ineficaz do regime terapêutico	04	33
Constipação	03	25
Diarréia	03	25
Hipertermia	03	25
Integridade da pele prejudicada	03	25
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	03	25
Ansiedade	02	16
Atividades de recreação deficientes	02	16
Conhecimento deficiente da doença	02	16
Risco para integridade da pele prejudicada	02	16
Deambulação prejudicada	01	0,8
Risco para intolerância à atividade	01	0,8
TOTAL*	72	100

*O número total de diagnósticos de enfermagem é superior ao número de entrevistados, visto que foram encontrados mais de um diagnóstico de enfermagem por paciente.

Dentre os diagnósticos de enfermagem que mais se destacaram, encontramos **risco de desequilíbrio do volume de líquidos** e **risco para infecção**, com frequência igual a 12 (100%) respectivamente.

O volume dos fluidos corporais é mantido por uma interação precisa entre a entrada e saída através dos rins, pela perda por meio da pele e pulmões, em função da pressão hidrostática no interior do compartimento e da osmolaridade dentro de cada compartimento. O rim desempenha papel fundamental na regulação da concentração da maior parte dos constituintes do líquido extracelular⁽¹⁰⁾.

O paciente que se submete a um transplante de rim, normalmente possui o diagnóstico de **risco de desequilíbrio de volume de líquidos** devido à importância do sistema renal na regulação da osmolaridade e do volume dos fluidos corporais. Dessa forma, é imprescindível a monitorização cuidadosa e rigorosa do débito, do estado hidroeletrólítico e a realização de balanço hídrico nesses pacientes.

Para o diagnóstico **risco de desequilíbrio do volume de líquidos**, os fatores relacionados encontrados foram: perda hídrica cirúrgica, débito urinário alterado, administração de líquido parenteral, excessos na dieta e retenção de água e sal. O referido diagnóstico define-se por "risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para a outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se a perda, ganho ou a ambos dos líquidos corporais"⁽⁷⁾.

Foram propostas como intervenções⁽¹¹⁾: avaliar o estado hídrico, limitar ingestão hídrica ao volume prescrito, explicar ao paciente e a família a

justificativa para a restrição, ajudar o paciente a lidar com os desconfortos resultantes da restrição hídrica e realizar ou encorajar a higiene oral frequente.

A frequência de aparecimento do diagnóstico **risco para infecção**, definido como: "estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos"⁽⁷⁾, justifica-se visto que, os pacientes submetidos a transplantes são imunossuprimidos devido à utilização de terapia medicamentosa.

Além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente, provocada pelos agentes imunossupressores, vários outros fatores influenciam na incidência de infecção, entre eles: as condições clínicas pré-operatórias do paciente (idade, estado nutricional, doenças crônicas, etc.), as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada e a permanência hospitalar pré-operatória (quanto mais longa a permanência, maior a chance de infecção cirúrgica, pela substituição da flora do paciente pela flora hospitalar)⁽¹²⁾.

Cerca de 75% dos receptores de transplante renal apresentam pelo menos um episódio de infecção no primeiro ano depois do transplante, devido à terapia imunossupressora. As infecções permanecem como uma causa importante de morte em todos os momentos para os receptores de transplante⁽¹¹⁾.

Alguns fatores de risco, que podem estar relacionados a esse diagnóstico de enfermagem são: invasão do local da incisão por microrganismos, uso de prótese, comprometimento das defesas hospedeiras. Outro aspecto importante em relação ao risco para infecção está relacionado aos procedimentos invasivos de punções venosas, por

meio de cateteres plásticos para a administração de fluidos⁽¹³⁾.

Propomos como intervenções⁽¹⁰⁾: observar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punções, drenos, incisões centrais e periféricas, sondas, etc.; trocar: equipos e locais de punção periférica de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); manter um ambiente limpo e a utilização de técnicas assépticas.

O diagnóstico de enfermagem **disposição para enfrentamento aumentado** (n=09) é definido como “um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com mais demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado”⁽⁷⁾. Pessoas com doença crônica passam a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária⁽¹⁴⁾.

Como profissionais envolvidos com a assistência à saúde, é de fundamental importância a consideração de que a doença, seja ela aguda ou crônica, uma experiência bastante complexa e individualizada. Por isso, é necessário que os enfermeiros avaliem de que maneira os pacientes estão enfrentando essa mudança na sua vida, assim como também, estabeleçam apoio necessário para este momento de enfrentamento, sendo bom ouvinte e colaborando na definição de suas estratégias para a superação dos obstáculos. Vale ressaltar que um dos papéis do enfermeiro, durante a hospitalização, é auxiliar o paciente na sua reinserção social, após alta.

Os diagnósticos de enfermagem **Dor aguda** e **Padrão do sono perturbado** foram apresentados por 05 (cinco) entrevistados. A **Dor aguda** é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; de início súbito ou lento, de intensidade leve ou intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”⁽⁷⁾.

Para este diagnóstico, encontramos como fatores relacionados, processos patológicos e incisão cirúrgica. São sugeridas como intervenções⁽¹⁰⁾: tranquilizar o paciente, usar a escala de avaliação da dor para identificar sua intensidade, avaliar e registrar a dor e suas características, ensinar ao paciente as estratégias para minimizar a dor e o desconforto, administrar o analgésico conforme a prescrição, para promover o alívio da dor e instruir o paciente e a família sobre os efeitos colaterais potenciais dos analgésicos, sua prevenção e controle.

O medo de que a dor não será aceita como real aumenta a tensão e a ansiedade e diminui a tolerância a esta. Os registros desses dados auxiliam

na avaliação e alívio e identificam múltiplas fontes e tipos. Dentre as formas de promover o conforto ao paciente que refere dor, destacamos como de maior predominância o uso de analgésicos. Quanto aos analgésicos, estes são mais precisos quando administrados precocemente, sendo que, o uso simultâneo de analgésicos que atuam sobre diferentes nociceptores² fornecerá o maior alívio da dor com menos efeitos colaterais. Ressaltamos que o uso de estratégias alternativas juntamente com a analgesia, pode produzir alívio mais efetivo dessa dor⁽¹¹⁾.

O enfermeiro deve compreender essa ansiedade experimentada pelo paciente e procurar confortá-lo, visto que algumas vezes apenas o fato de contar com um profissional que lhe transmita segurança é suficiente para o alívio dos sintomas. A família também deve ser apoiada nesse momento e orientada quanto à melhor forma de vivenciá-lo, sendo estimulada a participar do processo de recuperação de seu ente querido.

A **Privação do sono** teve como fatores relacionados: o pensar sobre o lar, mudanças do ambiente, processo patológico (ascite) e urgência urinária. Define-se como sendo “períodos prolongados de tempo sem sono”⁽⁷⁾. Dessa forma, propomos como intervenções⁽¹¹⁾: diminuir fatores que possam trazer ansiedade ao cliente, reduzir estímulos sonoros e visuais e evitar procedimentos desnecessários durante o sono.

O diagnóstico de enfermagem **Controle ineficaz do regime terapêutico**, definido por: “padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”⁽⁷⁾ foi encontrado em 04 (quatro) pacientes e está intimamente relacionado com o diagnóstico **Conhecimento deficiente da doença**, uma vez que, muitas vezes a falta de conhecimento sobre a doença e seu tratamento, leva a não adesão à terapia. Como intervenções⁽¹¹⁾, propomos: avaliar a compreensão da causa e das conseqüências da insuficiência renal e seu tratamento, relação das restrições hídricas e dietéticas com a insuficiência renal, justificativa para o tratamento de escolha (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante) e fornecer informações verbais e por escrito, sobre medicação, complicações da terapêutica, sinais e sintomas relatáveis, esquema de acompanhamento (agendamento de consultas, realização de exames, entrega de medicação, etc.) e grupos de apoio. Essas informações proporcionam uma base de explicações adicionais para o autocuidado, facilitando a adesão ao tratamento.

² Os receptores da dor (nociceptores) são terminações nervosas, livres da pele, que respondem apenas a um estímulo intenso, potencialmente danoso. Esse estímulo pode ser de natureza mecânica, térmica e química⁽⁹⁾.

Os diagnósticos de enfermagem: **Constipação, Diarréia, Hipertermia, Risco para a integridade da pele prejudicada e Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais**, foram identificadas em 03 (três) entrevistas, respectivamente.

O diagnóstico **Constipação** define-se como sendo “diminuição da frequência normal da evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou passagem de fezes excessivamente duras”⁽⁷⁾, tendo como fatores relacionados: mudanças no ambiente, agentes farmacológicos e mudanças nos padrões habituais de alimentação.

A hospitalização constitui fator de risco para constipação intestinal: jejum oral para procedimentos diagnósticos, restrição hídrica, imobilização no leito devido às condições clínicas, estresse, ansiedade, uso de drogas que interferem com o peristaltismo e/ou trânsito intestinal (constipantes), rotina intestinal interrompida, desidratação, entre outros⁽¹⁵⁾.

A **Diarréia** está relacionada à presença de processo infeccioso e consiste na “passagem de fezes soltas, não formadas”⁽⁷⁾. Dessa maneira, por estarem relacionados ao sistema gastrointestinal, os cuidados de enfermagem⁽¹¹⁾ são semelhantes para ambos diagnósticos: registrar a frequência e características das evacuações, estabelecer juntamente com o serviço de nutrição, dieta laxativa ou constipante, estimular ingestão de água, proporcionar conforto e privacidade, e no caso da constipação, administrar enema, se prescrito, e estimular deambulação.

Conforme observado no Quadro 01, o diagnóstico de enfermagem **Hipertermia** teve uma frequência considerável, nos três pacientes em que foi identificado, sendo o fator relacionado o processo infeccioso. Ele é definido por: “temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais”⁽⁷⁾. Sugerimos como intervenções⁽¹⁴⁾: cobrir o paciente durante os períodos em que os tremores estejam evidentes, manter o paciente em ambiente adequado, retirar cobertores e roupas quentes quando os tremores cessarem, limitar a atividade física, verificar frequentemente a temperatura, realizando curva térmica, administrar antitérmicos de acordo com a prescrição médica.

O diagnóstico **Risco para integridade da pele prejudicada** é definido como “risco de a pele ser alterada de forma adversa”⁽⁷⁾. Identificamos como fatores de risco externos (extremos de idade, imobilização física, fatores mecânicos, etc.) e internos (circulação prejudicada, fatores imunológicos, mudança de pigmentação, mudanças no turgor da pele, mudanças no estado metabólico), sendo sugeridas as seguintes intervenções⁽¹⁰⁾: realizar curativo registrando aspectos da ferida, fazer, orientar, supervisionar e auxiliar a mudança de

decúbito, utilizar colchão articulado se necessário e manter paciente limpo e seco.

Com mesma frequência dos demais, foi identificado o diagnóstico **Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais**, sendo relacionado à dieta alterada e à não aceitação da dieta hospitalar. Define-se por “ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas”⁽⁷⁾. Propomos como intervenções⁽¹⁶⁾: investigar as preferências alimentares do paciente, oferecer uma oportunidade de higiene oral antes das refeições, registrar a aceitação da dieta, dessa maneira tendo um controle da ingestão alimentar.

Quadro 2: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais e suas respectivas intervenções. Fortaleza, jan-fev 2007.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
<p>1. Risco de volume hídrico desequilibrado relacionado com: perda hídrica cirúrgica, débito urinário alterado, administração de líquido parenteral, excessos na dieta e retenção de água e sal.</p>	<p>1. Avaliar o estado hídrico (pesar diariamente, equilíbrio da ingestão e excreção, turgor cutâneo e presença de edema, ingurgitamento das veias do pescoço, pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, frequência e esforço respiratório); 2. Limitar ingestão hídrica ao volume prescrito; 3. Explicar ao paciente e a família a justificativa para a restrição; 4. Ajudar o paciente a lidar com os desconfortos resultantes da restrição hídrica; 5. Realizar ou encorajar a higiene oral frequente.</p>
<p>2. Risco para infecção, fatores de risco: imunossupressão, invasão do local da incisão por microrganismos, uso de prótese, comprometimento das defesas hospedeiras procedimentos invasivos de punções venosas, por meio de cateteres plásticos para a administração de fluidos.</p>	<p>1. Observar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punções, drenos, incisões centrais e periféricas, sondas, etc; 2. Trocar equipos a cada 24h; 3. Trocas locais de punção periférica a cada 72h; 4. Manter ambiente limpo; 5. Utilizar técnicas assépticas.</p>
<p>3. Disposição para enfrentamento aumentado</p>	<p>1. Parabenizar pela disposição; 2. Incentivar a disposição para o enfrentamento</p>
<p>4. Dor Aguda relacionada com: agentes lesivos e incisão cirúrgica.</p>	<p>1. Tranqüilizar o paciente; 2. Usar a escala de avaliação da dor para identificar sua intensidade; 3. Avaliar e registrar a dor e suas características: localização, qualidade, frequência e duração. 4. Administrar o analgésico conforme a prescrição, para promover o alívio da dor; 5. Ensinar o paciente as estratégias adicionais para aliviar a dor e o desconforto: distração, relaxamento, estimulação cutânea, etc.</p>
<p>5. Privação do sono relacionado com: pensar sobre o lar, mudanças do ambiente, processo patológico e urgência urinária.</p>	<p>1. Diminuir fatores que possam trazer ansiedade ao cliente, 2. Reduzir estímulos sonoros e visuais, 3. Evitar procedimentos desnecessários durante o sono.</p>
<p>6. Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com: limitação cognitiva, dificuldades econômicas, conhecimento deficiente.</p>	<p>1. Avaliar a compreensão da causa da insuficiência renal, conseqüências da insuficiência renal e seu tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significado da insuficiência renal; • Compreensão da função renal; • Fatores relacionais entre restrições hídricas e dietéticas com a insuficiência renal; • Justificativa para o tratamento (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante). <p>2. Fornecer informações verbais e por escrito, sobre: medicação, problemas, sinais e sintomas relatáveis, esquema de acompanhamento, organizações comunitárias, opções de tratamento.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
<p>7. Constipação/Diarréia relacionados com: mudanças no ambiente, agentes farmacológicos, mudanças nos padrões habituais de alimentação e processo infeccioso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar a frequência e características das evacuações; 2. Estabelecer, juntamente com o serviço de nutrição, dieta laxativa ou constipante; 3. Estimular ingestão de água; 4. Proporcionar conforto e privacidade; 5. Administrar enema, se prescrito; 6. Estimular deambulação.
<p>8. Hipertermia relacionada com processo infeccioso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cobrir o paciente durante os períodos em que os tremores estejam evidentes; 2. Manter o paciente em ambiente aquecido 3. Retirar cobertores e roupas quentes, quando os tremores cessarem; 4. Limitar a atividade física; 5. Realizar curva térmica; 6. Administrar antitérmicos, de acordo com a prescrição médica.
<p>9. Risco de integridade da pele prejudicada. Fatores de risco externos (extremos de idade, imobilização física, fatores mecânicos, etc.) e internos (circulação prejudicada, fatores imunológicos, mudança de pigmentação, mudanças no turgor da pele, mudanças no estado metabólico).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar curativo, registrando aspectos da ferida; 2. Fazer, orientar, supervisionar, auxiliar na mudança de decúbito; 3. Utilizar colchão articulado se necessário; 4. Manter paciente limpo e seco.
<p>10. Nutrição alterada - ingestão menor do que as necessidades corporais relacionada com: dieta alterada e à não aceitação da dieta hospitalar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigar as preferências alimentares do paciente; 2. Oferecer ou auxiliar na higiene oral antes e após as refeições; 3. Registrar a aceitação da dieta e se o cliente recusar, anotar o motivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foram identificados dezessete (17) diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2001), em pacientes transplantados renais, no pós-operatório mediato e com complicações pós-transplante. Deste total, onze (11) diagnósticos apresentaram frequência igual ou superior a 25%, sendo estes: Risco de volume hídrico desequilibrado, Risco para infecção, Disposição para enfrentamento aumentado, Dor aguda, Padrão de sono perturbado, Controle ineficaz do regime terapêutico, Constipação, Diarréia, Hipertermia, Integridade da pele prejudicada e Nutrição alterada – ingestão menor do que as necessidades corporais.

Esses diagnósticos de enfermagem foram analisados de acordo com os seus fatores relacionados, suas definições e foram propostas intervenções específicas, fundamentadas no referencial teórico das necessidades humanas básicas.

O conhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem permitiu a elaboração de intervenções baseadas nas reais necessidades desses pacientes. Além disso, foi possível a construção de um plano de cuidados de enfermagem (Quadro 2) que viabiliza a aplicação do Processo de Enfermagem na unidade em estudo. Acreditamos que, as intervenções sugeridas, fundamentadas com referencial teórico, serão de suma importância para a prática dos enfermeiros da unidade de transplante do hospital em estudo e demais enfermeiros que trabalham nessa área.

Outro fator importante que emergiu dessa pesquisa é a possibilidade de colaborar com a instituição em questão, visto que a mesma se encontra em processo de efetivação da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo possível com os resultados apresentados, a construção de ferramentas para facilitar a aplicação na referida unidade, servindo ainda de modelo a ser seguido pelos outros setores.

Assim, esse estudo mostra que a sistematização da assistência de enfermagem é uma estratégia imprescindível para a avaliação do paciente transplantado renal e para elaboração de um plano de cuidados de enfermagem. Acredita-se, portanto, que essa sistematização contribui de forma significativa para melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Lima EDRP, Magalhães MBB, Nakamae DD. Aspectos ético-legais da retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 1997 [cited 2009 may 21];5(4):5-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a02.pdf>.

2. Sampaio FPR, Pagliuca LMF. O transplante renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado higiênico-dietético e medicamentoso. Fortaleza: FCPC; 2000.

3. Massarollo MCKB, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2000 [cited 2009 may 21];8(4):66-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12386.pdf>.

4. Sasso KD, Galvão CM; Silva Jr OC, França AVC. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2009 may 21];13(4):481-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a04.pdf>.

5. Medeiros JB. Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas. 5th ed. São Paulo: Atlas; 2003.

6. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

7. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

8. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

9. Sesso R. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. J. Bras Nefrol. 2000;22(Suppl.2)23-6.

10. Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. Nefrologia. 2nd ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

11. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

12. Rabhae GN, Ribeiro NF, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, Fernandes MOVF. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.479-502.

13. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2009 may 21];14(3):389-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a13.pdf>.

14. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 1996 [cited 2009 may 21];4(3):5-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02.pdf>.

15. Torres AC, Diccini S. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2009 may 21];14(3):397-404. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a14.pdf>.

16. Timby BK, RN.C, BNS, MA. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6th ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Artigo recebido em 19.03.08.

Aprovado para publicação em 25.05.09.