

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIA**  
**E ALTA COMPLEXIDADE - AREA ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA**

**PERFIL DE PACIENTES COM RIM TRANSPLANTADO EM UM PRONTO**  
**ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE**  
**MINAS GERAIS**

**FABIANA LOPES CORREIA**

**BELO HORIZONTE - MG**

**2019**

**FABIANA LOPES CORREIA**

**PERFIL DE PACIENTES COM RIM TRANSPLANTADO EM UM PRONTO  
ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE  
MINAS GERAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Assistência de Enfermagem Média e Alta Complexidade:  
área Enfermagem em Terapia Intensiva, da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Selme Silqueira de Matos

**BELO HORIZONTE – MG**

**2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

CORREIA, FABIANA LOPES

PERFIL DE PACIENTES COM RIM TRANSPLANTADO EM UM PRONTO ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE MINAS GERAIS [manuscrito] / FABIANA LOPES CORREIA. - 2019.

46 p.

Orientador: Selme Silqueira de Matos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Assistência de Enfermagem Média e Alta Complexidade.

1.Lesão renal aguda. 2.Insuficiência renal aguda. 3.Doença Renal Aguda. 4.Serviço de emergência médica. I.Matos, Selme Silqueira de. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

**FABIANA LOPES CORREIA**

**PERFIL DE PACIENTES COM RIM TRANSPLANTADO EM UM PRONTO  
ATENDIMENTO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL  
DE MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA :



Prof. Selme Silqueira de Matos



Prof. Salete Maria de Fátima Silqueira



Prof. Miguir Terezinha Viccelli Donoso

Aprovada em 11 de outubro de 2019.

**Belo Horizonte**

**2019**

## AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, por me ajudar a cumprir o sonho de ser uma especialista em Terapia intensiva pela Escola de Enfermagem da UFMG.

A minha família, especificamente meus pais, meu irmão Luciano David Correia e minha irmã Edna de Fátima Correia pelos sábios conselhos e conforto quando algumas situações clamavam por um intermédio imediato.

A minha prima Maria das Graças Assunção pela força nos momentos difíceis.

A minha grande amiga Vanessa Calazans Viana, pela força, presença nos momentos difíceis, amizade e carinho.

A Mestre Prof<sup>a</sup>. Anadias Trajano Camargo, minha referência no Brasil em Enfermagem em Terapia Intensiva pela competência profissional, apoio, amizade e carinho em todos os momentos.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selme Silqueira de Matos, pela contribuição na orientação para realização deste estudo.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Salete Maria de Fátima Silqueira Müller pela Coordenação da área Enfermagem em Cardiologia e pelos ensinamentos e apoio neste período singular de minha vida.

A Banca Examinadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miguir Terezina Vieccelle Donoso e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Salete Maria de Fátima Silqueira Müller pela contribuição ao estudo.

À Universidade Federal de Minas Gerais e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eline Lima Borges por oferecer com competência o CEAEMAC/EEUFMG e contribuir na minha formação pessoal e profissional.

Aos meus colegas do CEAEMAC/EEUFMG pelos momentos de alegria, pela parceria no aprendizado.

## RESUMO

A doença renal apresenta complicações agudas e crônicas e tem levado seus portadores a buscarem cada vez mais o serviço de urgência. As medidas preventivas e o diagnóstico precoce são condutas relevantes no manejo desta doença. Este estudo descritivo de abordagem exploratória transversal busca identificar o perfil dos pacientes renais provenientes do Pronto Atendimento para o CTI de um hospital de Minas Gerais e Identificar na literatura os diagnósticos de pacientes submetidos a Transplante renal. Para tanto, buscou-se no sistema MV todos os dados dos pacientes admitidos no Pronto atendimento e a seguir os dados dos pacientes submetidos a Transplante renal que passaram pela UTI no pós-transplante. A literatura aponta que o enfermeiro, em comparação aos demais profissionais, está em contato direto com o paciente transplantado e, por esta razão, são diversas as formas que podem contribuir para a saúde do paciente e para o sucesso do transplante. Para tanto, é importante ampliar conhecimentos para atuar em equipe interdisciplinar, conhecer o perfil de seus pacientes e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem por ser de grande utilidade para subsidiar as intervenções de enfermagem e melhorar as respostas clínicas. A Seguir foi feita uma revisão de literatura para identificar os principais diagnósticos de enfermagem desses pacientes em pós transplante, tendo como fonte quatro bases de dados.

**DESCRITORES:** Lesão Renal Aguda; Insuficiência Renal Aguda; Paciente Renal Agudizados; Serviços Médicos de Emergência; Pronto Socorro- Atendimento de emergência. A Seguir foi identificado os diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA.

## **ABSTRACT**

Renal disease presents acute and chronic complications and has led its patients to seek more and more urgent service. Preventive measures and early diagnosis are relevant behaviors in the management of this disease. This descriptive study of the exploratory qualitative search study were to identify the profile of the renal patients coming from the Emergency Care Unit for the ICU of a private hospital in Minas Gerais and to identify in the literature the diagnoses of patients undergoing renal transplantation. In order to do so, we searched the MV system for all patient data admitted to the emergency room and then for data on patients who underwent renal transplantation who underwent ICU after transplantation. The literature indicates that the nurse, in comparison to other professionals, is in direct contact with the transplanted patient and, for this reason, there are several ways that can contribute to the health of the patient and to the success of the transplant. It is important to expand knowledge to act as interdisciplinary team, to know the profile of their patients and to apply the Nursing Care Systematization because it is very useful to subsidize nursing interventions and improve clinical responses. A literature review was performed to identify the main diagnoses of post-transplant patients, using four databases.

**Key Words:** Acute Renal Injury; Acute Renal Failure; Acute Renal Disease; emergency medical services; Emergency Relief- Emergency care; Renal Transplantation, Nursing care (processes, interventions) and Post-Transplantation

## LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1	Percentual do sexo dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral HFR.....	26
Gráfico 2	Comparação Sexo x Idade dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral HFR.....	27
Gráfico 3	Comparação Idade x CID-Rim transplantado dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA de Belo Horizonte.....	27
Gráfico 4	Representação da cor da pele.....	30
Gráfico 5	Representação do estado civil.....	30
Gráfico 6	Representação do estado de etilismo.....	31
Gráfico 7	Representação do estado de tabagismo.....	31
Gráfico 8	Representação do estado de escolaridade.....	32
Gráfico 9	representação do estado profissão/escolaridade.....	32
Gráfico 10	Representação do estado religião.....	33
Tabela 1	Definição e Classificação da IRA.....	17
Tabela 2	Principais diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos Entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral HFR.....	28
Tabela 3	Diagnóstico de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA (2017).....	33



## LISTA DE SIGLAS

AINH	Anti-Inflamatórios Não Esteroidais
AKIN	Acute Kidney Injury
BRA	Bloqueador de Receptora Angiotensina II
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
GM	Gabinete do Ministro
HFR	Hospital Felício Rocho
IECA	Inibidor da Enzima Conversora
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ITU	Infecção do Trato Urinário
LRA	Lesão Renal Aguda
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PEEP	Pressão Positiva no Final da Expiração
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
4.1 Tipo de estudo .....	23
4.2 Descrição da área de estudo .....	24
4.3 Instrumento para coleta de dados .....	24
4.4 Coleta de dados.....	24
4.5 Critérios de Inclusão .....	24
4.6 Critério de Exclusão.....	24
4.7 Tratamento dos dados .....	24
4.8 Aspectos éticos .....	25
4.9 Riscos e Benefícios.....	25
4.10 Base de dados .....	25
<b>5 RESULTADOS e DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
5.1 Perfil dos pacientes do PA .....	26
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>44</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A portaria do Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde (GM/MS) n.3432(1998) define Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios e recursos humanos especializados (BRASIL, 1988).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h é definida pela portaria n° 1600 de 2011 como o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares, que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica (BRASIL, 2011).

O termo Lesão Renal Aguda (LRA) é utilizado para refletir todo o aspecto de Insuficiência Renal Aguda (IRA), reconhecendo um declínio agudo da função renal e frequentemente secundário a uma lesão, que provoca alterações funcionais ou estruturais nos rins. Diante dos avanços tecnológicos do aumento da sobrevivência da população e da satisfação da terapêutica a LRA ainda é uma das complicações mais frequentes na internação em Centro de tratamento intensivo (CTI) (SBN, 2007).

A expectativa do estudo é de realizar uma abordagem de forma clara e concisa sobre o perfil dos pacientes que agudizam procurando o serviço de PA e são geralmente direcionados aos CTIs conforme gravidade do quadro, gerando tensão aos pacientes e gastos que poderiam ser evitados se fossem acompanhados de forma eficaz e sistemática em suas Unidades de Saúde.

Segundo Rigonatto e Magro (2017) a LRA enquanto síndrome é uma questão considerada para promoção e segurança do paciente. Esta síndrome é caracterizada pelo declínio abrupto da função renal, sinalizado pelo aumento da creatinina sérica e redução débito urinário, que geralmente ocorre no intervalo de horas, ou mais eventos clínicos cirúrgico, tanto no contexto hospitalar, como na comunidade.

Rigonatto e Magro (2017) ainda afirmam que até mesmo o medicamento em uso deve ser avaliado quanto ao potencial de nefrotoxicidade, quando necessário as doses devem ser ajustadas para evitar prejuízo renal. Os autores ainda ressaltam que em dias atuais a LRA adquirida na comunidade está em ascensão e representa um grande problema para a saúde pública, ela tem-se associado ao aumento dos custos hospitalares e ao sistema de saúde pública, fato que fortalece a necessidade de detecção precoce e da implantação de medidas de orientação, educação e atender não apenas sua prevalência, mas também suas complicações.

Rigonatto e Magro (2017) ressaltam ainda a necessidade de manter o equilíbrio de fluidos a fim de cessar certos medicamentos, incluindo o Inibidor da Enzima Conversora (IECA), Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINH), Bloqueador de Receptora Angiotensina II (BRA) e aminoglicosídeos na vigência de episódios agudos da doença.

De acordo com Fioravante *et al.* (2018), considera-se como Doença Renal Crônica (DRC) ou Insuficiência Renal Crônica (IRC), a perda gradativa da função renal ao longo de vários anos. Tal fato tem crescido de forma alarmante, caracterizado como um problema de saúde pública.

Como bem nos assegura Luft *et al.* (2016), pode-se dizer que o Diabetes Mellitus (DM) é a principal DRC razão pela qual se faz necessário o controle rigoroso da pressão arterial e da glicemia para minimizar a progressão da doença. Outras causas também estão envolvidas, a saber: traumas, sepse, excesso de medicamentos, hipertensão, uso abusivo de analgésicos, hipotensão e doenças renais preexistentes.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em seu censo de 2000 havia 530 URC aproximadamente, em 2008 havia 684URC, isso demonstra que esses números vêm crescendo. Estima-se que no Brasil ocorre o maior Programa de pacientes renais crônico em diálise do mundo englobando uma população com menor prevalência de DM e mais jovens que nos países desenvolvidos (SBN, 2017).

Em função das mudanças dos perfis demográficos, epidemiológicos e sociais da população brasileira nas últimas décadas, a organização dos serviços de saúde voltados ao atendimento das pessoas em situação de urgência e emergência tem sofrido modificações, porém, mesmo com a tentativa de descentralização do atendimento às urgências e emergências nas unidades de PA e UTI, estas

continuam sendo os locais de maior demanda por atendimentos emergenciais dentro da rede de atenção à saúde (DINIZ *et al.*, 2014).

Luft *et al.* (2016), ressaltam que a incidência de pacientes internados em CTI que evoluem para LRA, varia entre 17% a 35%, sendo que 49% necessitam de tratamento dialítico, a mortalidade por LRA nas UTIS variam entre 50 a 90%.

Nesse sentido, em busca de maior qualidade na gestão dos cuidados, faz-se necessário o conhecimento do perfil de uma unidade de saúde, pois este permite a tomada de decisões e a definição de estratégias com base nos dados identificados. A aquisição de tecnologias, o treinamento dos profissionais, a reavaliação dos processos e a adaptação estrutural podem ser planejadas com vistas à adequação da unidade às características do perfil epidemiológico da população que ela recebe (LANETZKI *et al.*, 2012).

Em uma experiência pessoal ao assumir a assistência numa Unidade básica de saúde, pude vivenciar a agudização de um paciente de 74 anos com queixa de dispneia, disúria, febre e hematúria ocorrido em seu domicílio. O paciente aguardou aproximadamente 3h00min o transporte sanitário da instituição hospitalar de referência para ser socorrido. Foi prestada a assistência de urgência ao paciente, porém sem nenhuma infraestrutura de suporte básico de urgência por não existir na unidade de saúde, este é um outro agravante que dificulta o trabalho da equipe de saúde.

Diante desse trágico desfecho do caso citado acima, surge-se com isso uma reflexão profunda a respeito da observação e assistência precoce, da participação do enfermeiro ao reconhecer os primeiros sinais de uma infecção, assim como, o aperfeiçoamento do fluxo de referência e contra referência para melhor atender os pacientes.

O problema detectado está em entender a falha que tem provocado a procura destes pacientes agudizados provenientes do PA para as UTI.

Esta experiência vivenciada acima levou-me a refletir sobre a importância da observação e assistência precoce, do comprometimento do enfermeiro em conceder o empoderamento à família no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de uma ITU e demais complicações renais que podem levar ao transplante.

Percebe-se que é de extrema importância que a equipe de saúde desde a atenção primária em saúde esteja preparada para o manejo, reconhecimento do paciente hipertenso, diabéticos e outros problemas relacionados às lesões renais

crônicas a fim de se prestar uma assistência na promoção efetiva e de qualidade à comunidade, evitando sua chegada agudizadas ao PA e migração aos CTI prevenindo dessa forma, que entrem em complicações, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os gastos excessivos nos hospitais.

O presente trabalho justifica-se no sentido de compreender as razões pelas quais ocorre o aumento, na admissão de pacientes renais agudizados que chegam aos PAs e que são encaminhados aos CTIs bem como identificar os diagnósticos de enfermagem, uma vez que no PA só realiza o histórico de enfermagem e o plano assistencial.

## **2 OBJETIVO**

- Identificar o perfil Sócio demográfico e clínico e os diagnósticos de Enfermagem de pacientes no PA e CTI em um hospital privado de Belo Horizonte-Minas Gerais;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Gomes *et al.* (2014), os setores de saúde que oferecem a assistência de emergência aos pacientes renais agudos devem estar prontos para a realização desses atendimentos, uma vez que o diagnóstico, a opção pelo modo dialítico, preparação do paciente e acesso venoso periférico corretos são determinantes.

Como bem nos assegura Gomes *et al.* (2014), pode se dizer que devido a especificidade de procedimentos invasivos realizados nas UTI's em um grupo de pacientes de perfil peculiar, associados ao uso de imunossuppressores, período de internação prolongado, presença de microorganismos resistentes e outras características da UTI, tem determinado uma elevação dos casos de IRA nos últimos anos.

Entretanto, Breitsameter (2008) afirma que grande número dos pacientes renais crônicos que chegam desenvolver complicações da doença somados aos transplantados, procuram os serviços de emergência de hospitais de grandes portes.

O autor supracitado relata ainda que desde 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) afirma que deve ser estabelecido a partir da complexidade dos atendimentos dos pacientes, um fluxo firmado de atendimento para que estes pacientes tenham a garantia da sua assistência em unidades especializadas.

Conforme Silva *et al.* (2017), pode se dizer que a IRA é definida pela incapacidade dos rins em remover e filtrar do organismo impurezas acumuladas; as elevadas taxas de morbimortalidades são decorrentes do aparecimento de distúrbios hídricos eletrolíticos, indicadores ácido base causada pela IRA instalada. O mais importante, contudo, é constatar que o papel dos meios dialíticos realiza uma função importante na terapia da disfunção renal, tais métodos dialíticos podem ser realizados de forma contínua ou conduzida de forma intermitente.

Ainda nesta mesma linha, Silva *et al.* (2017) constatam a afirmação de que não é exagero esclarecer a suma importância da equipe de saúde de entender e saber conduzir as principais causas da LRA em UTI que são decorrentes de sepse, hipovolemia, prolongados usos de nefrotóxicos e Infecção do Trato Urinário(ITU), sendo o trato urinário um dos locais mais comuns de infecção, gerando elevação nos custos hospitalares com a permanência do paciente e aumentando as complicações, sequelas e danos.



Segundo Silva *et al.* (2017), as ITUs se destacam dentre as outras infecções existentes correspondendo a 38,5 a 40%, sendo 70 a 88% as nasocomiais, tendo esta última uma relação direta ao cateterismo vesical. Em pacientes expostos a cistoscopia ou a cirurgias do trato urinário é menor comparada aos outros citados acima, sendo de 5 a 10% na UTI. Os problemas de saúde que mais afetam os pacientes internados são: a IRA, terapia dialítica e os distúrbios eletrolíticos. A prevenção rápida e os diagnósticos em intervenções hospitalares favorecem a diminuição dos acometimentos por Infecção Renal Aguda e Infecção Renal Crônica. Ambos os tipos de insuficiências renais citados acima são necessários a hidratação correta, evitar e tratar a hipotensão.

Com relação à função renal, avaliar corretamente de modo contínuo conforme protocolos institucionais e com relação as transfusões, tomar os cuidados pertinentes ao procedimento, ter cautela nos tratamentos das infecções evitando a antibioticoterapia de imediato, prevenir e tratar as feridas, queimaduras e outras ocorrências que podem evoluir para um quadro de sepse (SILVA *et al.*, 2017).

A atenção com sondas vesicais de demora deve ser minuciosa e assim, manter o diálogo entre a equipe assistencial e principalmente com o médico para que seja, retirada logo que possível e evitar também medicamentos tóxicos.

Conforme afirma Cardoso *et al.* (2017), a LRA acomete 5% dos pacientes internados nos hospitais em várias clínicas e este valor pode subir para 17 a 35% nas UTIs.

Desse modo, nos assegura Cardoso *et al.* (2017) que a classificação Acute Kidney Injury (AKIN) é uma ferramenta eficaz utilizada pela equipe de saúde inclusive pelo enfermeiro. Este mesmo autor assegura que a classificação de AKIN define a disfunção renal como a elevação no valor basal da creatinina sérica, que é maior ou igual a 0,3mg/dl em intervalo pelo menos de 48 horas.

Para elucidar a SBC (2007), afirma que um grupo multidisciplinar internacional AKIN, propõe a seguinte classificação baseada na dosagem sérica da creatinina e no volume urinário (tabela 1).

Tabela 1- Definição e Classificação da IRA

Estágios	Creatinina sérica	Diurese
Estágio1	Aumento de 0,3 mg/dl ou aumento de 150-200% do valor basal (1,5 a 2vezes)	<0,5ml/kg/h por 6horas
Estágio 2	Aumento >200-300% do valor basal (>2-3 vezes)	<0,5 ml/kg/h por >12 horas
Estágio 3	Aumento>300% do valor basal (> 3 vezes ou Cr sérica $\geq$ 4,0 mg/dl com aumento agudo de pelo menos 0,5 mg/dl)	< 0,3 ml/kg/h por 24 horas ou anúria por 12 horas

Fonte: SBC, 2007 p.2.

Nota: Somente um dos critérios (creatinina ou diurese) pode ser utilizado para inclusão no estágio. Pacientes que necessitem de diálise são considerados estágio 3, independente do estágio em que se encontram no início da terapia dialítica.

Cardoso *et al.* (2017), trazem considerações a respeito dos grupos dialíticos e não dialíticos. Sobre esse assunto, eles constatam que ambos os grupos tem como predominantes a hipertensão sistêmica, seguida pela sepse e a pneumonia, dentre os diagnósticos médicos que foram feitos tanto no grupo dialíticos como no grupo não dialíticos o que demonstrou maior prognósticos de óbito foram o grupo dos dialíticos , todos os pacientes envolvidos em ambos os grupos foram submetidos a ventilação mecânica com Pressão Positiva no Final da Expiração(PEEP) assim, como exposição ao uso de noradrenalina como droga vasoativa.

Para Abreu *et al.* (2013), a LRA é causada por diversos fatores desenvolvendo-se mais pela interação de hipovolemia, sepse, distúrbios hemodinâmicos e nefrotoxina.

Para execução dos cuidados de enfermagem, deve-se buscar o processo de trabalho denominado Processo de Enfermagem. De acordo com Massaroli *et al.* (2015), a UTI é um ambiente de assistência de alta complexidade, logo se faz necessário a estruturação dos cuidados de enfermagem de maneira organizada e para que isso ocorra de forma que contribua positivamente na qualidade das ações de enfermagem é preciso que o processo de trabalho dessa categoria esteja alicerçada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O processo de enfermagem, segundo Massaroli *et al.* (2015) se organiza em cinco etapas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e avaliação. Estas etapas inter-relacionadas favorecem a organização da assistência de enfermagem.

Na IX Conferência da NANDA realizada em 1990, foi aprovada a definição de diagnóstico de enfermagem como sendo:

[...] julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde; processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelas quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2017, p.49)

Em conformidade com os conceitos da NANDA (2017, p.48) a definição de diagnóstico de enfermagem recebe a seguinte revisão: “julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde”. Ainda de acordo com NANDA, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo.

No Brasil, os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA passaram, a partir de 1990, a ser aplicados em alguns setores hospitalares tais como Hospital Oswaldo Cruz (São Paulo), Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Rio de Janeiro), entre outros e ambulatoriais como o Centro de Atendimento de Saúde Mental do estado da Paraíba

Com a XIV Conferência da NANDA, ocorrida em abril de 2000, houve modificações na forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, surgindo assim a Taxonomia II, que foi projetada para ser multiaxial na forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar acréscimos e modificações, tornando-se mais adequada para a utilização em banco de dados (MATOS, 2009).

Em conformidade com a NANDA (2017, p.476), os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem são:

↳ **Título:** estabelece um nome para o diagnóstico. Descreve, de forma concisa, o que representa um padrão de indícios relacionados. Inclui a reação da pessoa avaliada durante a fase do histórico do processo de enfermagem e determina os resultados esperados na prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do cliente. Exemplo: Fadiga.

↳ **Definição:** estabelece descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. Exemplo:

Fadiga é uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.

↳ **Características Definidoras:** indícios / inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. É a evidência que levou a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como “evidenciados por” ou “caracterizados por”. Exemplos: cansaço, aumento das necessidades de repouso, ansiedade, condição física debilitada.

↳ **Fatores de Risco:** fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre. Exemplos: doença crônica, mudanças na vida, depressão.

↳ **Fatores Relacionados:** fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como “antecedentes de”, “associados a”, “relacionados a”, “contribuintes para” ou “estimuladores”. Apenas diagnósticos reais possuem fatores relacionados, como a etiologia do “problema”, e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual. Estes sugerem as intervenções que podem ser apropriadas ao manejo dos cuidados do cliente. Exemplo: condição física debilitada, má nutrição.

O diagnóstico de enfermagem é complexo e envolve a capacidade profissional de interpretar o comportamento humano em face de eventos adversos (MARCHON *et al.*, 2015)

Conforme nos afirmam Quaresma *et al.* (2019), o raciocínio clínico é considerado como sinônimo de julgamento clínico fundamentado no conhecimento científico que envolve julgamento de respostas ou necessidades específicas de cada paciente, bem como uma boa interpretação, análise e inferência dos resultados.

Para Lunney (2014), a falta de habilidade na precisão diagnóstica põe em risco os cuidados, pois revela uma inapropriada interpretação dos dados, gerando intervenções inadequadas.

Em experiência da prática da assistência no PA, observa-se a ligeira realização do histórico de enfermagem somente, ficando o diagnóstico negligenciado feito segundo os enfermeiros mentalmente segundo informação dos mesmos.

Neste contexto, fica claro a necessidade de implantar a segunda fase do processo de enfermagem nesse setor e seu efetivo cumprimento.

Dessa forma, torna-se necessário que o enfermeiro identifique os problemas de saúde a partir de características definidoras, que subsidiem a assistência prestada e que saibam relacionar o diagnóstico com os dados obtidos no histórico de enfermagem, sabendo reconhecer as condições de vulnerabilidade do paciente.

Diante do exposto acima, enfatiza-se que o diagnóstico de enfermagem merece destaque na atualidade assistencial, ensino e pesquisa, pela sua importância no ato do cuidado e crescimento profissional do enfermeiro. Constitui a segunda fase do PE que representa um desafio para o enfermeiro no planejamento da assistência ao paciente, pois requer desse profissional conhecimentos técnicos e científicos atualizados e principalmente um raciocínio crítico ao interpretar os dados colhidos no histórico de enfermagem (anamnese e exame físico). Acrescenta-se ainda que a importância dos diagnósticos de enfermagem pode ser pontuada também pela delimitação da área de autonomia, atuação e principalmente, pela independência profissional a ser conquistada dia após dia.

Finalmente, a Resolução 358/2013 do Conselho Federal de Enfermagem (COREN, 2013, p.65) determina:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º\_ os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas entre outros.

§ 2º \_ quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios escolas, associações comunitárias, entre

outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes.

Como consulta de Enfermagem:

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I \_ Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) \_ processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II \_ Diagnóstico de Enfermagem \_ processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III \_ Planejamento de Enfermagem\_ determinação dos resultados que se espera alcançar, e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV\_ Implementação \_ realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.

V \_ Avaliação de Enfermagem\_ processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudança ou adaptações nas etapas do processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca da

pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta, participam da execução do processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º A execução do processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem identificados;

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

SILVA *et al.* (2009), afirmam que pacientes que possuem o diagnóstico de DRC necessitam ser acompanhados por uma equipe multiprofissional através de consultas periódicas, com o intuito da manutenção de sua saúde, prevenindo o agravamento da doença. Na consulta de enfermagem os diagnósticos de enfermagem, possibilitam a identificação das demandas de cuidados que cada paciente apresenta, sendo assim, o enfermeiro deve colocá-lo em prática em toda consulta de enfermagem, afim de otimizar a qualidade do seu trabalho sempre baseado em conhecimentos científicos para melhor intervir em um problema de saúde.

## **4 METODOLOGIA**

Este trabalho é caracterizado como um estudo descritivo de abordagem quantitativa exploratória transversal que busca abordar o perfil de pacientes renais agudizados, provenientes do Pronto Atendimento (PA) para o CTI de um hospital privado Belo Horizonte- Minas Gerais.

Para atingir os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em 3 etapas: A primeira fase do estudo contou com a elaboração de uma planilha no programa Microsoft Office Excel para formar o banco de dados. Esta planilha apresentou as seguintes informações: diagnóstico Classificação Internacional de Doenças (CID) principal, cidade, faixa etária, especialidade, motivo do atendimento, sexo, estado civil, história pregressa, tempo de permanência no setor e destino (alta, internação ou óbito). Na 2ª etapa, foi iniciada a coleta de dados por meio das informações dos prontuários eletrônicos no Sistema MV. Em seguida, os dados foram analisados estatisticamente por meio de frequência absoluta e relativa, média, mediana e medidas de dispersão (desvio padrão), para apresentação final das informações, A 3ª etapa foi feita uma revisão literária na base de dados BVS a partir dos descritores :Lesão Renal Aguda; Insuficiência Renal Aguda; Paciente Renal Agudizados; Serviços Médicos de Emergência; Pronto Socorro- Atendimento de emergência. A Seguir foi identificado os diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA.

### **4.1 Tipo de estudo**

Para traçar o perfil dos pacientes do PA foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quantitativa, exploratório transversal.

Para traçar o perfil e identificar os diagnósticos de enfermagem, desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal e de revisão de literatura.

Para Gil (2008), um estudo descritivo apresenta, como uma das finalidades, a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno e estabelece relações entre as variáveis.

Para esse autor, as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral do tipo aproximativo acerca de um determinado fato.



## **4.2 Descrição da área de estudo**

O estudo foi realizado em um hospital geral de grande porte, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. A instituição conta com 426 leitos e realiza, em média, 1.800 internações e 2000 cirurgias por mês, campo de estágio conveniado com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

## **4.3 Instrumento para coleta de dados**

Utilizou-se um formulário para registro do perfil dos pacientes (APÊNDICE A).

## **4.4 Coleta de dados**

Os dados dos prontuários eletrônicos (sistema MV) foram coletados com a colaboração de uma profissional devidamente capacitada no sistema MV. Foram realizadas leituras extensivas dos registros existentes nos prontuários dos pacientes dos admitidos no PA.

## **4.5 Critérios de Inclusão**

A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos prontuários de todos os pacientes atendidos no PA, no período de abril de 2017 a maio de 2018.

## **4.6 Critério de Exclusão**

Foram excluídos da pesquisa os prontuários que não possuíam as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo.

## **4.7 Tratamento dos dados**

Os dados foram armazenados com aplicação da técnica de dupla digitação e processados mediante o banco aplicativo do *Microsoft Excel 7.0*. Os dados relativos às variáveis foram tratados a partir de estatística descritiva e os diagnósticos de

enfermagem formulados a partir do raciocínio clínico e estruturados em títulos, fatores relacionados e características definidoras.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do cenário deste estudo sob o nº CAAE: 93448218000005125

Como foram consultados os prontuários, e, não os pacientes, foi solicitado ao CEP dessa instituição a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo preservação da identidade dos pacientes e da instituição.

A pesquisadora comprometeu-se a utilizar as informações obtidas no trabalho somente em publicação científica, sem divulgar o nome da instituição e nem os nomes dos pacientes envolvidos em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

#### **4.9 Riscos e Benefícios**

A pesquisa ofereceu riscos mínimos relativos ao extravio de dados do prontuário de pacientes, uma vez que foram tomados todos os cuidados garantidos o anonimato dos pacientes e da instituição. Em relação aos benefícios, a identificação do perfil e de diagnósticos de enfermagem dos Pacientes no PA e CTI contribuirão para a elaboração de tecnologias informatizadas para essa fase e agilizará a melhoria do Processo de Enfermagem nessas unidades campo do estudo, subsidiará o planejamento da gestão assistencial ao considerar as necessidades específicas dessa clientela.

#### **4.10 Base de dados**

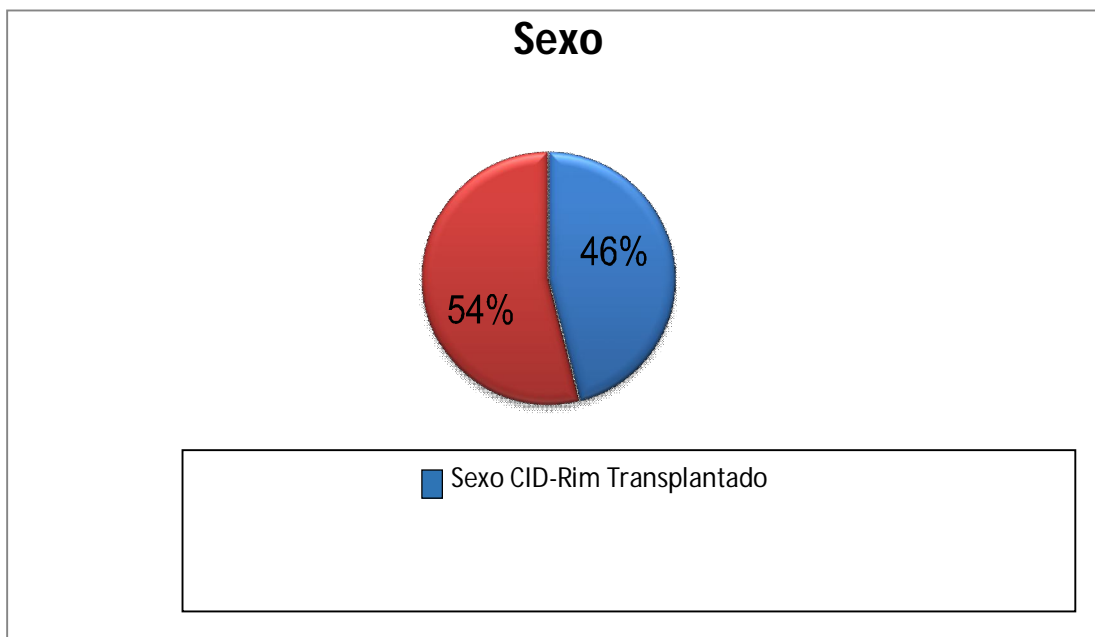
A base de dados utilizada para revisão bibliográfica foi na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e os descritores utilizados foram: Lesão Renal Aguda; Insuficiência Renal Aguda; Paciente Renal Agudo; Serviços Médicos de Emergência; Pronto Socorro- PA; Assistência Ambulatorial; Atendimento de Emergência; Atendimento de Urgência e Transplante renal.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil dos pacientes do PA

Após caracterização do Perfil dos pacientes atendidos no PA no período compreendido entre abril de 2017 a maio de 2018, foram identificados 4086 prontuários de pacientes que tiveram como porta de entrada no hospital o PA, estes prontuários foram analisados estatisticamente e os resultados encontrados estão apresentados na gráficos 1 e 2.

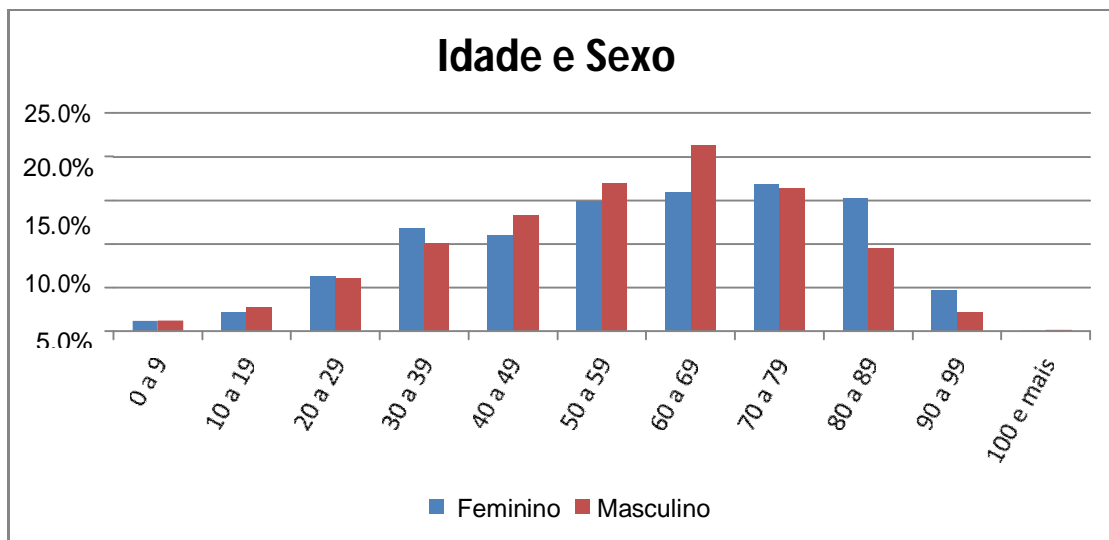
**Gráfico 1** - Percentual do sexo dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral  
HFR



Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Conforme apresentado no Gráfico 1, verifica-se que o perfil clínico epidemiológico do setor é caracterizado por: 54% sexo masculino, 46% sexo feminino.

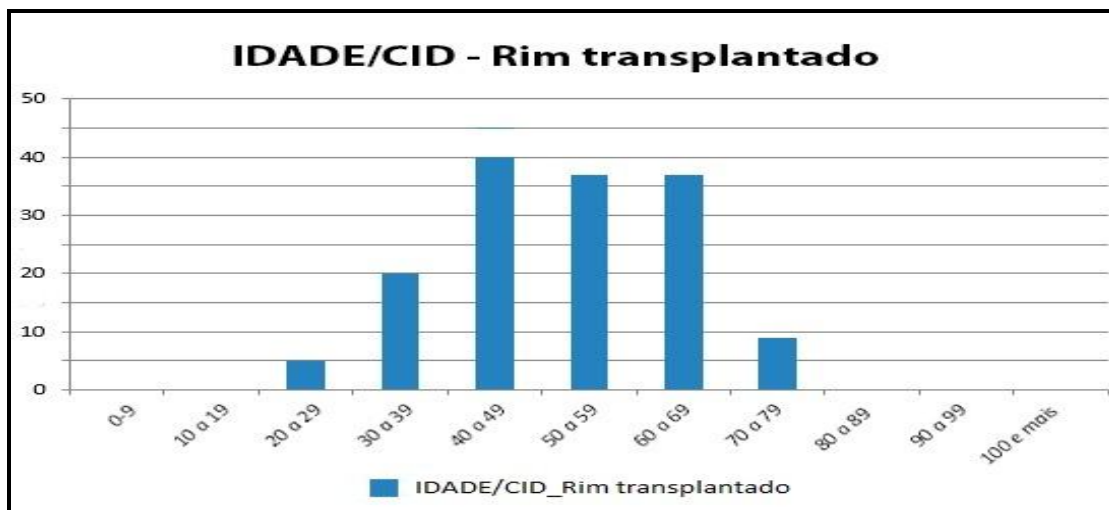
**Gráfico 2** - Comparação Sexo x Idade dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral HFR



Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Comparando-se idade e sexo (gráfico 2) percebe-se que a taxa de atendimento de homens mantém-se superior a taxa de atendimento de mulheres entre as faixas etárias 40-49 anos, 50-59 anos e 60-69 anos, porém estes índices se invertem após os 80 anos de idade, sendo que as mulheres passam a procurar mais por atendimento na unidade do que os homens.

**Gráfico 3** - Comparação Idade x CID-Rim transplantado dos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA de Belo Horizonte



Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Na comparação Idade x CID- Rim Transplantado (Gráfico 3) percebe-se prevalência da faixa etária 40-49 anos 40 casos (27,21%), seguido por 50-59 anos e 60-69 anos 36 casos (24,48%) cada, ficando os demais em idades extremas 20-29 (5%), 30-39 anos (20%) e 70-79anos (9%). (Ressalta-se que o hospital campo de pesquisa é o terceiro no Brasil que mais realiza transplante de rim.

A seguir, na (tabela 2) há os diagnósticos de Enfermagem identificados na literatura pelos pacientes submetidos a transplante renal:

**Tabela 2--** Principais diagnósticos apresentados pelos pacientes atendidos entre abril/2017 e maio/2018 no PA Geral HFR

<b>Diagnósticos (CID)</b>	<b>N° Pessoal</b>	<b>Porcentagem</b>
DISPNEIA	51	1%
DOR TORACICA	63	2%
<b>CALCULOSE DO RIM E DO URETER</b>	<b>171</b>	<b>3%</b>
OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NAO82 ESPECIFICADAS		2%
DOR ABDOMINAL E PELVICA	180	4%
MAL ESTAR	93	3%
<b>RIM TRANSPLANTADO</b>	<b>147</b>	<b>3%</b>
ABDOME AGUDO	120	3%
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS	87	2%
APENDICITE AGUDA	74	2%
ANGINA PECTORIS	51	1%
FRATURA DO FEMUR	73	2%
<b>DOENÇA RENAL EM ESTÁGIO FINAL</b>	<b>92</b>	<b>2%</b>
OUTROS SINTOMAS *	2802	70%
<b>TOTAL</b>	<b>4086</b>	<b>100%</b>

Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

\*Foram identificados outros 667 diagnósticos, cada um representa menos de 1% da amostra.

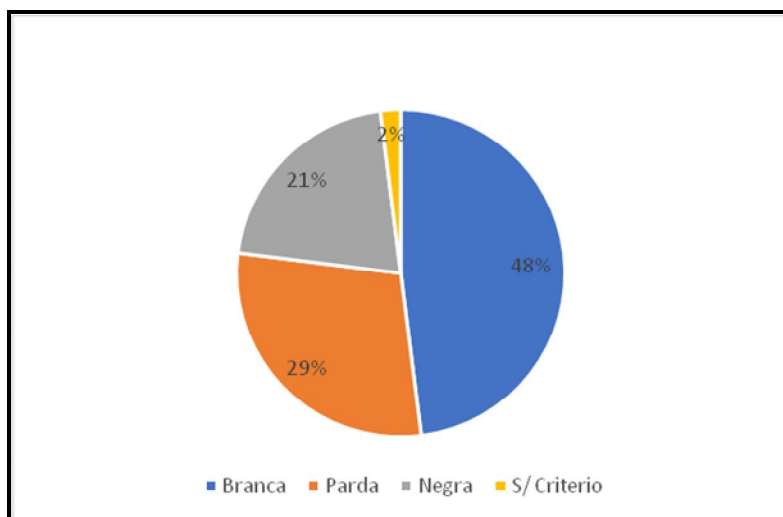
Dos 4086 atendimentos, foram analisados somente aqueles que obtiveram 50 ou mais ocorrências: dor abdominal e pélvica 180 (4%), calculose do rim e ureter 171 (3%) rim transplantado 147 (3%) e abdome agudo 120 (3%); mal estar (3%), doença renal em estágio final, fratura de fêmur, apendicite aguda, dor torácica, outras dores abdominais e as não especificadas; outros sintomas e sinais gerais representaram todos esses representam cada um 2% da amostra; angina pectoris e dispneia apareceram em 1% dos casos; juntos estes diagnósticos representam 31% do total da amostra com 1284 ocorrências. Os demais 2802 (69%) casos

apareceram menos de 50 vezes no período estudado o que representa de 3 a 4 casos por mês não sendo considerados na análise estatística do presente trabalho (Tabela 2).

A maioria dos pacientes 3867 (94,6%) atendidos no PA tiveram como destino, após alta no setor, a unidade de internação e ou CTI. As especialidades com maior demanda de atendimento foi cardiologia 608 (14,88%), clínica geral 550 (13,46%), cirurgia geral 532 (13,02%), renais 400 (10%) e gastroenterologia 306 (7,49%). Do total dos pacientes 3611 (88,35%) receberam alta após melhora do quadro clínico apresentado, sendo que o tempo de permanência no hospital variou entre menos de 24 horas e superior a 30 dias, a maior parte dos pacientes esteve entre 8 e 15 dias internados 902 (22,07%). Do total de pacientes 114 com dor torácica e angina pectoris 64(56%), renais 240 (60%) passaram pela UTI nesse período.

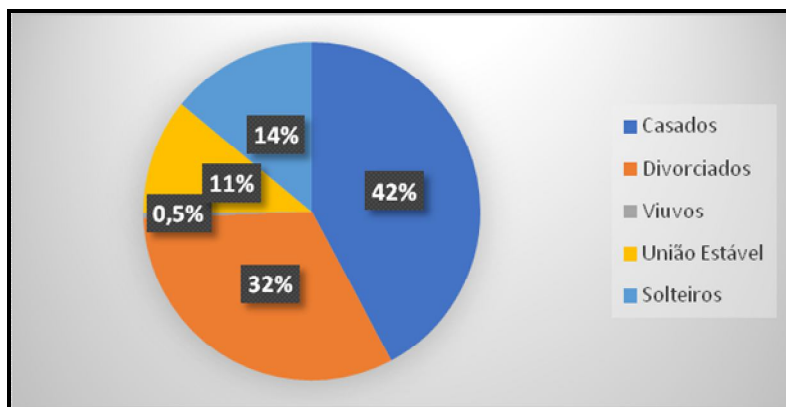
Após análise dos dados descritos acima, foi identificada a necessidade de se trabalhar com a população renal e especificamente como o perfil dos pacientes submetidos a transplante renal, considerando que o maior percentual da amostra foi de pacientes renais e também por essa instituição HFR ser a 3ª no Brasil e 1ª em Minas Gerais no número de transplantes renais segundo a Sociedade Brasileira de Transplante de órgãos. (ABTO, 2018).

Em relação a cor da pele, dos 147 pacientes transplantados renais analisados identificou-se que 71 pacientes correspondentes a (48%) são da cor branca, (31) pacientes correspondentes a (21%) são da cor negra, 42 pacientes correspondentes a (29%) são da cor parda e 3 pacientes correspondentes a (2%) representaram os prontuários que tinham os dados incompletos.

**Gráfico 4 – Representação da cor da pele**

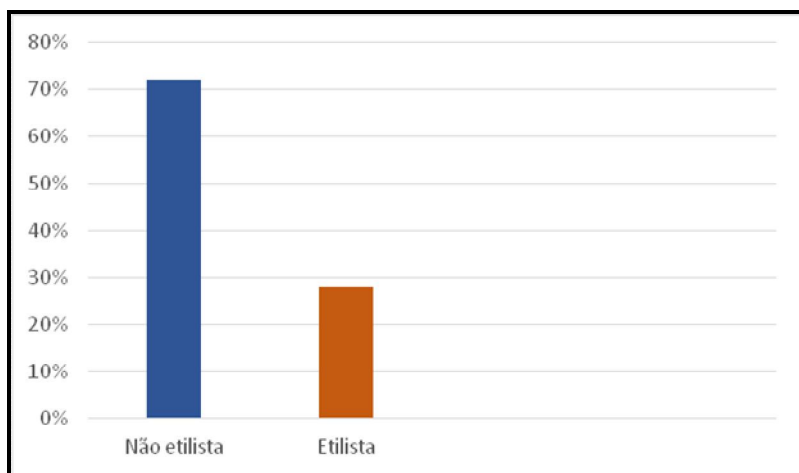
Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Em relação ao estado civil, dos 147 pacientes transplantados renais 62 (42%) são casados; 47 (32%) são divorciados; 1 (0,5%) viúvo; 16 (11%) dos pacientes vivem em união estável e 21 (14%) dos pacientes são solteiros.

**Gráfico 5 - Representação do estado civil**

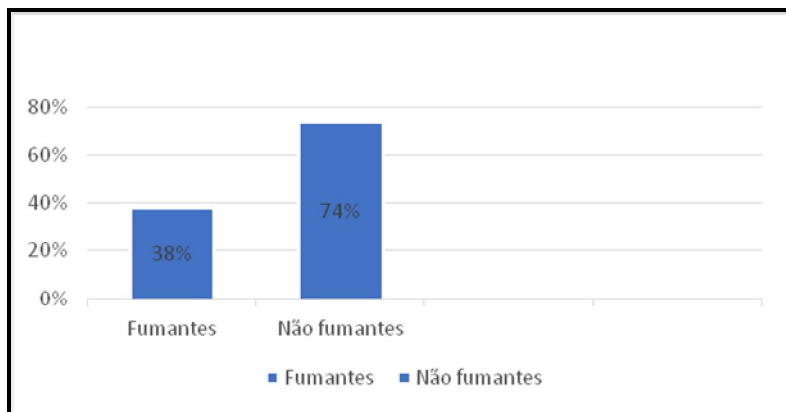
Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Em relação ao etilismo, dos 147 pacientes transplantados analisados identificou-se 106 pacientes correspondentes a (72%) informaram que não faziam uso de bebidas alcoólicas e 41 pacientes correspondentes a (28%) informaram serem etilistas.

**Gráfico 6 - Representação do estado de etilismo**

Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

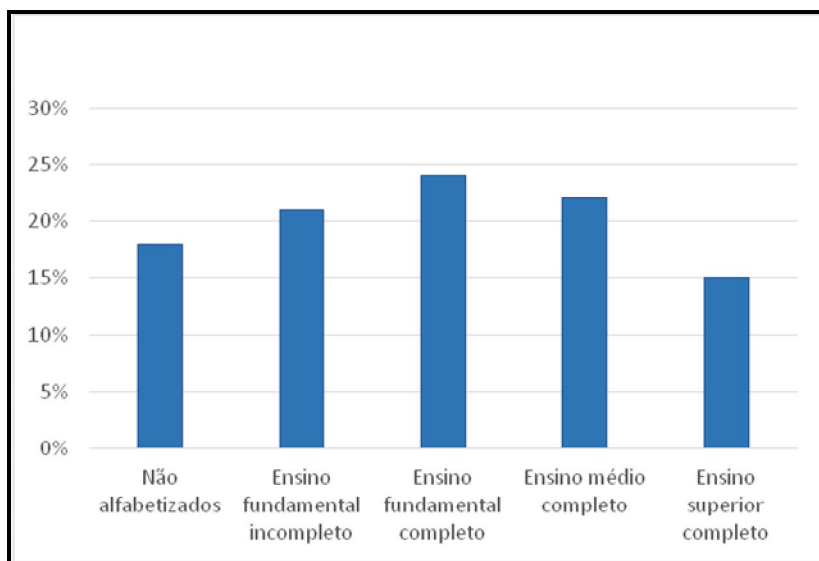
Em relação ao tabagismo, dos 147 pacientes transplantados analisados 38 pacientes correspondentes a (26%) são fumantes e 109 pacientes correspondente a (74%) não serem fumantes.

**Gráfico 7 - Representação do estado de tabagismo**

Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

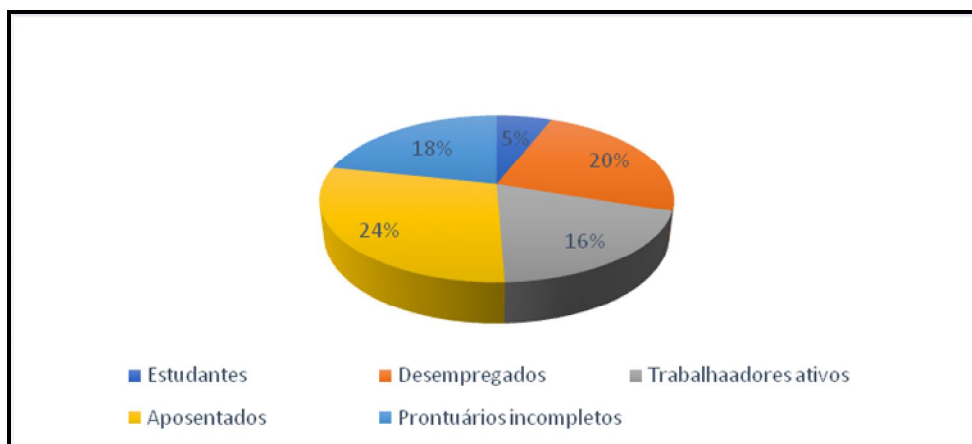
Em relação a escolaridade, dos 147 pacientes transplantados, identificou-se que: 27 (18%) dos pacientes não eram alfabetizados, 30 (21%) dos pacientes possuem ensino fundamental incompleto, 35 (24%) dos pacientes possuem ensino fundamental completo, 33 (22%) dos pacientes ensino médio completo e 22 (15%) dos pacientes possuem ensino superior.



**Gráfico 8** - Representação do estado de escolaridade

Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Em relação a profissão/ocupação, dos 147 pacientes transplantados analisados, 8 pacientes correspondentes à (5%) eram estudantes, 30 pacientes correspondentes a (20%) desempregados, 24 pacientes correspondentes a (16%) trabalhando e 58 pacientes correspondentes a (39%) aposentados e 27 pacientes correspondem a prontuários incompletos que correspondem à (18%).

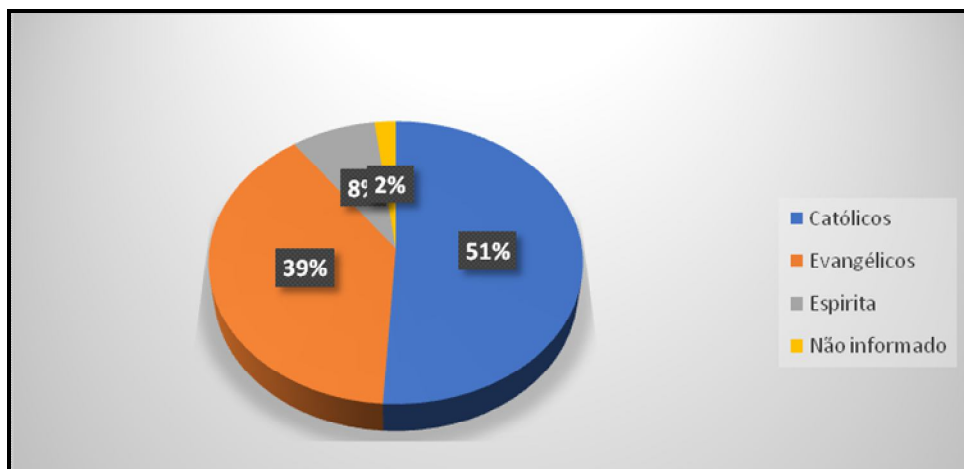
**Gráfico 9** - Rrepresentação do estado profissão/escolaridade

Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

Em relação a religião, dos 147 pacientes transplantados, 75 (51%) dos pacientes informaram serem católicos, 57 (39%) dos pacientes informaram ser

evangélicos, 12 (8%) dos pacientes são espíritas e 3 (2%) dos pacientes não informaram sua religião.

**Gráfico 10** - Representação do estado religioso



Fonte: Prontuário eletrônico (Sistema MV).

A renda familiar não foi identificada por não ser informada nos prontuários dos pacientes.

Baseados nos diagnósticos de enfermagem da NANDA (2017), podem-se elucidar os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes submetidos a transplante renal (tabela 3).

A seguir foram identificados na literatura os Diagnósticos de Enfermagem de pacientes submetidos a Transplante renal. Esses diagnósticos serão validados nessa instituição em um estudo posterior.

**Tabela 3** - Diagnóstico de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA (2017).

Diagnóstico	Fatores Relacionados	Característica definidora
Percepção Sensorial perturbada: visão	Medida na acuidade sensorial	Alteração da visão e necessidade de uso de óculos.
Eliminação urinária prejudicada	Estado hemodinâmico Necrose tubular	Rápida diurese Anúria ou oligúria
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Hipovolemia	Disfunção Renal

Nutrição desequilibrada: Mais do que as necessidades corporais	-Ingestão excessiva -Atividades físicas -Gasto calórico inadequado	Prega cutânea do tríceps
Troca de gases prejudicada	Mudanças na membrana alvéolo capilar	Ansiedade Alteração no padrão respiratório
Risco de perfusão Renal	Ajuste adequado da volemia e da medicação	Efeito secundário relacionados ao tratamento (p.ex.; medicamentos, cirurgias)
Padrão do Sono Perturbado	Risco pós-operatório	Medo da rejeição do órgão transplantado Aposentadoria /problemas financeiros
Fadiga	Estado de doença	Cansaço
Percepção Sensorial perturbada: visão	Medida na acuidade sensorial	Visão alterada
Percepção Sensorial perturbada: auditiva	Percepção sensorial alterada	Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial e Distorções auditivas
Dor Aguda	Agentes lesivos físicos	Relato Verbal de dor na coluna, cefaleia
Disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes.	Urgência urinária Uso de medicamentos e seus efeitos colaterais	Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais Stress
Risco de infecção	Hipertermia	Manifestação de receio de Infecção
Angustia Espiritual	Alteração do comportamento: medo de complicações e euforia pela nova vida	Momentos de euforia Depressão pela incerteza do sucesso do implante Baixa autoestima

Fonte: autor da pesquisa, através do livro NANDA, 2017

Em relação aos Diagnósticos de Enfermagem encontrados algumas considerações merecem serem enfatizadas:

Nos Diagnósticos de Enfermagem identificados na taxonomia de NANDA (2017), podemos perceber a diversidade de problemas reais e de risco que os pacientes transplantados renais apresentam

Ainda na linha da taxonomia da NANDA (2017), o diagnóstico Padrão de sono perturbado apresenta semelhanças com associação com outros diagnósticos como o diagnóstico de Angustia Espiritual, bem como associações semelhantes, como com fatores relacionados nas e características definidoras.

Coutinho e Costa (2015), consideram em seus estudos que o paciente diagnosticado com a DRC passa por situações estressantes de dor e períodos prolongados de tratamento que o leva a conviver com uma doença incurável de longa duração que provoca junto com a evolução da doença, complicações que impõem limitações em suas atividades diárias, convívio familiar e social, afetando dessa forma várias dimensões do ser humano, sendo a ocorrência de complicações psicológicas um fator preocupante a ser considerado pela equipe de saúde.

Lira e Lopes (2010), trazem em foco a relação entre dois diagnósticos a saber: Depressão sexual e Padrão de sexualidade ineficaz, se tratando de características, os autores acima apontam forte associação desses dois diagnósticos com a verbalização do problema e dificuldades; mudanças nos comportamentos sexuais, associações moderadas com três ou mais despertares a noite. Para Lira e Lopes, o fato dado acima, justifica-se pelo uso de imunossupressores que podem apresentar efeito colateral refletindo no desempenho sexual do paciente renal crônico e principalmente no transplantado renal.

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: o visual foi identificado com muita frequência nos pacientes com transplante renal deste estudo. Para confirmação da existência desse diagnóstico envolvendo a percepção sensorial, Smeltzer *et al.* (2009), relatam em seus estudos que as alterações na percepção sensorial se dá com a idade avançada, com a evolução da doença e pelos efeitos colaterais de medicamentos imunossupressores, principalmente pelos corticosteroides utilizados pelo transplantado renal para evitar a rejeição do órgão implanta

De acordo com Lira (2005), o enfermeiro está habilitado a utilizar o diagnóstico de enfermagem para organizar seu trabalho e assim, realizar uma assistência de qualidade ao paciente pós transplantado renal.

Ainda na linha de Lira, este paciente com disfunção renal muitas vezes abandona os estudos e faz requerimento de aposentadoria por invalidez ao Governo em pleno período de produção. Acrescento que, na nossa experiência, são pacientes diferenciados, que buscam seus direitos na assistência e são unidos em prol um dos outros. Procuram maiores informações sobre a patologia, sobre os riscos e sucessos do transplante, sobre o tratamento e seus direitos de assistência farmacológica e se associam a entidades de pacientes renais crônicos, conselhos de saúde em busca de seus direitos no SUS.

Nos Diagnósticos de Enfermagem identificados na taxonomia de NANDA (2017), podemos perceber a diversidade de problemas reais e de risco que os pacientes transplantados renais apresentam

Ainda na linha da taxonomia da NANDA (2017), o diagnóstico Padrão de sono perturbado apresenta semelhanças com associação com outros diagnósticos como o diagnóstico de Angustia Espiritual, bem como associações semelhantes, como com fatores relacionados nas e características definidoras.

Coutinho e Costa (2015), consideram em seus estudos que o paciente diagnosticado com a DRC passa por situações estressantes de dor e períodos prolongados de tratamento que o leva a conviver com uma doença incurável de longa duração que provoca junto com a evolução da doença, complicações que impõem limitações em suas atividades diárias, convívio familiar e social, afetando dessa forma várias dimensões do ser humano, sendo a ocorrência de complicações psicológicas um fator preocupante a ser considerado pela equipe de saúde.

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: o visual foi identificado com muita frequência nos pacientes com transplante renal deste estudo. Para confirmação da existência desse diagnóstico envolvendo a percepção sensorial, Smeltzer *et al.* (2009), relatam em seus estudos que as alterações na percepção sensorial se dá com a idade avançada, com a evolução da doença e pelos efeitos colaterais de medicamentos imunossupressores, principalmente pelos corticosteroides utilizados pelo transplantado renal para evitar a rejeição do órgão implanta.

## **6 DISCUSSÃO**

O transplante renal é a terapêutica mais eficaz e definitiva para quem teve queda da função renal a nível incompatível com a homeostase necessária para a manutenção da vida (GOUVEIA *et al.*, 2017)

Como bem nos assegura Santos *et al.* (2015), o transplante é considerado uma modalidade terapêutica de grande impacto na vida do paciente com DRC em estágio de falência, mas que não representa a cura. Ainda na linha de Santos, o transplantado possui algumas limitações com a rotina do uso prolongado das medicações imunossupressoras, novas adaptações ao convívio social e realização

das atividades cotidianas, além de terem que adotar nova adesão a cuidados que objetiva a manutenção da saúde. O acompanhamento médico em ambulatórios e as consultas com a equipe multiprofissional são impactantes para garantir uma qualidade de vida ao paciente.

Como bem nos assegura Piveta (2009), o corticosteroide é apontado pelo autor como a droga causadora dos efeitos colaterais, especificamente interferindo no aumento de peso. Assim, é um problema sério a longo prazo para os pacientes transplantados renais. É necessário uma dieta com pouca gordura e baixo teor de açúcar, além disso, o paciente transplantado renal deve ser devidamente orientado pela equipe de saúde sobre o acompanhamento ambulatorial, dieta, atividade física, uso correto dos medicamentos, cuidados com higiene para se evitar as infecções, percepção aos sinais e sintomas no pós transplante.

A dor aguda encontrada na taxonomia de NANDA (2017) é um outro diagnóstico de enfermagem presente que evidencia associação com o fator relacionado: agentes lesivos físicos e com a característica definidora: Relato verbal ou codificado. Lira e Lopes afirmam que em 20,7% dos transplantados renais apresentaram diagnóstico de dor aguda. Ainda nesta linha, afirmam que dos 14 pacientes com o diagnóstico de dor, um relatou cefaleia, outro relatou dor no local do enxerto e nove relataram dores no corpo, principalmente na coluna vertebral, dores nos membros inferiores e abdominais.

Ainda nesse contexto, Lira e Lopes afirmam que o tratamento com esteroides usado para prevenir a rejeição do órgão transplantado causa relevantes complicações, como a osteoporose e predisposição para fraturas e necrose avascular da cabeça do fêmur.

Segundo Schneider *et al.* (2004), a fadiga no paciente renal crônico está presente desde o momento da hemodiálise, período em que o paciente deve manter uma dieta equilibrada, ir ao serviço dialítico de três a quatro vezes por semana, perdendo a liberdade de realizar suas atividades pessoais, seu tempo de lazer o que o torna ainda mais sedentário e em risco de mobilidade afetada.

Segundo Luvisotto *et al.* (2007), são várias as complicações que ocorrem após a cirurgia de transplante renal, a saber: as infecções da ferida cirúrgica, hemorragia, trombose do enxerto, estenose de artéria, perda urinária e obstrução ureteral. As primeiras 24 horas do pós-operatório é esperado as instabilidades hemodinâmicas e respiratórias e a necessidade de reposição de líquidos, o cuidado

com o cateter vesical de demora que se mantem nos primeiros 5 a 7 dias do pós operatório e outros cuidados intensivos na UTI estão relacionados a atuação da equipe multiprofissional.

O planejamento dos cuidados a partir dos diagnósticos de enfermagem na detecção e intervenção de enfermagem antecipadamente as complicações que procedem do transplante, isto nos faz refletir que a assistência de enfermagem deve estar bem afinada e eficaz e ser altamente qualificada pautada na sistematização da assistência de enfermagem.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível identificar no presente estudo que ainda há uma predominância dos pacientes renais no PA e UTI, que vai de encontro à realidade demográfica do país, sendo estes do sexo masculino. O diagnóstico mais frequente foi doenças renais, sendo evidenciado o alto número de pacientes atendidos com rim transplantado.

Ficou evidente a importância dos dados para o desenvolvimento do setor e para elaboração de ações educativas e administrativas envolvendo esses pacientes especificamente. Todo estudo tem seus limites e este não é exceção.

A principal limitação do presente trabalho foi a falta de dados clínicos epidemiológicos para uma análise mais completa do perfil dos pacientes. Considera-se aqui a importância em dar continuidade a esse estudo, no intuito de atender as variáveis clínicas epidemiológicas desses pacientes.

De toda forma, considera-se que os objetivos propostos nessa pesquisa foram alcançados como a 1ª etapa de um estudo mais amplo.

Destaca-se como contribuição deste estudo a assistência de enfermagem focada no paciente com transplante renal, lembrando sempre que o enfermeiro deve estar atento a alguns diagnósticos mais relevantes neste paciente em questão, por isso devem ser mais explorados, tais como nos aponta os diagnóstico de enfermagem NANDA (2017): Risco de infecção, Percepção sensorial perturbada: visual e auditiva, Padrão de sono perturbado, Nutrição desequilibrada, angústia espiritual e Dor Aguda.

Espera-se que o presente estudo contribua para melhor elucidar as

características do paciente no pós-transplante renal e forneça subsídios para o aprimoramento da assistência a pacientes tão singulares.

Por fim, enfatiza-se a necessidade de estudos de perfis diagnósticos, pois a partir do conhecimento destes pode-se realmente atender o paciente de forma diferenciada, uma vez que cada um tem as suas necessidades e peculiaridades como um ser biopsicossocioespiritual.



## REFERÊNCIAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de órgãos Registro Brasileiro de Transplantes Estatística de Transplantes. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 2018. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0> Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS3432 DE 12 DE AGOSTO DE 1988. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo- UTI. **Ministério da Saúde**, 1988. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1988/prt.3432\\_12\\_08\\_1988.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1988/prt.3432_12_08_1988.html). Acesso em: 23/09/2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministério. Portaria 1600 de 07 de julho de 2011. Reformula a política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema único de saúde SUS. **Ministério da Saúde** 2011. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 23/09/2018.

BREITSAMETER, G.; *et al.* Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**; v 29; n 4; p.543-550; 2008. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/btstream/handle/10183/23609/000681276.pdf?Sequence=1&isallwed=y>. Acesso em: 23 de dezembro de 2018.

CARDOSO, B.; *et al.* Recuperação de pacientes com lesão renal diálitica e não diálitica. **Revista Cogitare Enfermagem**; Paraná; v 22 n 1; p.1-9; 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48041/pdf> Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

COREN -Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Legislação e normas [texto], **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. v.13, n. 1, 2013. Belo Horizonte: Coren-MG.

COUTINHO, M.P.L e COSTA, F.G. Depressão e Insuficiência renal crônica: Uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade (online)**, João Pessoa; v 27; n 2; p.449-459; 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pscoc/v27n2/1807-0310-psc-27-02-00449.pdf> . Acesso em: 17 de setembro de 2019.

DINIZ, A. S. *et al.* Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.2, p.312-320, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf> Acesso em: 23 de dezembro de 2018.

FIORAVANTE, F.; *et al.* A Enfermagem na terapia de substituição renal. **Revista Conexão Eletrônica**, Três Lagoas MS; v. 15; pp 277-289. 2018. Disponível em: <<https://www.revistaconexão.alms.edu.br/wp-content/plugins/download=attchmants/includes/download.php/id=1793>> Acesso em 04/02/2019.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. Editora Atlas. São Paulo, 2008, 6ª edição.

GOMES, A.; *et al.* Caracterização das infecções relacionadas á Assistência à saúde em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife; v 8; n 6; pp 1577-1585; junho de 2014. Disponível em:< <https://revista/revistaenfermagem/article/view/file/9848/10059>. Acesso em: 23 de dezembro de 2018.

GOUVEIA, Denise Sbrissia e Silva et al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.39, n. 2, p. 162-171, June 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017001301102&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017001301102&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, Brasília, v.27, n.1, p.165-180, Abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

LANETZKI, C.S.; *et al.* O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein [Internet]**. v.10, n.1, p.16-21. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt\\_v10n1a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a05.pdf) Acesso em: 02 de maio de 2018.;

LIRA, A.L.B.C. Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE **[dissertação]**. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.

LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.31, n. 1, p. 108-114, Mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100015) Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

LUFT, J.; *et al.* Lesão renal aguda em unidade de tratamento intensivo: Características clínicas e desfechos; **Revista Cogitare Enfermagem**; Paraná; v 21; n.2; p.1-9; junho de 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43822>. Acesso em: 23/12/18.

LUNNEY, M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnóstico de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: Regina Machado Garcez. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA**, Definições e Classificação 2012-2014. Artmed Editora LTDA. Porto Alegre-RS. 2013

LUVISOTTO, m. m., et al. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Hospital Albert Einstein (online)** São Paulo; v. 5; n 2; pp. 117-122; 2007. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/441-einstein5-2\\_online\\_ao441\\_pg117-122.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/441-einstein5-2_online_ao441_pg117-122.pdf) Acesso em: 17 de setembro de 2019.

MACHADO, C.; *et al* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v.45, n.3, p.519-528, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50034-89102011000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-89102011000300010). Acesso em 20/02/2018.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luiza Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. saúde pública**; n.31, v.11, p. 2313-2330, Nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2313.pdf> Acesso em: 16 de setembro 2019.

MATOS, Selme Silqueira de. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes no Pós-Operatório Mediato de Transplante Cardíaco e Validação do Diagnóstico Considerado Mais Característico: Angústia Espiritual, **Escola de Enfermagem da UFMG**, Belo Horizonte – MG, 2009. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f7M2ymC31E0J:https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/GCPA-7PMPMU+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

NANDA - International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017, Décima Edição. **Editado por T. Heather Herdman e Shigemi Kamitsuru.** © 2014 **NANDA International**, Publicado em 2017. Disponível em: [www.wiley.com/go/nursingdiagnoses](http://www.wiley.com/go/nursingdiagnoses) Acesso em: 22 de janeiro de 2019

QUARESMA, A. *et al.* Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a teoria do processo dual. **Revista de enfermagem Uerj (online)** Rio de Janeiro; v. 27, n.37862, p.1-6, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/37862> Acesso em: 17 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, C. P. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em um pronto-socorro de hospital universitário brasileiro. **Revista de Medicina (online) Goiás**; v 97; n 1; pp 44-50; 2018. Disponível em:<DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i1p44-50>> Acesso em 22 de janeiro de 2019.

PIVETA, V.M. **Manual de orientação para o paciente transplantado renal**. São Paulo: Hospital das Clínicas; 2009.

RIGONATTO, M. C.; MAGRO, M.C.S. Risco para lesão renal aguda na atenção primária à saúde.**Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v.71; n. 1; p. 20-25. 2017.Disponível em:<[www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_abstract&pid+=50034-716720018000100020-&ing=pt&nrm=isso&ting=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_abstract&pid+=50034-716720018000100020-&ing=pt&nrm=isso&ting=pt)> Acesso em: 23/12/2018.

SANTOS, Bianca Pozza dos *et al.* Consequências atribuídas ao transplante renal: técnica dos incidentes críticos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.24, n. 3, p. 748-755, Set. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015005027014&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015005027014&script=sci_arttext&tIng=pt) Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

SBC. Sociedade Brasileira de Nefrologia, **Diretrizes da AMB**. 2007, p.2. Disponível em: [https://sbn.org.br/app/upload/diretrizes\\_Insuficiencia\\_Renal\\_Aguda.pdf](https://sbn.org.br/app/upload/diretrizes_Insuficiencia_Renal_Aguda.pdf). pag 2. Acessado em 23/01/2019.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. Insuficiência Renal Aguda. **Diretrizes da AMB Sociedade Brasileira de Nefrologia**. 2007. pp 1-24. Disponível em: <[https://arquivos.sbn.org.br/uploads/Diretrizes\\_Insuficiencia\\_Renal\\_Aguda.pdf](https://arquivos.sbn.org.br/uploads/Diretrizes_Insuficiencia_Renal_Aguda.pdf)> Acesso em 07 de fevereiro de 2019.

Schneider RA. Chronic renal failure: assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. **J Clin Nurs.**; v.13, n.2, p.219-25, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723674> Acesso em: 22 de janeiro de 2019..

SILVA, G.;*et al.* Distúrbios renais em unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE online**.Recife; v 11; n 11; pp 4463-4468.2017. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33382&indexSearch=ID>> Acesso em: 22 de dezembro de 2018.

SILVA, M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica Enfermagem (online)**. 2009. Disponível em:<<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46974>> Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009

## APÊNDICE

### Instrumento de coleta de dados

Paciente

Nº prontuário

Data de Admissão

Período de internação

Clínica

Médico Responsável

Data de Nascimento

Diagnóstico principal

Escolaridade

Profissão/ocupação

Religião

Renda familiar

Alta em boas condições

Alta por óbito

Fonte: Sistema MV