

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
FORTALEZA-CE

Fortaleza

2005

ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
TRANSPLANTADOS RENAIIS DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária.

Linha de Pesquisa: A enfermagem e os estudos teóricos e históricos das práticas de saúde.

Fortaleza

2005

Lira, Ana Luisa Brandão de Carvalho

Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-Ce / Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira. – Fortaleza: UFC / FFOE, 2005.

106f.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Transplante renal. 2. Processo de enfermagem. 3. Diagnóstico de enfermagem. - Dissertação. I. Lopes, Marcos Venícios de Oliveira. II. Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título

CDU 616

ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES TRANSPLANTADOS
RENAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Thelma Leite de Araujo (1^a Examinadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Lucia de Fatima da Silva (2^a Examinadora)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Examinador Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Este estudo contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus e à Nossa Senhora, por acompanharem sempre os meus passos.

Aos meus pais, Terezinha e Coutinho, por serem meu grande exemplo de vida.

À minha segunda mãe, Filomena, pelo amor e afeto sempre manifestado.

Ao meu marido, Fabinho, por ser sempre o meu ponto de apoio e fonte incentivadora da minha vida.

Aos meus irmãos, Luciene, Liliane, Júnior e Luisiane, pelo constante incentivo dedicado à irmã caçula.

Ao professor Dr. Marcos Venícios, meu orientador, pelas sugestões, observações, ensinamentos e paciência com que sempre me atendeu.

Aos membros da banca, Dra. Thelma, Dra. Lucia e Dr. Paulo César, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

À professora Vilaní, pela importância de seus ensinamentos para a minha formação pessoal e profissional.

Às minhas amigas, Luisa, Viviane, Rafaella, Tahissa e Nirla, por todo o carinho e companheirismo a mim dispensados.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Tecnologia para o cuidado de enfermagem pela acolhida e amizade. Em especial, à amiga Jaqueline, pela ajuda durante a coleta de dados.

Aos pacientes transplantados renais, por compartilharem suas experiências neste trabalho.

À equipe de transplante renal do hospital universitário de Fortaleza-CE, pela disposição e atenção.

À todos aqueles que não foram aqui explicitados, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo.

RESUMO

A identificação dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com transplante renal é um instrumento adequado e de extrema importância, pois proporciona uma linguagem própria da enfermagem, facilita a comunicação entre o profissional e o paciente e delimita o âmbito de trabalho de competência do enfermeiro. Objetivou-se, neste estudo, analisar a distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais de um hospital universitário localizado na cidade de Fortaleza-CE. A população foi composta pelos transplantados renais acompanhados no ambulatório de transplante renal desse hospital. Trata-se de estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo. Foram avaliados 58 pacientes com transplante renal entre os meses de dezembro/04 e abril/05. Os instrumentos de coleta de dados foram: roteiro de entrevista e exame físico. Os resultados mostram o predomínio do sexo masculino, com média de idade de 40 anos, sendo casada a maioria, com média de 2 filhos. A procedência era das cidades do interior do Ceará ou de outros estados do país, tinham renda familiar de 4 salários mínimos em média, não usavam nenhum método contraceptivo. A maioria era aposentada, com baixa escolaridade, católica e não faziam de bebida alcoólica nem de fumo. Duração média de 52 meses de diálise, principalmente a hemodiálise. A maioria teve como doador do enxerto renal cadáver e está em média com seis anos e meio de transplantado. Foram identificados 39 diagnósticos de enfermagem, dez dos quais acima do percentil 75, com presença de seis domínios dos doze investigados. Em relação às associações entre os diagnósticos de enfermagem, encontramos relação entre Padrão de sono perturbado e Disfunção sexual, Padrão de sono perturbado e Padrões de sexualidade ineficazes, Disfunção sexual e Padrões de sexualidade ineficazes. Nos diagnósticos Percepção sensorial perturbada: visual e Percepção sensorial perturbada: auditiva foram encontradas diferenças de média com a idade e o tempo de diálise respectivamente. O primeiro diagnóstico manifestou-se em pacientes transplantados renais com idade mais avançada. O segundo diagnóstico esteve presente em pacientes com maior tempo de diálise. Percebemos que o estudo dos diagnósticos de enfermagem nos proporcionou um maior conhecimento da realidade desses pacientes, contribuindo para uma possível implementação de ações de enfermagem eficazes para a resolução dos problemas identificados. Isto pode contribuir para nortear a assistência de enfermagem ao transplantado renal e proporcionar uma melhor qualidade de vida a essa clientela.

UNITERMOS: Transplante renal, Processo de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

The nursing diagnoses identification in renal transplant patients is an adequate and important instrument, because it provides an own nursing language, facilitates the communication between the professional and the patient and defines the nurse competence working scope. This study aimed to analyze the nursing diagnoses distribution presents in renal transplanted patients of an academic hospital of Fortaleza. The population was formed by the renal transplanted who are accompanied in the renal transplant ambulatory of this hospital. It was a cross-sectional study of exploratory and descriptive character. Fifty eight renal transplant patients were evaluated between months of december/04 and april/05. The data collection instruments were: an interview script and a physical exam. The results show the masculine sex predominance, with age average about 40 years, the majority being married, with average about 2 children. The origin was of the countryside cities of the Ceará or of other country states, they had familiar income of four minimum wages on an average, they did not use any contraceptive method. The majority was retired, with low education, catholic, without alcoholic drink and tobacco use. They had a medium duration of 52 dialysis months, mostly the hemodilysis. The most had as renal graft donor a corpse and average six year and half of transplant. Were identified 39 nursing diagnoses, 10 of which above of percentil 75, with the presence of six domains of the 12 investigated. Regarding the associations among nursing diagnoses, we find relation between sleep Pattern disturbed and sexual Dysfunction, sleep Pattern disturbed and ineffective sexuality Patterns, sexual Dysfunction and ineffective sexuality Patterns. In the diagnoses disturbed sensory Perception: visual and disturbed sensory Perception: auditory were found media differences with the age and time of dialysis respectively. The first diagnosis manifested itself in renal transplanted patients with more advanced age. The second diagnosis was present in patients with larger time of dialysis. We realize that the nursing diagnoses study provided us a larger knowledge of these patients' reality, contributing for a possible implementation of effective nursing actions for the resolution of the identified problems. This can contribute to guide the nursing assistance to the renal transplanted and to provide a better life quality to this clientele.

KEY WORDS: Kidney transplantation, Nursing Process, Nursing diagnosis.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo dados sócio-econômicos. Fortaleza, 2005.....pg. 37
- Tabela 2 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo dados do transplante. Fortaleza, 2005.....pg. 38
- Tabela 3 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo os sinais e sintomas de rejeição. Fortaleza, 2005..... pg. 39
- Tabela 4 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo dados antropométricos. Fortaleza, 2005.....pg. 39
- Tabela 5 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo os valores dos sinais vitais. Fortaleza, 2005..... pg. 40
- Tabela 6 - Distribuição dos grupos de medicamentos utilizados por pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 41
- Tabela 7 - Valores dos exames laboratoriais de pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005..... pg. 42
- Tabela 8 - Medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 42
- Tabela 9 - Distribuição das características definidoras presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005..... pg. 43
- Tabela 10 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005..... pg. 45
- Tabela 11 - Distribuição dos fatores relacionados presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 46
- Tabela 12 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual. Fortaleza, 2005.....pg. 48
- Tabela 13 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado Fortaleza, 2005..... pg. 50
- Tabela 14 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Fortaleza, 2005..... pg. 52

- Tabela 15 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga. Fortaleza, 2005.....pg. 54
- Tabela 16 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. Fortaleza, 2005.....pg. 56
- Tabela 17 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva. Fortaleza, 2005..... pg. 58
- Tabela 18 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2005..... pg. 60
- Tabela 19 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes. Fortaleza, 2005.....pg. 62
- Tabela 20 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual. Fortaleza, 2005..... pg. 63
- Tabela 21 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado. Fortaleza, 2005..... pg. 64
- Tabela 22 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Fortaleza, 2005..... pg. 65
- Tabela 23- Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga. Fortaleza, 2005.....pg. 66
- Tabela 24 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. Fortaleza, 2005..... pg. 67
- Tabela 25 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva. Fortaleza, 2005.....pg. 68
- Tabela 26 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2005..... pg. 69

Tabela 27 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados do transplante e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes. Fortaleza, 2005..... pg. 70

Tabela 28 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 71

Tabela 29 – Estatísticas de associação entre diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 72

Tabela 30 – Estatísticas de associação entre diagnósticos de enfermagem e características definidoras encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.....pg. 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Taxonomia II da NANDA: Domínios e classes.....pg. 28

Quadro 2 - Classificação da Pressão arterial (>18 anos).....pg. 104

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	08
LISTA DE QUADROS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Geral.....	21
2.2 Específicos.....	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4.1 Natureza do Estudo.....	30
4.2 Local do Estudo.....	30
4.3 População e Amostra.....	31
4.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	33
4.5 Organização e Análise dos Dados.....	34
4.6 Aspectos Éticos.....	35
5 RESULTADOS.....	36
6 DISCUSSÃO.....	77
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
8 REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	94

1 INTRODUÇÃO

Nosso primeiro contato com pacientes transplantados renais foi em 2001, durante o estágio extracurricular para acadêmicos de enfermagem em um hospital universitário de Fortaleza-CE. Na unidade de transplante renal, pudemos conviver com vários pacientes e perceber que o transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertá-los da máquina de hemodiálise, obriga-os a adotar um estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos e cuidados com a saúde. Uma elevação da temperatura corporal, por menor que seja, leva ao internamento e o risco de infecção é permanente, devido à suscetibilidade causada pelas drogas imunossupressoras. O acompanhamento ambulatorial é freqüente e muitas limitações são impostas à vida do paciente, levando-o muitas vezes ao sofrimento psíquico.

A partir desse estágio na unidade de transplante renal, realizamos nossa monografia de conclusão do Curso de Enfermagem com aquela clientela, na qual buscamos estudar a adaptação psicossocial do adolescente transplantado renal à luz da Teoria adaptativa de Roy. Percebemos que o diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica (IRC) e o transplante renal foram responsáveis por uma série de respostas adaptativas e ineficazes por parte dos adolescentes pesquisados,

manifestados nos três modos adaptativos de Roy, quais sejam autoconceito, desempenho de papéis e interdependência (CARVALHO, 2003).

A problemática da IRC parece ser extensiva ao restante do país. O Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, é o segundo país no mundo em número de transplantes de órgãos, mas ainda existem 56 mil pessoas precisando de doações. Em fevereiro de 2004, havia 29.928 pessoas na fila aguardando um transplante renal, das quais 6.256 eram da região Nordeste, sendo 367 no Estado do Ceará (BRASIL, 2004).

Até o primeiro trimestre de 2003, existiam no Brasil 149 centros transplantadores de rim ativos cadastrados na Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), dos quais quatro estão no Ceará, sendo dois situados na cidade de Fortaleza. Foram realizados 1290 transplantes de rim no Brasil durante o primeiro semestre de 2003, sendo 700 de doadores vivos e 590 de doadores cadáveres (ABTO, 2004).

O número de transplantes renais realizados no Brasil cresceu aproximadamente 81% entre o período de 1997 a 2003, sendo gasto em 2003, o valor de R\$ 48.483.786,00 (BRASIL, 2004).

Os estados brasileiros de maior realização de transplantes renais, em ordem decrescente, foram: São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Paraná e Ceará (ABTO, 2004).

O transplante renal é hoje uma terapêutica amplamente utilizada no tratamento de pacientes portadores de IRC. Transplante é a transferência efetuada mediante técnicas e cuidados especiais, variáveis segundo o caso, de órgão, ou de parte de órgão, de um para outro lugar de um mesmo indivíduo, ou de indivíduo, vivo ou morto, para outro indivíduo. (FERREIRA, 1999).

O transplante renal é indicado para o tratamento da IRC de quase todas as etiologias, sendo as mais comuns as glomerulonefrites, nefropatias diabéticas, doenças císticas e vasculares (GONÇALVES et al., 1999).

A IRC é uma síndrome clínica causada pela perda progressiva e irreversível das funções renais, resultando em uremia, que é o acúmulo de toxinas urêmicas no organismo (CENDOROGLO; SARDENBERG; SUASSUNA, 1998).

Dados sobre a incidência de IRC na população em geral variam na literatura. A incidência, em média, de novos casos de uremia terminal em adultos está entre 50 e 70 por milhão de habitantes, a cada ano (ROMÃO, 1994).

A avaliação médica de pacientes com suspeita de IRC deve constituir-se de uma investigação dos seguintes componentes: história de doença renal aguda; exame físico para a identificação de sinais sugestivos de doença renal (hipertensão arterial, alterações cutâneas e oculares); exame de urina para definir a existência de proteinúria e bacteremia; estudo radiológico para identificação de malformações, lesões destrutivas dos rins e vias excretoras; e biópsia renal para confirmar o diagnóstico (PAOLUCCI, 1977).

As opções de tratamento da IRC são a hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal cíclica noturna e o transplante renal com doador vivo ou cadáver (THOMÉ et al., 1999). O paciente e sua família devem ser esclarecidos sobre as opções de tratamento da IRC, bem como da possibilidade de mudança da escolha inicial, conforme a evolução da doença. Na escolha do melhor método, devem ser levadas em consideração as características clínicas, psicológicas e sócio-econômicas do paciente.

A IRC é uma doença com vários efeitos na vida do paciente e de difícil tratamento, com sérias implicações físicas, psicológicas e sócio-econômicas não apenas para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade. O transplante renal é a melhor opção para proporcionar qualidade de vida aos pacientes renais crônicos (TALAS; BAYRAKTAR, 2004).

A partir de 1950, após décadas de procedimentos experimentais, o transplante renal começou a ser realizado com sucesso em seres humanos. Sua realização em grande escala deu-se com o surgimento das drogas imunossupressoras. No Brasil, iniciou-se em 1965 na cidade de São Paulo (PERES et al., 2003).

O transplante renal envolve a transferência do órgão de um doador vivo ou cadáver humano para um receptor com doença renal em estágio terminal. O rim transplantado é fixado à bexiga ou anastomosado ao ureter do receptor (SMELTZER; BARE, 2000).

O doador de órgãos pode ser de três tipos: vivo parente (pai, mãe, irmão e filhos); vivo não-parente (esposo, cunhado, amigo, dentre outros) e cadáver. O uso de doadores cadáveres, além da dificuldade na obtenção do órgão, oferece uma sobrevida bem menor, quer para o enxerto, quer para o paciente. Os resultados com doador vivo não parente são melhores daqueles com doador cadáver (IANHEZ, 1996).

Todos os aspectos da cirurgia devem ser discutidos com o paciente, inclusive os riscos e complicações potenciais tanto em relação ao doador como ao receptor. Segundo Sampaio e Pagliuca (2000), as etapas de preparo do futuro receptor são as preparações clínicas, cirúrgicas e imunológicas. A preparação clínica consiste no tratamento e erradicação de todos os focos infecciosos. A preparação cirúrgica corresponde na realização de nefrectomia em casos de: hipertensão arterial severa não controlada por tratamento médico, rins policísticos, dentre outros. Na preparação imunológica, os candidatos ao transplante renal são submetidos a protocolo transfuncional, objetivando melhorar os resultados da cirurgia em longo prazo.

Na unidade de transplante renal, os pacientes necessitam de um cuidado coordenado da equipe de transplante desde o período pré-operatório até as infinitas consultas pós-transplantes no ambulatório. De acordo com Piveta (1999a), a assistência de enfermagem na unidade de transplante renal deve ser prestada de maneira precisa e sistematizada, visto a complexidade de tal procedimento. Para tanto, a atribuição do enfermeiro, além do treinamento dos funcionários, do cuidar, do assistir e do gerenciar a unidade, é conscientizar os pacientes e seus familiares quanto à importância do tratamento, provendo maior adesão e melhor qualidade de vida ao paciente transplantado renal.

O seguimento ambulatorial é uma etapa fundamental para a assistência continuada dos pacientes com transplante renal, favorecendo o sucesso da cirurgia e minimizando o risco de rejeição. As orientações para educação do paciente em relação à administração de medicamentos, prevenção e detecção de problemas, como a infecção e hipertensão, cuidados com a higiene e a alimentação, são asseguradas no ambulatório.

No contexto da instituição pesquisada pelas autoras Girão, Machado e Macedo (1996), a consulta é realizada pela enfermeira do transplante, em sala apropriada do ambulatório, com local para exames, e consta de sete etapas: apresentação, dados pessoais, informações, queixas principais, exame físico, orientações e esclarecimento de dúvidas. São consultados os transplantados, os pacientes aptos para a realização de transplante com doador vivo ou cadáver e os doadores.

As mesmas autoras relatam como funções da enfermeira: receber o paciente, apresentar a equipe do transplante e a unidade; colher dados pessoais,

cadastrando-o no serviço; conversar com o paciente, procurando obter o máximo de informações sobre história de vida, história clínica, dados da diálise; realizar exame físico; orientar o paciente e a sua família; checar com o paciente as informações sobre o tratamento para verminoses, sobre o armazenamento de três a quatro bolsas de sangue, sobre os exames e as consultas solicitadas pelo nefrologista; solicitar ao paciente a assinatura do termo de autorização para doação de órgãos; esclarecer dúvidas e encaminhar para setor especializado, caso sejam apresentados durante a consulta problemas relacionados a outras áreas, como nutrição, serviço social, dentre outras.

A equipe de enfermagem admite o paciente na Unidade na véspera da realização do transplante e o conduz ao leito, oferecendo-lhe suporte psicológico, fazendo avaliação física e proporcionando os cuidados de enfermagem pré-operatórios.

As autoras citam, ainda, alguns cuidados pré-operatórios de enfermagem, dos quais destacamos: monitorizar sinais vitais e peso; administrar a medicação imunossupressora, conforme prescrição médica; orientar o paciente quanto ao jejum após 22 horas, na véspera do transplante; enfaixar o membro da fístula com atadura de crepom, de maneira a não prejudicar o funcionamento da mesma e transmitir confiança ao paciente. Convém esclarecer que esses cuidados não são padrões, mas sim rotineiros no hospital em que aquelas autoras trabalhavam.

Em estudo realizado no Hospital São Paulo por Piveta (1999a), observou-se que o enfermeiro durante o ato cirúrgico atua na escovação da parede abdominal e genital com solução anti-séptica degermante, tricotomia, passagem de sonda *folley* e auxilia na perfusão renal pós-nefrectomia do rim doador. Em relação ao pós-operatório, o principal objetivo da assistência de enfermagem é restabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente e prevenir dor e complicações (GIRÃO; MACHADO; MACEDO, 1996).

No ambulatório de pós-transplante, o paciente deve ser atendido nas consultas de enfermagem e médica. Se o serviço dispuser de nutricionista, psicóloga e assistente social, a consulta com esses profissionais é indicada, pois auxiliará o paciente no retorno e convívio com a sociedade. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deverá realizar um exame físico minucioso, levantando os problemas e monitorando o peso e a pressão arterial dos pacientes (PIVETA, 1999a).

O sucesso de um programa de transplante renal depende não somente do treinamento da equipe clínica e cirúrgica, mas também do auxílio de outras especialidades médicas, como imunologia, infectologia, radiologia, patologia e terapia intensiva, e do concurso de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e biólogos (GONÇALVES et al., 1999).

Um destaque de um transplante renal bem-sucedido é a impressionante melhora na qualidade de vida do paciente. Apesar da existência de complicações diversas na evolução do transplante, a reabilitação é muito superior àquela observada em qualquer tipo de terapêutica dialítica.

O paciente após receber seu enxerto está sempre correndo risco de rejeição, sendo necessário receber informações adequadas para poder conviver com a possibilidade concreta de rejeição e com o novo modo de vida que terá de assumir, agora sem a rotina das sessões de hemodiálise, mas com a dependência do uso diário das medicações imunossupressoras, as quais trazem outras conseqüências e limitações na vida do renal crônico (MENDES; SHIRATORI, 2002).

Os transplantados devem ser cuidadosamente acompanhados no ambulatório e receberem orientação sobre dieta alimentar, medicação, exercícios e prevenção da infecção. Eles devem ser considerados um grupo com necessidades específicas, pois o sucesso na evolução do transplante se confronta com as complicações presentes ou potenciais após a cirurgia. Algumas repostas humanas são comuns aos pacientes transplantados renais, independente do tempo de cirurgia.

As repostas humanas mais presentes são: restrição na dieta alimentar, fadiga, preocupação com a saúde física, medo da rejeição do enxerto, mudança da imagem corporal e aderência a um complexo regime de medicamentos (SCHNEIDER, 2004; FISHER et al., 1998).

Em estudo realizado por Carvalho (2003), os principais diagnósticos de enfermagem presentes em adolescentes transplantados renais foram: Distúrbio da imagem corporal, Ansiedade, Medo, Déficit de conhecimento, Distúrbio na auto-estima, Interação social prejudicada e Mobilidade física ou energia limitada.

As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas à redução da morbidez psicológica e a diminuição dos custos dos serviços de saúde, prevenindo a necessidade de outro transplante, devido a não aderência ao tratamento. O

transplante de órgãos é uma área propícia para a valorização do trabalho do enfermeiro (WAINWRIGHT; FALLON; GOULD, 1999).

A enfermeira trabalha juntamente com o paciente e a família, para assegurar a compreensão da necessidade do uso contínuo dos medicamentos imunossupressores da forma prescrita. Além disso, o paciente e sua família são orientados a relatar sinais que podem indicar rejeição do rim transplantado, infecção local ou sistêmica e efeitos colaterais significativos das drogas imunossupressoras (SMELTZER; BARE, 2000).

Portanto, a enfermagem deve orientar o paciente transplantado renal sobre sua doença, desde o diagnóstico médico de insuficiência renal crônica até a necessidade das consultas ambulatoriais após o transplante renal. Tanto o paciente quanto a família devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Um dos fatos relatados por adolescentes transplantados renais é o medo de voltar para as sessões de hemodiálise. E o fato de o transplante renal carregar a concepção de rejeição e o medo de morrer, foram aspectos geradores de sentimentos de ansiedade e angústia nestes adolescentes (CARVALHO, 2003).

Deste modo, torna-se fundamental aumentar quantitativamente e qualitativamente o acompanhamento ambulatorial, pois isto implica na contribuição para a qualidade de vida do paciente transplantado e, conseqüentemente, melhoria no sistema de saúde do país.

Esta problemática e a vivência com esses pacientes despertou-nos o interesse em aprofundar o estudo no sentido de analisar os problemas/necessidades dos pacientes transplantados renais, com o intuito de estabelecer os diagnósticos de enfermagem da taxonomia da North American Nursing Association (NANDA).

Em nossa realidade existem poucos estudos sobre diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. No entanto, a introdução do processo de enfermagem na vida diária do enfermeiro e o seu estudo são fundamentais para a promoção de uma assistência melhor organizada e direcionada especificamente às necessidades do cliente.

Assim, o estudo dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes submetidos à transplante renal proporciona um trabalho intelectual, no qual o profissional tem a oportunidade de crescer e transformar-se num ser crítico, capaz de questionar suas próprias atitudes e, assim, participar de forma mais ativa no tratamento do paciente. Dessa forma, a sistematização da assistência de

enfermagem contribui para a organização do trabalho do enfermeiro, para a redução do risco de rejeição renal e aumenta a qualidade e a credibilidade dos serviços prestados.

Acreditamos que pesquisas como estas são importantes, pois contribuem para uma melhor sistematização da assistência de enfermagem ao paciente transplantado renal, na tentativa de organizar e valorizar os cuidados de enfermagem no ambulatório pós-transplante. É principalmente por meio do levantamento das respostas humanas apresentadas por esses pacientes, e dos fatores relacionados de cada resposta, que teremos subsídios para apresentar propostas que direcionem o cuidado e sirvam de parâmetro de avaliação da assistência prestada, evidenciando um compromisso mais estreito com a qualidade do serviço de enfermagem existente naquele ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar a distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE.

2.2 Específicos:

- Levantar as respostas humanas apresentadas por pacientes transplantados renais que se configurem como diagnósticos de enfermagem e foco do trabalho do enfermeiro;
- Identificar as características definidoras e os fatores relacionados de cada resposta humana levantada;
- Verificar a existência de associação entre as características definidoras, as respostas humanas e os fatores relacionados identificados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Abordaremos neste item do trabalho aspectos sobre o diagnóstico de enfermagem e a estrutura multiaxial da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3.1 Diagnóstico de Enfermagem

Os principais critérios para a identificação de uma área como profissão são: entidade de classe, legislação específica e educação formal de seus profissionais. Ao pensar a Enfermagem à luz desses critérios, percebemos, sem dúvida, o preenchimento de todos os requisitos correspondentes a tal caracterização (TRENTINI; PAIM, 1992).

A Enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano nas suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência através da educação, da manutenção e da promoção da saúde (HORTA, 1979).

O agir e o pensar relacionados à assistência ao ser humano devem ser prioridades na área da saúde, principalmente para a Enfermagem, pois a mesma tem o cuidar como um dos elementos essenciais na sua prática.

Cuidar é uma atitude que abrange mais do que um momento de zelo e de desvelo. É uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, entrando, dessa forma, na natureza e na constituição de cada ser humano (BOFF, 1999).

Na implementação do cuidado, seguimos um processo de trabalho denominado na Enfermagem como processo de enfermagem, o qual, de uma maneira geral, organiza-se em cinco etapas: o histórico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição de enfermagem, a implementação e a avaliação (POTTER; PERRY, 1999; SMELTZER; BARE, 2000). Embora exista essa divisão do processo de enfermagem, devemos salientar que o mesmo funciona como um todo integrado e com suas etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes (SMELTZER; BARE, 2000).

O processo de enfermagem é fundamentado nos modelos teóricos de enfermagem, ocorrendo variações quanto ao número de suas fases. Neste estudo usaremos as cinco etapas preconizadas por Potter e Perry (1999).

O diagnóstico de enfermagem é uma etapa que se reveste de singular importância, pois fornece meios para propor intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro quanto os problemas de saúde detectados. O estudo desse diagnóstico proporciona ainda o uso de uma linguagem própria do enfermeiro, facilitando a comunicação com os pacientes. Portanto, cabe-nos aprofundar o seu estudo.

3.1.1 Diagnóstico de Enfermagem como Categoria Contextual

O diagnóstico de enfermagem pode ser caracterizado como uma categoria, a qual pode ser subdividida em contextual, conceitual e estrutural. Às vezes, um conceito torna-se mais claro, quando é visto em um contexto de idéias ao invés de maneira isolada. Dessa forma, o diagnóstico de enfermagem deve ser visto dentro do contexto do processo de enfermagem, da prática de enfermagem e do cuidado em saúde (GORDON, 1994).

O processo de enfermagem é compreendido como um instrumento que nos permite identificar, compreender, descrever, explicar e predizer como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar as intervenções de enfermagem inerentes às respostas encontradas (GARCIA; NÓBREGA, 2002).

A aplicação do processo de enfermagem demanda habilidades e capacidades, as quais ajudam a determinar o que deve ser feito, o porque, por

quem, o como deve ser feito, o com que e que resultados são esperados com a execução da ação/intervenção de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Esse processo é uma metodologia de trabalho voltada para seres humanos, que necessita ser entendida como um instrumento auxiliar, e não substituto do conhecimento pessoal, da experiência, do relacionamento interpessoal, da destreza manual e da ética. Portanto, percebemos que, ao interagir com seres humanos, nenhuma ação instrumental, por mais aperfeiçoada que seja, pode estar isolada (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O histórico e o diagnóstico de enfermagem são componentes da identificação do problema. Em relação à prescrição, à implementação e à avaliação, essas são componentes da resolução do problema. Outra forma de perceber o processo de enfermagem é por meio da perspectiva do julgamento clínico. O processo de enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico; e o raciocínio e julgamento ético (GORDON, 1994).

No primeiro contato com o cliente, o histórico de enfermagem é feito juntamente com o exame físico. O diagnóstico de enfermagem é realizado para descrever os problemas de saúde, os quais podem ser atuais ou potenciais. Nas próximas etapas, uma vez identificado o problema, o enfermeiro irá atuar no sentido de resolver o problema, mediante a prescrição do plano de cuidado, a implementação e a avaliação. O primeiro passo para ajudar o cliente a resolver um problema é identificar claramente o resultado desejado (GORDON, 1994).

O diagnóstico fornece um foco distinto para estabelecer um resultado desejável e para tomar decisões sobre quais intervenções são necessárias. Ele permite, também, um foco para a evolução diária do progresso do cliente e para revisão, caso necessária, do plano de cuidado (GORDON, 1994).

O diagnóstico de enfermagem no contexto do processo de enfermagem surgiu no século XX, quando o julgamento clínico em enfermagem envolvia um visível componente da prática e um essencial conceito na educação. Enfermeiros sempre coletavam informações sobre o processo de avaliação e usavam essas informações para fazerem julgamentos das necessidades de cuidados do cliente (GORDON, 1994).

Desde 1973, a idéia da criação de um sistema de classificação das práticas de enfermagem vem sendo desenvolvida. Inicialmente, foi criado o *National*

Group for the Classification of Nursing Diagnosis, que a partir da 5ª Conferência sobre diagnósticos de enfermagem passou a ser chamado *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A NANDA é a organização encarregada do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem (CARPENITO, 2002).

Atualmente, a NANDA passou a ser denominada NANDA Internacional, considerando a difusão de sua taxonomia em diversos países. De forma análoga, pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, Estados Unidos, criaram a Nursing Interventions Classification (NIC) em 1987. A NIC descreve as intervenções de enfermagem em resposta a um diagnóstico de enfermagem estabelecido. Esse grupo de pesquisadores uniu-se ao grupo da NANDA buscando o aprimoramento de ambas. Em 1991, uma parte desse grupo criou a Nursing Outcomes Classification (NOC), que abrange os resultados do cliente que são influenciados pela execução de intervenções de enfermagem. Existe uma tendência para agrupar as três classificações constituindo um único grupo NANDA, NIC e NOC.

Em 1986, os diagnósticos foram colocados pela NANDA na estrutura de respostas humanas. Dois anos depois, acompanhando a revisão do processo diagnóstico, outros diagnósticos foram adicionados ao sistema de classificação, os quais foram denominada Taxonomia I (GORDON, 1994). Atualmente é utilizada a Taxonomia II. Essa taxonomia é uma linguagem de enfermagem que proporciona uma terminologia útil na prática clínica (NANDA, 2005).

3.1.2 Diagnóstico de Enfermagem como Categoria Conceitual

A categoria conceitual do diagnóstico de enfermagem consiste na definição do mesmo. O conceito de diagnóstico de enfermagem foi aprovado em 1990, na 9ª Conferência da NANDA e vem sendo utilizado até os dias atuais.

Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais ou potenciais, proporcionando a base para seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2005, p. 241).

Para Gordon (1994), o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico, o que significa não ser somente observação, mas também interpretação, análise e julgamento do significado daquilo que foi observado.

Respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/ processos vitais ou potenciais são descritos como o foco do julgamento. Essas respostas são observadas no comportamento ou na comunicação verbal e incluem as reações de uma pessoa, família ou comunidade a uma situação ou o significado pessoal a um evento. As respostas podem ser fisiológicas, psicológicas, sociais ou espirituais, mas muito comumente são uma combinação biopsicossocial-espiritual. Os termos atual, potencial e problemas de saúde referem-se às condições básicas para as respostas humanas que são observadas (GORDON, 1994).

3.1.3 Diagnóstico de Enfermagem como Categoria Estrutural

A categoria estrutural refere-se aos componentes dos diagnósticos de enfermagem. Existem três componentes essenciais do diagnóstico de enfermagem, os quais são referenciados pela sigla PES. A letra “P” da sigla significa problema de saúde ou resposta humana, a “E” etiologia ou fator relacionado e a “S” características definidoras ou grupo de sinais e sintomas (GORDON, 1994).

O primeiro componente do diagnóstico de enfermagem é o problema, um relato do estado de saúde do processo manifestado pelo indivíduo, família ou comunidade. O problema é expresso claramente, em termos concisos, preferencialmente em duas ou três palavras. O segundo componente do diagnóstico de enfermagem forma o provável fator causador do problema de saúde do paciente, os quais, provavelmente, são comportamentos do cliente, elementos do ambiente ou interação de ambos. Os fatores relacionados são bases para intervenções no sentido de resolver o problema. As características definidoras são sinais e sintomas que se agrupam e indicam uma condição. Os fatores de risco são condições que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade para ocorrência de um evento não saudável (GORDON, 1994).

3.1.4 Diagnóstico de Enfermagem como Processo - Sistema de classificação

Pode-se, também, abordar o diagnóstico de enfermagem como processo, o qual se divide em sistema de classificação e julgamento clínico. Em relação ao sistema de classificação, temos a codificação dos diagnósticos numa Taxonomia.

Taxonomia é um tipo de classificação sistemática incluindo suas bases, princípios e regras. A Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA compreendia nove padrões de respostas humanas: escolher, comunicar, trocar, sentir, conhecer, mover, perceber, relacionar e valorizar (CARPENITO, 2002).

Alguns anos depois da criação da Taxonomia I, novos diagnósticos de enfermagem surgiram. Os membros da NANDA sentiram dificuldade em categorizar alguns desses diagnósticos. Dada essa dificuldade, o Comitê de Taxonomia percebeu que uma nova estrutura taxonômica poderia ser viável. Em 1998, foram escolhidos os padrões funcionais de Gordon, os quais sofreram modificações até constituírem-se na Taxonomia II da NANDA (NANDA, 2005).

A estrutura aceita para substituir a classificação pautada nos padrões de respostas humanas contem domínios e classes. Assim, na Taxonomia II, cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos (BRAGA; CRUZ, 2003).

A Taxonomia II, publicada em 2001, é multiaxial na sua forma, permitindo a flexibilidade da nomenclatura e a realização de acréscimos e modificações. De acordo com a NANDA (2005) existem sete eixos:

- Eixo 1- Conceito diagnóstico;
- Eixo 2- Tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo);
- Eixo 3- Unidade de cuidado (individual, familiar, grupal, comunitário);
- Eixo 4- Idade (de feto a adulto idoso);
- Eixo 5- Estado de saúde (bem-estar, em risco, real);
- Eixo 6- Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico);
- Eixo 7- Topologia (partes/ regiões do corpo).

A taxonomia II é definida com 13 domínios, 46 classes e 167 diagnósticos (NANDA, 2005). No quadro 1 estão apresentados os domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA.

QUADRO 1- Taxonomia II da NANDA: Domínios e classes.

DOMÍNIOS	CLASSES
----------	---------

1. Promoção da saúde	1. Consciência da saúde 2. Controle da saúde
2. Nutrição	1. Ingestão 2. Digestão 3. Absorção 4. Metabolismo 5. Hidratação
3. Eliminação	1. Sistema urinário 2. Sistema gastrointestinal 3. Sistema tegumentar 4. Sistema pulmonar
4. Atividade/repouso	1. Sono/repouso 2. Atividade/exercício 3. Equilíbrio de energia 4. Respostas cardiovasculares/ pulmonares
5. Percepção/cognição	1. Atenção 2. Orientação 3. Sensação/percepção 4. Cognição 5. Comunicação
6. Auto-percepção	1. Autoconceito 2. Auto-estima 3. Imagem corporal
7. Relacionamento de papel	1. Papéis de cuidador 2. Relações familiares 3. Desempenho de papel
8. Sexualidade	1. Identidade sexual 2. Função sexual 3. Reprodução
9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	1. Resposta pós-trauma 2. Respostas de enfrentamento 3. Estresse neurocomportamental
10. Princípios de vida	1. Valores 2. Crenças 3. Congruência entre valores/crenças/ações
11. Segurança/proteção	1. Infecção 2. Lesão física 3. Violência 4. Riscos ambientais 5. Processos defensivos 6. Termorregulação
12. Conforto	1. Conforto físico 2. Conforto ambiental 3. Conforto social
13. Crescimento/desenvolvimento	1. Crescimento 2. Desenvolvimento

Fonte: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003-2004. Porto Alegre: Artmed, 2005. P. 249- 259.

3.1.5 Diagnóstico de Enfermagem como Processo - Julgamento clínico

O processo de enfermagem é uma abordagem para a solução de problemas e habilita o enfermeiro a organizar e a administrar os cuidados de enfermagem, diferenciando sua prática daquelas dos outros profissionais de saúde. É um elemento do raciocínio crítico, o qual propicia ao enfermeiro fazer julgamentos e realizar ações com base na razão. O raciocínio crítico na enfermagem é o processo pelo qual o enfermeiro utiliza as informações coletadas sobre o paciente para raciocinar, fazer interferências e montar uma imagem mental do que está acontecendo com o cliente (POTTER; PERRY, 1999).

Durante a análise crítica, o julgamento clínico de enfermagem atribui valores nas observações, impressões e fatos observados durante a realização do processo de enfermagem. O raciocínio evolutivo é o ponto inicial do processo de enfermagem aplicado à prática (CIANCIARULLO, 1996).

A enfermagem, ao utilizar o raciocínio crítico, permite ao cliente tornar-se um participante ativo. E o resultado final, é uma abordagem compreensiva e individualizada do cuidado (POTTER; PERRY, 1999).

O julgamento clínico presente no processo de diagnóstico de enfermagem é um modo de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etiológicos, determinantes do problema. Envolve raciocínio analítico, lógico, e o raciocínio não analítico, intuitivo (GORDON, 1994).

As etapas do processo diagnóstico, segundo Gordon (1994), são: coleta de informações, iniciada com o histórico de enfermagem e com o exame físico; interpretação de informações, que consiste na análise dos sinais presentes no cliente; agrupamento de sinais e sintomas, definidor de uma categoria diagnóstica; e denominação do agrupamento, que consiste em identificar ou nomear o problema de saúde presente no cliente.

O enfermeiro irá atuar de forma a interpretar, analisar e julgar os problemas de saúde atuais ou potenciais baseados na manifestação das respostas humanas do paciente. É importante à prática de enfermagem basear-se no diagnóstico de enfermagem, haja vista o mesmo ter sido criado com o intuito de padronizar uma linguagem para a profissão. Além disso, o uso do processo de enfermagem reflete a variedade, a complexidade e a cientificidade do cuidar em enfermagem.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Natureza do Estudo

Estudo quantitativo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo principal foi analisar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes pós-transplante renal. Os estudos transversais, segundo Rouquayrol e Almeida (2003), objetivam a realização da produção do dado em um único momento no tempo, como um corte transversal do processo em observação. As pesquisas exploratórias-descritivas são estudos que permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório de transplante renal de um hospital universitário público localizado na região metropolitana de Fortaleza-CE e no domicílio de alguns pacientes. É uma instituição federal, credenciado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), e foi escolhida por ser referência na realização de transplantes renais no Estado.

Este hospital tem como objetivo desenvolver e promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade, mediante a prestação de assistência à saúde. A estrutura física abrange: ambulatórios, clínica cirúrgica,

clínica médica, centro cirúrgico, sala de recuperação, unidade de terapia intensiva, hemodiálise, unidade de transplante renal, entre outros. A unidade de transplante renal possui dez leitos dispostos em quatro enfermarias.

No ambulatório, são realizadas consultas pré e pós-transplante. Esta unidade funciona semanalmente, às quartas-feiras, no horário de 08:00 às 17:00 horas e recebe pacientes de todo o país e de todas as faixas etárias, que fizeram ou farão transplante no referido hospital. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionista e médicos. Contam com o apoio de secretárias administrativas. As atividades do enfermeiro nesse ambulatório consistem na realização das consultas de enfermagem pré e pós-transplante, além das funções de gerência da unidade.

4.3 População e Amostra

A população foi composta pelos transplantados renais acompanhados no ambulatório do referido hospital, cujos os dados populacionais foram extraídos do sistema de cadastramento. Ao todo, existiam 281 pessoas cadastradas no sistema, entretanto, parte desse cadastro não estava em acompanhamento periódico por diversos motivos, entre eles a transferência para outro hospital e a perda do enxerto renal. Entre os pacientes cadastrados, 265 estavam sendo regularmente acompanhados, representando, portanto, a população deste estudo.

A amostra foi determinada a partir da aplicação de uma fórmula desenvolvida para estudos com populações pequenas e que leva em consideração o nível de confiança, o erro amostral e o tamanho da população.

A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$n = \frac{t_{1\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N-1) + t_{1\%}^2 * P * Q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra;

$t_{1\%}$ = valor tabelado da distribuição t de Student ao nível de significância de 1%;

e = erro amostral absoluto;

N = tamanho da população;

Q = porcentagem complementar (100-p);

P = prevalência da doença;

Foram considerados como parâmetros o nível de significância 1%, o erro amostral de 3% e a população de 265 pacientes. A prevalência da IRC, de acordo com Cendoroglo; Sardenberg e Suassuna (1998), foi de 0,02%. Neste estudo, consideramos a prevalência de 1% para aumentar o tamanho da amostra e, dessa forma, aumentar a confiabilidade dos resultados. A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 58 indivíduos.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- ✓ Ser transplantado no serviço, não importando o tipo de doador;
- ✓ Estar cadastrado e em acompanhamento ambulatorial;
- ✓ Aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento;
- ✓ Ser adulto (18 a 65 anos). O critério de idade mínima e máxima buscou

uniformizar em parte a população, porque se considerou pessoas com idade inferior a 18 anos e/ou superior a 65 portadoras de características específicas e necessidades próprias, nas quais podem dificultar a elaboração de um perfil diagnóstico.

Os critérios de exclusão foram:

- ✓ Estar hospitalizado no momento da coleta de dados;
- ✓ Não estar em condições físicas e mentais adequadas para participar da

pesquisa;

✓ Pacientes transplantados renais com câncer, doença cardíaca avançada; doença pulmonar avançada, doença hepática progressiva e doença vascular cerebral, coronariana ou periférica extensa.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta dos dados deu-se através de um roteiro de entrevista seguido pelo roteiro do exame físico, os quais foram aplicados no dia da consulta ambulatorial com o intuito de levantar as respostas humanas e os fatores relacionados apresentados por pacientes transplantados renais que se configuraram como foco do trabalho de enfermagem. O período de coleta ocorreu de dezembro/2004 a abril/2005.

O primeiro instrumento de coleta de dados foi um roteiro sistematizado de entrevista (Apêndice 2), o qual foi construído com base no roteiro presente do projeto de dissertação de Vasconcelos que conta em seu trabalho final apresentado em 2005 (VASCONCELOS, 2005) e elaborado de acordo com a Taxonomia II da NANDA, com a finalidade de identificar diagnósticos específicos da clientela portadora de hipertensão arterial. Entre os treze domínios presentes na Taxonomia II, excluímos apenas o domínio relativo ao crescimento e desenvolvimento, por não ser objeto deste estudo. Os domínios selecionados foram: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamento de papel, sexualidade, enfrentamento/ tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção e conforto. O instrumento foi predominantemente fechado, possuindo algumas questões abertas. Destacamos como algumas variáveis foram consideradas: a variável Estado civil foi considerada como o entrevistado vivendo com ou sem companheiro atualmente, e a variável uso de anticoncepcional foi questionado o método atualmente utilizado.

O segundo instrumento é um roteiro do exame físico (Apêndice 3), o qual foi construído baseado no instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM), citado por BARROS et al. (2002).

As variáveis do nosso estudo incluíram os diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados, características definidoras, dados sócio-econômicos e dados do transplante. Para determinação dos diagnósticos de enfermagem, além da entrevista, foi realizado o exame físico que constou da verificação de uma série de medidas e avaliações físicas para determinação de características definidoras, as quais podem ser observadas no apêndice 4.

4.5 Organização e Análise dos dados

Os dados foram organizados em duas etapas. A primeira foi o julgamento diagnóstico, composto pelos dados relevantes, agrupamentos desses dados, nomeação da resposta humana e identificação do fator relacionado e da característica definidora. A segunda etapa foi a construção da base de dados no programa Epi Info 3.2.2, na qual foram registrados os dados sócio-econômicos, dados do transplante, as respostas humanas, os fatores relacionados e as características definidoras identificadas.

Os dados foram organizados em tabelas com freqüências absolutas e percentuais e intervalos de confiança (95%). Nas tabelas referentes aos sinais e sintomas de rejeição, grupos de medicamentos, características definidoras, diagnósticos de enfermagem e fator relacionado, os itens foram organizados em quartis. Para as variáveis numéricas, foram apresentadas as medidas de tendência central e dispersão. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados numéricos e o teste de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias.

Para análise de associação, foram selecionadas as características definidoras, os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados com frequência maior que 20%. Para avaliar a independência das variáveis, utilizou-se o teste do Qui-quadrado com correção de Yates, na ocorrência de freqüências esperadas menores que vinte e maiores que cinco nas tabelas 2X2, e o teste exato de Fisher, nas freqüências esperadas menores que cinco. Para tabelas RXS com freqüências esperadas menores que 5 utilizou-se o teste da Razão de Máxima Verossimilhança. Foram verificados a força da associação e o sinal da associação através do coeficiente Phi. Foi também calculada a razão de chance.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996), definidora das diretrizes e das normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável (Anexo). O consentimento prévio dos pacientes e a assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) foram solicitados. Também foi garantida liberdade ao paciente para participar ou não do estudo, sem prejuízo ao seu tratamento.

5 RESULTADOS

Foram avaliados no estudo um total de 58 pessoas que atenderam aos critérios estabelecidos. Buscou-se, neste capítulo, descrever dados essenciais para a análise da distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. Os resultados foram organizados em trinta tabelas.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, apresentamos a seguir as distribuições segundo os dados sócio-econômicos (Tabela 1).

Variáveis	Nº	%	Estatísticas
Sexo			
			IC 95%
Masculino	36	62,1	
Feminino	22	37,9	48,4% - 74,5%
Total	58	100,0	25,5% - 51,6%
Faixa etária			
18 — 33	19	32,8	Média = 40,86
34 — 49	23	39,7	DP = 11,74
50 — 65	16	27,6	Mediana = 40,00
Total	58	100,0	K-S = 0,814
Estado civil			
			IC 95%
Com companheiro	30	51,7	
Sem companheiro	28	48,3	38,2% - 65,0%
Total	58	100,0	35,0% - 61,8%
Número de filhos			
0 — 3	49	84,5	Média = 1,91
4 — 6	6	10,3	DP = 2,16
7 — 9	3	5,2	Mediana = 1,00
Total	58	100,0	K-S = 0,021
Procedência			
			IC 95%
Capital	12	20,7	
Interior/ Estado	46	79,3	11,2% - 33,4%
Total	58	100,0	66,6% - 88,8%
Renda familiar			
			Média = 4,44
0 — 3,5	36	62,1	DP = 4,05
4 — 19	22	37,9	Mediana = 3,00
Total	58	100,0	K-S = 0,000
Método contraceptivo			
			IC 95%
Codon	9	15,5	
Pílula anticoncepcional	4	6,9	7,3% - 27,4%
Laqueadura tubária	13	22,4	1,9% - 16,7%
Nenhum	32	55,2	12,5% - 35,3%
Total	58	100,0	41,5% - 68,3%
Ocupação			
			IC 95%
Desempregado	6	10,3	
Aposentado	36	62,1	3,9% - 21,2%
Outros	6	10,3	48,4% - 74,5%
Auxiliar administrativo	2	3,4	3,9% - 21,2%
Autônomo	3	5,2	0,4% - 11,9%
Do lar	3	5,2	1,1% - 14,4%
Professor	2	3,4	1,1% - 14,4%
Total	58	100,0	0,4% - 11,9%
Escolaridade			
			IC 95%
Analfabeto	3	5,2	
Fundamental incompleto	25	43,1	1,1% - 14,4%
Fundamental completo	8	13,8	30,2% - 56,8%
Médio incompleto	4	6,9	6,1% - 25,4%
Médio completo	10	17,2	1,9% - 16,7%
Ensino superior incompleto	2	3,4	8,6% - 29,4%
Ensino superior completo	6	10,3	0,4% - 11,9%
Total	58	100,0	3,9% - 21,2%
Religião			
			IC 95%
Católica	43	74,1	
Não católica	14	24,1	61,0% - 84,7%
Nenhuma	1	1,7	13,9% - 37,2%
Total	58	100,0	0,0% - 9,2%

IC- Intervalo de confiança; DP- Desvio padrão; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os pacientes eram, em sua maioria, do sexo masculino (62,1%), com idade média de 40,86 anos (desvio padrão de 11,74 anos). A frequência de pacientes transplantados renais foi maior na faixa de idade 34 a 49 anos (39,7%). Em relação ao estado civil, 51,7% tinham companheiros, com número de filhos variando de 0 a 3 (84,5%). A média do número de filhos foi 1,91 (desvio padrão de 2,16).

Quanto à procedência, 79,3% dos pacientes transplantados renais eram de cidades do interior do Estado ou de outros Estados da nação. A renda familiar variou de 0 a 19 salários mínimos (260,00 reais) no período, estando a maioria (62,1%) na faixa de 0 a 3,5 salários com média de 4,44 salários e desvio padrão de 4,05.

Em relação ao método contraceptivo, foram usados o codon, a pílula anticoncepcional, a laqueadura tubária. A maioria (55,2%), entretanto, não usava nenhum método para evitar a gravidez.

Os transplantados renais eram, em sua maioria, aposentados (62,1%). Quanto à escolaridade, 43,1% tinham apenas o ensino fundamental incompleto e 17,2%, o ensino médio completo. Cerca de 74,1% desses pacientes eram católicos e 24,1% eram não católicos.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos pacientes segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador.

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nº	%	Estatísticos
Etilismo			
			IC 95%
Sim	11	19,0	
Não	47	81,0	9,9% - 31,4%
Total	58	100,0	68,6% - 90,1%
Tabagismo			
			IC 95%
Sim	2	3,4	
Não	56	96,6	0,4% - 11,9%
Total	58	100,0	88,1% - 99,6%
Tempo de diálise (meses)			
0 — 51	40	34,5	Média = 51,56
52 — 216	18	65,5	DP = 50,11
Total	58	100,0	Mediana= 36,00 K-S = 0,012
Tipo de diálise			
			IC 95%
Diálise e Hemodiálise	16	27,6	
Hemodiálise	42	72,4	16,7% - 40,9%
Total	58	100,0	59,1% - 83,3%
Anos de transplante			
1 — 6	38	65,5	Média = 6,50
7 — 27	20	34,5	DP = 5,61
Total	58	100,0	Mediana= 5,00 K-S = 0,029
Tipo de doador			
			IC 95%
Vivo relacionado	23	39,7	
Cadáver	35	60,3	27,0% - 53,4%
Total	58	100,0	46,6% - 73,0%

IC- Intervalo de confiança; DP- Desvio padrão; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os transplantados, em sua maioria, não bebiam (81,0%) e não fumavam (96,6%). O tempo de diálise variou de 0 a 216 meses, sendo a média de 51,56 meses (desvio padrão de 50,11 meses). A maioria (72,4%) foi submetida a hemodiálise antes do transplante renal. O tempo de transplante variou de 1 a 27 anos, sendo a média de 6,50 anos (desvio padrão de 5,61 anos). A maior parte (60,3%) dos doadores do enxerto renal eram cadáveres.

Na Tabela 3, consta a distribuição dos pacientes segundo os sinais e sintomas de rejeição.

TABELA 3 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo os sinais e sintomas de rejeição. Fortaleza, 2005.

Sinais e sintomas de rejeição	Nº	%	IC 95%	
Ganho de peso	35	60,3	46,6% - 73,0%	
Hipertensão	22	37,9	25,5% - 51,6%	P75
Aumento da creatinina	19	32,8	21,0% - 46,3%	
Dor no local do enxerto	12	20,7	11,2% - 33,4%	P50
Redução do volume urinário	6	10,3	3,9% - 21,2%	
Nenhum	5	8,6	2,9% - 19,0%	P25
Febre	3	5,2	1,1% - 14,4%	
Outros	1	1,7	0,0% - 9,2%	

IC- Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Entre os sinais e sintomas de rejeição de maior frequência temos: ganho de peso (60,3%), hipertensão (37,9%), aumento da creatinina (32,8%) e dor no local do enxerto (20,7%), estando os dois primeiros acima do percentil 75.

Os sinais e sintomas de rejeição podem ocorrer nos primeiros dias ou vários meses após o transplante. O quadro clínico do paciente com rejeição é composto por diminuição da função renal, através do aumento da creatinina, febre, ganho de peso, eosinofilia, diminuição da diurese, hipertensão arterial sistêmica, dor local e alterações urinárias (IANHEZ; SABBAGA, 1994).

A Tabela 4 mostra a distribuição dos participantes do estudo segundo os dados antropométricos avaliados durante o exame físico.

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo dados antropométricos. Fortaleza, 2005.

Dados antropométricos	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (valor p)
Peso (Kg)	62,25	59,80	13,06	54,00	72,40	0,737
Altura (m)	1,60	1,60	0,08	1,55	1,66	0,573
IMC (Kg/m ²)	24,04	23,35	4,03	21,13	26,50	0,835
Circunferência do braço (cm)	28,05	27,50	3,99	25,00	30,00	0,501
Circunferência do abdome (cm)	90,56	90,00	11,91	81,00	100,00	0,857
Circunferência do quadril (cm)	98,65	99,00	9,85	92,00	104,00	0,664
Prega cutânea do tríceps (mm)	14,42	16,15	7,89	11,00	18,60	0,259
Prega cutânea do abdome (mm)	17,52	16,05	9,30	12,50	22,00	0,398
Prega cutânea escapular (mm)	15,25	14,70	8,32	11,00	19,30	0,498

P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os valores de todos os dados antropométricos (peso, altura, índice de massa corpórea, circunferência do braço, do abdome e do quadril, e prega cutânea do tríceps, do abdome e da escapula) evidenciaram distribuição normal, pois o valor p, revelado através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, encontra-se acima do nível de significância.

A média do peso dos transplantados renais foi 62,25 kg, com desvio padrão de 13,06 kg. Cerca de 25% dos pacientes pesaram até 54 kg e 75% até 72,40 kg. A altura foi em média 1,60 m, com um pequeno desvio padrão 0,08 m. Dos avaliados, 25% mediram até 1,55 m e 75% mediram até 1,66 m. A média do Índice

de Massa Corpórea (IMC) foi 24,04 Kg/m² e o desvio padrão de 4,03 Kg/m². Do total, 25% dos pacientes apresentaram IMC menor ou igual a 21,13 Kg/m² e 75% apresentou valor menor ou igual a 26,50 Kg/m². Considerou-se como normal o IMC com valores entre 18,5 a 25 Kg/m².

A média da circunferência do braço foi 28,05 cm, com desvio padrão de 3,99 cm. Para a medida da circunferência do abdome, encontrou-se média de 90,56 cm, com desvio padrão de 11,91 cm. A média da circunferência do quadril foi 98,65 cm, com desvio padrão de 9,85 cm.

Em relação à prega cutânea do tríceps, encontrou-se como média o valor 14,42 mm, com desvio padrão de 7,89 mm. Para a prega cutânea do abdome, a média foi 17,52 mm e o desvio padrão de 9,30 mm. A prega cutânea escapular teve como média 15,25 mm, com desvio padrão de 8,32 mm.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais segundo os valores dos sinais vitais (pressão arterial, pulso, frequência respiratória e temperatura).

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo os valores dos sinais vitais. Fortaleza, 2005.

Sinais Vitais	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (valor p)
PAS (mmHg)	130,34	130,00	21,59	120,00	140,00	0,006
PAD (mmHg)	83,27	80,00	15,03	70,00	90,00	0,031
Pulso (bpm)	71,86	72,00	11,91	60,00	80,00	0,515
Frequência respiratória (rpm)	17,91	17,00	2,81	16,00	20,00	0,003
Temperatura (°C)	36,26	36,40	0,52	36,00	36,50	0,105

P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

De acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov, os valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) mostra uma distribuição assimétrica. A média da PAS foi de 130,34 mmHg, com desvio padrão de 21,59 mmHg. Do total, 25% dos pacientes apresentaram pressão arterial sistólica de até 120 mmHg e 75% apresentaram até 140 mmHg, sendo a mediana igual a 130 mmHg. O valor considerado normal neste estudo foi PAS < 130mmHg e PAD < 85 mmHg.

Assim como a PAS, a Pressão Arterial Diastólica (PAD) não seguiu uma distribuição normal. A PAD teve como média o valor 83,27 mmHg, com desvio padrão de 15,03 mmHg. Do total, 25% dos pacientes apresentaram pressão arterial diastólica de até 70 mmHg e 75% apresentaram até 90 mmHg, sendo a mediana igual a 80 mmHg.

Houve uma distribuição normal dos valores do pulso, sendo a média de 71,86 batimentos/minutos (bpm), com desvio padrão de 11,91 bpm. Sendo que 25%

dos pacientes apresentaram pulso de até 60 bpm e 75% apresentaram até 80 bpm. O valor do pulso considerado normal neste estudo foi 60 a 100 bpm.

Os valores da frequência respiratória apresentaram distribuição assimétrica. A média da frequência respiratória foi de 17,91 respirações/minutos (rpm), com desvio padrão de 2,81 rpm. Sendo que 25% dos pacientes apresentaram frequência de até 16 rpm e 75% apresentaram até 20 rpm. Considerou-se, neste estudo, os valores de frequência respiratória entre 12 a 20 rpm.

Os valores da temperatura axilar evidenciaram características de uma distribuição normal. A temperatura teve como média o valor de 36,26°C e desvio padrão de 0,52°C. Do total, 25% dos transplantados renais apresentaram temperatura de até 36°C e 75% de 36,50°C. O valor considerado normal, neste estudo, foi 36,5°C.

Na Tabela 6, consta a distribuição dos grupos de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo.

TABELA 6 - Distribuição dos grupos de medicamentos utilizados por pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Grupos de medicamentos	Nº	%	IC 95%	
1. Imunossupressor	58	100,0	93,8% - 0,0%	
2. Corticóide	55	94,8	85,6% - 98,9%	
3. Anti-hipertensivo	30	51,7	38,2% - 65,0%	P75
4. Diurético	9	15,5	7,3% - 27,4%	
5. Antibiótico	7	12,1	5,0% - 23,3%	
6. Vitaminas/ Sais minerais	7	12,1	5,0% - 23,3%	
7. Antiácido	5	8,6	2,9% - 19,0%	P50
8. Insulina	5	8,6	2,9% - 19,0%	
9. Analgésico/ Antitérmico	2	3,4	0,4% - 11,9%	
10. Ansiolítico	2	3,4	0,4% - 11,9%	
11. Anti-convulsivante	2	3,4	0,4% - 11,9%	
12. Anti-anginoso/ Anti-arritmico	2	3,4	0,4% - 11,9%	P25
13. Anti-depressivo	1	1,7	0,0%	
14. Beta-bloqueador	1	1,7	0,0%	
15. Reposição hormonal	1	1,7	0,0%	

IC- Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Quanto ao uso dos medicamentos para tratamento ambulatorial pós-transplante e de suas complicações, foram utilizados com maior frequência: imunossupressor (100%), corticóide (94,8%), anti-hipertensivos (51,7%). Estes três grupos encontravam-se acima do percentil 75. Acima do percentil 50, encontrou-se: diuréticos (15,5%), antibióticos (12,1%), vitaminas/sais minerais (12,1%) e antiácidos (8,6%).

A tabela 7 mostra os valores dos exames laboratoriais dos pacientes transplantados renais.

TABELA 7. Valores dos exames laboratoriais de pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Exames laboratoriais	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (valor p)
Plaquetas/ μ l	199293,10	193000,00	61682,55	152000,00	238000,00	0,759
Leucócitos/ μ l	7402,58	7270,00	2130,64	5620,00	8500,00	0,920

Sódio - mEq/l	138,90	139,50	9,85	136,00	142,00	0,000
Glicose - mg/dl	101,52	94,00	33,68	87,00	102,00	0,000
Uréia - mg/dl	55,89	51,00	28,13	36,00	70,00	0,415
Hematócrito - %	41,29	40,75	8,09	36,20	46,00	0,770
Hemoglobina g/dl	13,64	13,50	2,53	12,10	15,40	0,590
Cálcio - mEq/dl	10,41	9,90	8,46	9,10	10,70	0,000
Potássio - mEq/l	4,36	4,40	0,49	4,00	4,70	0,532
Creatinina - mg/dl	1,63	1,30	0,97	1,10	1,80	0,006

P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

O teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciou distribuição simétrica entre os valores dos exames laboratoriais de plaquetas, leucócitos, uréia, hematócrito, hemoglobina e potássio. Os valores do sódio, glicose, cálcio e creatinina apresentaram distribuição assimétrica.

A média das plaquetas foi de 199293,10/ μ l e desvio padrão de 61682,55/ μ l. Os leucócitos tiveram como média o valor 7402,58/ μ l, com desvio padrão de 2130,64/ μ l. A média do sódio, da glicose e da uréia foram, respectivamente, 138,90 mEq/l, 101,52 mg/dl, e 55,89mg/dl. O desvio padrão dos três foram 9,85 mEq/l, 33,68 mg/dl e 28,13 mg/dl, respectivamente. A média do hematócrito e da hemoglobina foram 41,29% e 13,64g/dl, respectivamente, com desvio padrão de 8,09% e 2,53 g/dl. O cálcio, o potássio e a creatinina apresentaram médias de 10,41 mEq/dl, 4,36 mEq/l e 1,63mg/dl, com desvio padrão de 8,46 mEq/dl, 0,49 mEq/dl e 0,97 mg/dl, respectivamente.

A Tabela 8 retrata as medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados.

TABELA 8 - Medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados identificados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio-padrão	P25	P75	K-S (valor p)
Diagnósticos de enfermagem	5,29	5,00	2,45	4,00	7,00	0,297
Características definidoras	8,17	7,00	5,60	4,75	10,00	0,146
Fatores relacionados	6,52	6,00	2,98	5,00	8,00	0,103

P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A média dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais foi de 5,29, com desvio padrão de 2,45. Do total, 25% dos pacientes apresentaram até 4 diagnósticos e 75% até 7 diagnósticos de enfermagem.

A média das características definidoras foi de 8,17 por transplantado renal, sendo o desvio padrão de 5,60. Do total, 25% dos pacientes apresentaram até 4,75 características definidoras e 75% até 10 características definidoras.

Os fatores relacionados identificados tiveram média igual a 6,52 e desvio padrão de 2,98. Até 5 fatores relacionados estavam presente em 25% dos entrevistados, e até 8 fatores em 75%.

A Tabela 9 mostra a distribuição das características definidoras identificadas nos transplantados renais.

TABELA 9 - Distribuição das características definidoras presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Características definidoras	Nº	%	IC 95%	
1. Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial	40	69,0	55,5% - 80,5%	
2. Distorções visuais	39	67,2	53,7% - 79,0%	
3. Três ou mais despertares durante a noite	37	63,8	50,1% - 76,0%	
4. Prega cutânea do tríceps > 25 mm em mulheres, >15 mm em homens	14	24,1	13,9% - 37,2%	
5. Cansaço	14	24,1	13,9% - 37,2%	
6. Verbalização do problema (Disfunção sexual)	13	22,4	12,5% - 35,3%	
7. Distorções auditivas	13	22,4	12,5% - 35,3%	
8. Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	12	20,7	11,2% - 33,4%	
9. Relato verbal ou codificado (Dor)	12	20,7	11,2% - 33,4%	
10. Nível de atividade física sedentário	11	19,0	9,9% - 31,4%	
11. Incapacidade de alcançar a satisfação desejada (Sexualidade)	10	17,2	8,6% - 29,4%	
12. Expressão facial (Dor)	9	15,5	7,3% - 27,4%	
13. Evidência observada (Dor)	8	13,8	6,1% - 25,4%	
14. Aumento das queixas físicas	8	13,8	6,1% - 25,4%	
15. Alteração no alcance da satisfação sexual	7	12,1	5,0% - 23,3%	
16. Limitações reais ou percebidas impostas pela doença ou pela terapêutica	7	12,1	5,0% - 23,3%	
17. Experiências observadas ou relatadas de esquecimento	7	12,1	5,0% - 23,3%	
18. Fezes duras e secas	7	12,1	5,0% - 23,3%	
19. Relato de "náusea" ou de "estar mal do estômago"	7	12,1	5,0% - 23,3%	
20. Falta de energia ou incapacidade de manter o nível habitual de atividade física	6	10,3	3,9% - 21,2%	
21. Incapacidade de recordar eventos do passado ou recentes	6	10,3	3,9% - 21,2%	
22. Incerteza	6	10,3	3,9% - 21,2%	
23. Mudança na capacidade de reassumir o papel	6	10,3	3,9% - 21,2%	
24. Capacidade prejudicada de subir escadas	6	10,3	3,9% - 21,2%	
25. Capacidade limitada para desempenhar atividades motoras grossas	6	10,3	3,9% - 21,2%	
26. Incapacidade de eliminar as fezes	6	10,3	3,9% - 21,2%	
27. Capacidade prejudicada de andar em aclive ou declive	5	8,6	2,9% - 19,0%	
28. Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	5	8,6	2,9% - 19,0%	P75
29. Mudança na marcha (velocidade da marcha diminuída)	5	8,6	2,9% - 19,0%	
30. Capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias	5	8,6	2,9% - 19,0%	
31. Verbalização de uma constante e opressiva falta de energia	4	6,9	1,9% - 16,7%	
32. Incapacidade de manter as rotinas habituais	4	6,9	1,9% - 16,7%	
33. Capacidade prejudicada de subir e descer de calçada	4	6,9	1,9% - 16,7%	
34. Impotência	4	6,9	1,9% - 16,7%	
35. Amplitude limitada de movimento	4	6,9	1,9% - 16,7%	
36. Queixas verbais de não sentir-se bem descansado(a)	4	6,9	1,9% - 16,7%	
37. Alteração no relacionamento c/ pessoa significativa	4	6,9	1,9% - 16,7%	
38. Alteração no desempenho do papel sexual percebido	3	5,2	1,1% - 14,4%	
39. Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária	3	5,2	1,1% - 14,4%	
40. Frequência diminuída (Evacuações)	3	5,2	1,1% - 14,4%	
41. Mudanças em expressões de conflito entre a família	3	5,2	1,1% - 14,4%	
42. Relato verbal de fadiga ou fraqueza	3	5,2	1,1% - 14,4%	
43. Mudança na disponibilidade para resposta afetiva e intimidade	3	5,2	1,1% - 14,4%	
44. Mudanças no apoio mútuo	3	5,2	1,1% - 14,4%	
45. Rompimento da superfície da pele (epiderme)	3	5,2	1,1% - 14,4%	
46. Mudança nos padrões de comunicação	2	3,4	0,4% - 11,9%	
47. Insônia de manutenção do sono	2	3,4	0,4% - 11,9%	
48. Autocontrole inadequado	2	3,4	0,4% - 11,9%	
49. Mudança no padrão intestinal	2	3,4	0,4% - 11,9%	
50. Mudanças na satisfação com a família	2	3,4	0,4% - 11,9%	
51. Comportamento de defesa	2	3,4	0,4% - 11,9%	
52. Desconforto ou dispnéia de esforço	2	3,4	0,4% - 11,9%	
53. Mudança real na estrutura ou função	2	3,4	0,4% - 11,9%	
54. Verbalização de mudanças no estilo de vida	2	3,4	0,4% - 11,9%	
55. Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais	2	3,4	0,4% - 11,9%	
56. Capacidade limitada para desempenhar atividades motoras finas	2	3,4	0,4% - 11,9%	P50
57. Dificuldade para virar-se	2	3,4	0,4% - 11,9%	
58. Despertares prolongados	2	3,4	0,4% - 11,9%	
59. Mudança na participação na resolução de problemas	2	3,4	0,4% - 11,9%	
60. Mudança na participação na tomada de decisões	2	3,4	0,4% - 11,9%	
61. Interação disfuncional com pessoas do mesmo grupo etário, família e outros.	1	1,7	0,0% - 9,2%	
62. Experimenta sentimento de diferença c/ relação aos outros	1	1,7	0,0% - 9,2%	
63. Saciedade imediatamente após a ingestão de comida	1	1,7	0,0% - 9,2%	
64. Esforço para evacuar	1	1,7	0,0% - 9,2%	

65. Volume de fezes diminuído	1	1,7	0,0% - 9,2%
66. Queixas verbais de dificuldade para adormecer	1	1,7	0,0% - 9,2%
67. Mudança na disponibilidade e intimidade	1	1,7	0,0% - 9,2%
68. Fadiga	1	1,7	0,0% - 9,2%
69. Verbalização de percepções que refletem a visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função	1	1,7	0,0% - 9,2%
70. Preocupação com a mudança ou perda	1	1,7	0,0% - 9,2%
71. Sentimentos negativos com relação ao corpo	1	1,7	0,0% - 9,2%
72. Ansiedade ou depressão	1	1,7	0,0% - 9,2%
73. Procura ficar sozinho ou existe uma subcultura	1	1,7	0,0% - 9,2%
74. Invasão de estruturas do corpo	1	1,7	0,0% - 9,2%
75. Mudança de interesse por si e pelos outros	1	1,7	0,0% - 9,2%
76. Gosto ácido na boca	1	1,7	0,0% - 9,2%
77. Paternidade, maternidade inconsistente ou baixa percepção de apoio paterno, materno	1	1,7	0,0% - 9,2%
78. Deterioração nos relacionamentos familiares/ dinâmicas familiares perturbadas	1	1,7	0,0% - 9,2%
79. Abuso de álcool	1	1,7	0,0% - 9,2%
80. Comunicação prejudicada	1	1,7	0,0% - 9,2%
81. Evidência observada de dificuldade para deglutir	1	1,7	0,0% - 9,2%
82. Queixa-se de "alguma coisa entalou"	1	1,7	0,0% - 9,2%
83. Relato de apreensão	1	1,7	0,0% - 9,2%
84. Estado de alerta aumentado	1	1,7	0,0% - 9,2%
P25			
85. Pressão sanguínea sistólica aumentada	1	1,7	0,0% - 9,2%
86. Ganho de peso em curto período	1	1,7	0,0% - 9,2%
87. Ingesta de líquidos maior que o débito	1	1,7	0,0% - 9,2%
88. Alterações na pressão arterial	1	1,7	0,0% - 9,2%
89. Edema	1	1,7	0,0% - 9,2%
90. Hemoglobina e hematócrito diminuídos	1	1,7	0,0% - 9,2%
91. Azotemia	1	1,7	0,0% - 9,2%
92. Pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis	1	1,7	0,0% - 9,2%
93. Oligúria	1	1,7	0,0% - 9,2%
94. Elevação nas taxas de uréia e creatinina sanguíneas	1	1,7	0,0% - 9,2%
95. Pouca concentração	1	1,7	0,0% - 9,2%
96. Escolhas apropriadas de atividades diárias p/ atingir os objetivos de um programa de tratamento	1	1,7	0,0% - 9,2%
97. Sintomas de doença dentro de uma variação normal de expectativas	1	1,7	0,0% - 9,2%
98. Competência e habilidades inadequadas para o papel	1	1,7	0,0% - 9,2%
99. Mudanças de peso	1	1,7	0,0% - 9,2%
100. Alteração da capacidade de continuar atividades prévias	1	1,7	0,0% - 9,2%
101. Desempenho diminuído (Cansaço)	1	1,7	0,0% - 9,2%
102. Expressa sentimentos periódicos e recorrentes de tristeza	1	1,7	0,0% - 9,2%
103. Sentimentos que variam em intensidade, são periódicos, podem progredir e intensificar-se na capacidade do paciente de atingir o seu mais alto nível de bem-estar pessoal e social.	1	1,7	0,0% - 9,2%
104. Conflitos envolvendo valores	1	1,7	0,0% - 9,2%
105. Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina	1	1,7	0,0% - 9,2%
106. Mudança em padrões e em rituais	1	1,7	0,0% - 9,2%
107. Mudança no envolvimento social	1	1,7	0,0% - 9,2%
108. Medo de rejeição ou da reação dos outros	1	1,7	0,0% - 9,2%
109. Relato familiar de mudança no estilo ou padrão de interação	1	1,7	0,0% - 9,2%
110. Retraído	1	1,7	0,0% - 9,2%
111. Expressa sentimentos de rejeição	1	1,7	0,0% - 9,2%
112. Insegurança em público	1	1,7	0,0% - 9,2%
113. Incapacidade de aprender ou reter novas habilidades ou informações	1	1,7	0,0% - 9,2%

IC- Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Foram identificados um total de 113 características definidoras nos pacientes do estudo. Vinte e oito características definidoras estiveram acima do percentil 75 e estavam relacionadas à percepção sensorial, dor, sexualidade, atividade, repouso, sistema gastrintestinal e locomotor. A maioria dessas características estiveram presentes em menos de 30% dos pacientes com transplante renal, indicando características individuais e, portanto, não generalizáveis à população. Dentre as características de maior frequência, estão

mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (69,0%), distorções visuais (67,2%) e três ou mais despertares durante a noite (63,8%).

A Tabela 10 apresenta os diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes transplantados renais.

TABELA 10 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Diagnósticos de enfermagem	Nº	%	IC 95%	
1. Risco de infecção	58	100,0	93,8% - 0,0%	
2. Percepção sensorial perturbada: visual	39	67,2	53,7% - 79,0%	
3. Padrão de sono perturbado	37	63,8	50,1% - 76,0%	
4. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	17	29,3	18,1% - 42,7%	
5. Fadiga	14	24,1	13,9% - 37,2%	
6. Disfunção sexual	13	22,4	12,5% - 35,3%	
7. Percepção sensorial perturbada: auditiva	13	22,4	12,5% - 35,3%	
8. Dor aguda	12	20,7	11,2% - 33,4%	
9. Padrões de sexualidade ineficazes	12	20,7	11,2% - 33,4%	
10. Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	8	13,8	6,1% - 25,4%	P75
11. Risco de solidão	8	13,8	6,1% - 25,4%	
12. Constipação	7	12,1	5,0% - 23,3%	
13. Desempenho de papel ineficaz	7	12,1	5,0% - 23,3%	
14. Memória prejudicada	7	12,1	5,0% - 23,3%	
15. Mobilidade física prejudicada	7	12,1	5,0% - 23,3%	
16. Náusea	7	12,1	5,0% - 23,3%	
17. Deambulação prejudicada	6	10,3	3,9% - 21,2%	
18. Processos familiares interrompidos	6	10,3	3,9% - 21,2%	
19. Risco de quedas	5	8,6	2,9% - 19,0%	
20. Intolerância à atividade	3	5,2	1,1% - 14,4%	P50
21. Integridade da pele prejudicada	3	5,2	1,1% - 14,4%	
22. Distúrbio na imagem corporal	2	3,4	0,4% - 11,9%	
23. Interação social prejudicada	2	3,4	0,4% - 11,9%	
24. Isolamento social	2	3,4	0,4% - 11,9%	
25. Controle eficaz do regime terapêutico	1	1,7	0,0% - 9,2%	
26. Deglutição prejudicada	1	1,7	0,0% - 9,2%	
27. Dor crônica	1	1,7	0,0% - 9,2%	
28. Medo	1	1,7	0,0% - 9,2%	
29. Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais	1	1,7	0,0% - 9,2%	
30. Percepção sensorial perturbada: tátil	1	1,7	0,0% - 9,2%	P25
31. Perfusão tissular ineficaz: renal	1	1,7	0,0% - 9,2%	
32. Processos familiares disfuncionais: alcoolismo	1	1,7	0,0% - 9,2%	
33. Risco de constipação	1	1,7	0,0% - 9,2%	
34. Risco de vínculo pais/filhos prejudicado	1	1,7	0,0% - 9,2%	
35. Risco de violência direcionado a outros	1	1,7	0,0% - 9,2%	
36. Tristeza crônica	1	1,7	0,0% - 9,2%	
37. Volume excessivo de líquidos	1	1,7	0,0% - 9,2%	
38. Percepção sensorial perturbada: visual	1	1,7	0,0% - 9,2%	

IC- Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Foram identificados 38 diagnósticos de enfermagem nos pacientes entrevistados. Dez diagnósticos encontravam-se acima do percentil 75, entre esses os diagnósticos Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais pertencem ao domínio Nutrição e à classe Ingestão; dois diagnósticos pertencem ao domínio Atividade/ Repouso e à classe Sono/ Repouso (Padrão de sono perturbado) e à classe Equilíbrio de energia (Fadiga); os diagnósticos Percepção sensorial perturbada: visual e Percepção sensorial perturbada: auditiva são do domínio Percepção/ Cognição e à classe Sensação/ Percepção; os diagnósticos Disfunção sexual e Padrões de sexualidade ineficazes são do domínio Sexualidade e da classe

Função sexual, o diagnóstico Risco de infecção pertence ao domínio Segurança/Proteção e à classe Infecção; o diagnóstico Dor aguda pertence ao domínio Conforto e à classe Conforto físico.

Assim como as características definidoras, a maioria desses diagnósticos estavam presentes em menos de 30% dos indivíduos estudados. Somente os diagnósticos de enfermagem Risco de infecção (100,0%), Percepção sensorial perturbada: visual (67,2%) e Padrão de sono perturbado (63,8%) apresentaram maiores frequências.

A tabela 11 mostra a distribuição dos fatores relacionados identificados na clientela do estudo.

TABELA 11 - Distribuição dos fatores relacionados presentes em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

Fatores relacionados	Nº	%	IC 95%	
1. Imunossupressão	58	100,0	93,8% - 0,0%	
2. Agentes farmacêuticos (imunossupressores)	42	72,4	59,1% - 83,3%	
3. Percepção sensorial alterada	40	69,0	55,5% - 80,5%	
4. Urgência urinária	36	62,1	48,4% - 74,5%	
5. Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	17	29,3	18,1% - 42,7%	
6. Estado de doença	13	22,4	12,5% - 35,3%	
7. Agentes lesivos: físicos	12	20,7	11,2% - 33,4%	
8. Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb	12	20,7	11,2% - 33,4%	
9. Déficit de conhecimento/ habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à saúde, função ou estrutura corporal alterada, doença ou tratamento médico	10	17,2	8,6% - 29,4%	
10. Disfunções dos padrões alimentares	8	13,8	6,1% - 25,4%	
11. Irritação gástrica: medicamento	7	12,1	5,0% - 23,3%	
12. Alterações de saúde (saúde física e neurológica)	7	12,1	5,0% - 23,3%	
13. Estrutura corporal da função alterada (drogas, processos de doença)	7	12,1	5,0% - 23,3%	
14. Alteração biopsicossocial da sexualidade	6	10,3	3,9% - 21,2%	
15. História de quedas	5	8,6	2,9% - 19,0%	
16. Prejuízos músculo-esqueléticos, neuromuscular	5	8,6	2,9% - 19,0%	
17. Desequilíbrio hidroeletrólítico	5	8,6	2,9% - 19,0%	
18. Agentes lesivos:biológicos	4	6,9	1,9% - 16,7%	
19. Hábitos de evacuação irregulares	4	6,9	1,9% - 16,7%	P75
20. Transição e/ ou crise de situação	4	6,9	1,9% - 16,7%	
21. Falta de energia	4	6,9	1,9% - 16,7%	
22. Condição física debilitada	3	5,2	1,1% - 14,4%	
23. Prejuízo sensorio-perceptivo	3	5,2	1,1% - 14,4%	
24. Isolamento social	3	5,2	1,1% - 14,4%	
25. Prótese de membro inferior	2	3,4	0,4% - 11,9%	
26. Dificuldades visuais e auditivas	2	3,4	0,4% - 11,9%	
27. Tratamento da doença	2	3,4	0,4% - 11,9%	
28. Alteração do estado de saúde de um membro da família	2	3,4	0,4% - 11,9%	
29. Hábitos alimentares deficientes	2	3,4	0,4% - 11,9%	
30. Isolamento físico	2	3,4	0,4% - 11,9%	
31. Fraqueza generalizada	2	3,4	0,4% - 11,9%	
32. Privação afetiva	2	3,4	0,4% - 11,9%	
33. Atividade física insuficiente	2	3,4	0,4% - 11,9%	
34. Relacionamento prejudicado com pessoa significativa	2	3,4	0,4% - 11,9%	
35. Medicamentos	2	3,4	0,4% - 11,9%	
36. Defesas primárias inadequadas	1	1,7	0,0% - 9,2%	
37. Distúrbios neurológicos	1	1,7	0,0% - 9,2%	P50
38. Estado mental diminuído	1	1,7	0,0% - 9,2%	
39. Perda da integridade de estruturas ósseas	1	1,7	0,0% - 9,2%	
40. Perda da estrutura óssea	1	1,7	0,0% - 9,2%	
41. Pigmentação alterada	1	1,7	0,0% - 9,2%	
42. Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos	1	1,7	0,0% - 9,2%	
43. Barulho	1	1,7	0,0% - 9,2%	
44. Estilo de vida sedentário	1	1,7	0,0% - 9,2%	
45. Enrijecimento das articulações e contraturas	1	1,7	0,0% - 9,2%	

Sexo							
Masculino	25	69,4	11	30,6	36	100,0	p= 0,866 ¹ Phi= ,060 (p= 0,647) OR= 1,299 (0,423-3,980)
Feminino	14	63,6	8	36,4	22	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	7	36,8	12	63,2	19	100,0	p= 0,044 ² p= 0,000 ³
34 — 49	17	73,9	6	26,1	23	100,0	
50 — 65	15	93,8	1	6,3	16	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	22	73,3	8	26,7	30	100,0	p= 0,457 ¹ Phi= 0,134 (p= 0,306) OR= 1,779 (0,587-5,394)
Sem companheiro	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	31	63,3	18	36,7	49	100,0	p= 0,074 ² p= 0,07 ⁴
4 — 6	5	83,3	1	16,7	6	100,0	
7 — 9	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Procedência							
Capital	8	66,7	4	33,3	12	100,0	p=0,608 ⁵ Phi= 0,006 (p= 0,962) OR= 0,968 (0,251-3,730)
Interior/ Estado	31	67,4	15	32,6	46	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	25	69,4	11	30,6	36	100,0	p= 0,837 ² p= 0,760 ⁴
4 — 19	14	63,6	8	36,4	22	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	4	44,4	5	55,6	9	100,0	p= 0,063 ⁶ Phi= 0,359 (p= 0,059)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	11	84,6	2	15,4	13	100,0	
Nenhum	23	71,9	9	28,1	32	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	3	50,0	3	50,0	6	100,0	p=0,622 ⁶ Phi= 0,276 (p= 0,622)
Aposentado	25	69,4	11	30,6	36	100,0	
Outros	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Auxiliar administrativo	2	100,0	0	0,0	2	100,0	
Autônomo	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
Do lar	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
Professor	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	2	66,7	1	33,3	3	100,0	p= 0,955 ⁶ Phi= 0,164 (p= 0,955)
Fundamental incompleto	18	72,0	7	28,0	25	100,0	
Fundamental completo	5	62,5	3	37,5	8	100,0	
Médio incompleto	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Médio completo	7	70,0	3	30,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Ensino superior completo	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Religião							
Católico	1	67,4	14	32,6	43	100,0	p= 0,654 ⁶ Phi= - 0,097 (p= 0,762)
Não católico	9	64,3	5	35,7	14	100,0	
Nenhum	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	

¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais; ⁴ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁵ – Teste exato de Fisher; ⁶ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual é definido como a “mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão

sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (NANDA, 2005, p. 180).

Esse diagnóstico foi encontrado em 39 pacientes (67,2%), sendo 64,1% no sexo masculino e 35,9% no sexo feminino. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 44,79 anos, 2,44 filhos e 4,33 salários mínimos. A maior parte dos indivíduos (56,4%) tinha companheiro. Em relação à procedência, 79,5% dos indivíduos com esse diagnóstico eram das cidades do interior ou de outros estados do país. A maioria (59,0%) não usavam nenhum método contraceptivo. Em relação à ocupação, 64,1% dos pacientes que tinham esse diagnóstico eram aposentados, 46,1% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto e 23,1% eram não-católicos.

O Teste de Qui-quadrado com correção de Yates, o Teste exato de Fisher e a Razão de verossimilhança foram aplicados para identificação de associações entre o diagnóstico percepção sensorial perturbada: visual e as variáveis sócio-econômicas. Nenhuma variável evidenciou associação com o diagnóstico, apenas indicativo de associação com o método contraceptivo ($p=0,063$).

A variável sócio-econômica idade apresentou heterogeneidade das variâncias entre pessoas com e sem o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual. O Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais indicou que pacientes portadores desse diagnóstico eram em média mais velhos que os pacientes não portadores. A média de idade dos portadores do diagnóstico foi de 44,79 anos, com desvio padrão de 11,33 anos, e a dos não portadores foi de 32,79 anos, com desvio padrão de 7,94 anos.

A Tabela 13 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com os dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado.

TABELA 13 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado Fortaleza, 2005.

Variáveis	Padrão de sono perturbado		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		

	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	24	66,7	12	33,3	36	100,0	p= 0,763 ¹ Phi= 0,076 (p=0,560) OR= 1,385 (0,462-4,145)
Feminino	13	59,1	9	40,9	22	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	10	52,6	9	47,4	19	100,0	p= 0,542 ² p= 0,202 ³
34 — 49	16	69,6	7	30,4	23	100,0	
50 — 65	11	68,8	5	31,3	16	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	21	70,0	9	30,0	30	100,0	p= 0,456 ¹ Phi= 0,134 (p=0,309) OR= 1,750 (0,593-5,162)
Sem companheiro	16	57,1	12	42,9	28	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	32	65,3	17	34,7	49	100,0	p= 0,335 ² p= 0,548 ³
4 — 6	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
7 — 9	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Procedência							
Capital	8	66,7	4	33,3	12	100,0	p= 0,549 ¹ Phi= 0,031 (p=0,816) OR= 1,172 (0,307-4,483)
Interior/ Estado	29	63,0	17	37,0	46	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	23	63,9	13	36,1	36	100,0	p= 0,618 ² p= 0,899 ³
4 — 19	14	63,6	8	36,4	22	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	5	55,6	4	44,4	9	100,0	p= 0,124 ⁴ Phi= 0,317 (p=0,120)
Pílula anticoncepcional	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	5	38,5	8	61,5	13	100,0	
Nenhum	24	75,0	8	25,0	32	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	4	66,7	2	33,3	6	100,0	p= 0,039 ⁴ Phi= 0,437 (p=0,085)
Aposentado	24	66,7	12	33,3	36	100,0	
Outros	5	83,3	1	16,7	6	100,0	
Auxiliar administrativo	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Autônomo	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Do lar	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	2	66,7	1	33,3	3	100,0	p= 0,899 ⁴ Phi= 0,164 (p=0,955)
Fundamental incompleto	16	64,0	9	36,0	25	100,0	
Fundamental completo	5	62,5	3	37,5	8	100,0	
Médio incompleto	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Médio completo	6	60,0	4	40,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	2	100,0	0	0,0	2	100,0	
Ensino superior completo	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Religião							
Católico	27	62,8	16	37,2	43	100,0	p= 0,299 ⁴ Phi= 0,192 (p=0,344)
Não católico	10	71,4	4	28,6	14	100,0	
Nenhum	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	

¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado é definido como o “distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)” (NANDA, 2005, p. 166).

O diagnóstico Padrão de sono perturbado esteve presente em 37 indivíduos (63,8%), sendo 64,9% do sexo masculino e 35,1% do sexo feminino. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 42,35 anos, 1,78 filhos e 4,50 salários mínimos. A maioria (56,7%) tinha companheiro e era do interior ou de outros estados do país (78,4%).

Dos pacientes com esse diagnósticos, 64,9% não utilizavam nenhum método contraceptivo; 64,9% eram aposentados, com escolaridade relativa ao ensino fundamental incompleto (43,2%). A maior parte dos indivíduos (73,0%) com esse diagnóstico era católica.

Quando analisamos a ocorrência de associação entre Padrão de sono perturbado e os dados sócio-econômicos, encontrou-se associação relativamente forte com a ocupação ($p= 0,039$).

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

TABELA 14 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Sexo							
Masculino	13	36,1	23	63,9	36	100,0	p= 0,247 ¹ Phi= 0,191 (p=0,146) OR= 2,543 (0,708-9,140)
Feminino	4	18,2	18	81,8	22	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	2	10,5	17	89,5	19	100,0	p= 0,870 ² p= 0,084 ³
34 — 49	9	39,1	14	60,9	23	100,0	
50 — 65	6	37,5	10	62,5	16	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	13	43,3	17	56,7	30	100,0	p= 0,032 ¹ Phi= 0,319 (p=0,015) OR= 4,588 (1,274-16,525)
Sem companheiro	4	14,3	24	85,7	28	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	15	30,6	34	69,4	49	100,0	p= 0,084 ² p= 0,471 ³
4 — 6	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
7 — 9	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Procedência							
Capital	7	58,3	5	41,7	12	100,0	p= 0,019 ⁴ Phi= 0,326 (p=0,013) OR= 5,040 (1,314-19,337)
Interior/ Estado	10	21,7	36	78,3	46	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	7	19,4	29	80,6	36	100,0	p= 0,008 ² p= 0,126 ⁵
4 — 19	10	45,5	12	54,5	22	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	1	11,1	8	88,9	9	100,0	p= 0,150 ⁶ Phi= 0,308 (p=0,138)
Pílula anticoncepcional	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	4	30,8	9	69,2	13	100,0	
Nenhum	9	28,1	23	71,9	32	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	2	33,3	4	66,7	6	100,0	p= 0,582 ⁶ Phi= 0,239 (p=0,770)
Aposentado	12	33,3	24	66,7	36	100,0	
Outros	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Auxiliar administrativo	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Autônomo	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Do lar	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	1	33,3	2	66,7	3	100,0	p= 0,819 ⁶ Phi= 0,227 (p=0,811)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
Médio incompleto	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Médio completo	4	40,0	6	60,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Ensino superior completo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Religião							
Católico	11	25,6	32	74,4	43	100,0	p= 0,342 ⁶ Phi= 0,183 (p=0,378)
Não católico	6	42,9	8	57,1	14	100,0	
Nenhum	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	

¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste exato de Fisher; ⁵ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais; ⁶ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais é definido como “ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas” (NANDA, 2005, p. 163).

Do total de pacientes estudados, 17 (29,3%) apresentaram esse diagnóstico, sendo a maioria do sexo masculino (76,5%). Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 45 anos, 2,24 filhos e 5,97 salários mínimos. Em relação ao estado civil, 76,5% tinham companheiro.

Em relação à procedência, 58,8% dos indivíduos com esse diagnóstico eram das cidades do interior ou de outros estados do país. Dos indivíduos com esse diagnóstico, 52,9% não utilizavam nenhum método contraceptivo. Em relação à ocupação, a maioria (70,6%) era aposentada. Os pacientes com escolaridade relativa ao ensino fundamental incompleto (29,4%) foram os que mais apresentaram esse diagnóstico. Em relação à religião, houve predominância do catolicismo (64,7%).

Identificou-se associação entre o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e as variáveis sócio-econômicas estado civil e procedência. A variável estado civil teve um valor p abaixo do nível de significância, $p=0,032$, e o coeficiente Phi mostrou associação moderada. Pacientes transplantados renais com companheiros tinham cerca de 4 vezes mais chances de desenvolverem o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais que pacientes sem companheiro.

A outra variável associada foi à procedência, revelando características semelhantes à variável estado civil. O coeficiente Phi mostrou associação moderada com esse diagnóstico. Pacientes transplantados nascidos no interior do estado ou em outro estado do país tinham cerca de 5 vezes mais chances de desenvolverem esse diagnóstico que pacientes residentes na capital do Ceará.

A Tabela 15 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga.

TABELA 15 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Fadiga				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	7	19,4	29	80,6	36	100,0	p= 0,452 ¹ Phi= - 0,140 (p=0,285) OR= 0,517 (0,153-1,750)
Feminino	7	31,8	15	68,2	22	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	3	15,8	16	84,2	19	100,0	p= 0,357 ² p= 0,838 ³
34 — 49	7	30,4	16	69,6	23	100,0	
50 — 65	4	25,0	12	75,0	16	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	6	20,0	24	80,0	30	100,0	p= 0,649 ¹ Phi= - 0,100 (p=0,446) OR= 0,625 (0,186-2,103)
Sem companheiro	8	28,6	20	71,4	28	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	12	24,5	37	75,5	49	100,0	p= 0,868 ² p= 0,866 ³
4 — 6	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
7 — 9	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Procedência							
Capital	3	25,0	9	75,0	12	100,0	p= 0,603 ⁴ Phi= 0,010 (p=0,938) OR= 1,061 (0,243-4,621)
Interior/ Estado	11	23,9	35	76,1	46	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	9	25,0	27	75,0	36	100,0	p= 0,032 ² p= 0,564 ⁵
4 — 19	5	22,7	17	77,3	22	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	2	22,2	7	77,8	9	100,0	p= 0,998 ⁶ Phi= 0,026 (p=0,998)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	3	23,1	10	76,9	13	100,0	
Nenhum	8	25,0	24	75,0	32	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	3	50,0	3	50,0	6	100,0	p= 0,347 ⁶ Phi= 0,341 (p=0,347)
Aposentado	10	27,8	26	72,2	36	100,0	
Outros	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
Auxiliar administrativo	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Autônomo	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Do lar	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0,0	3	100,0	3	100,0	p= 0,460 ⁶ Phi= 0,289 (p=0,564)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
Médio incompleto	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Médio completo	4	40,0	6	60,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Ensino superior completo	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Religião							
Católico	11	25,6	32	74,4	43	100,0	p= 0,155 ⁶ Phi= 0,260 (p=0,140)
Não católico	2	14,3	12	85,7	14	100,0	
Nenhum	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	

¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste exato de Fisher; ⁵ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais; ⁶ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Fadiga é definido como “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (NANDA, 2005, p. 114).

Detectou-se o diagnóstico Fadiga em 14 pacientes (24,1%), distribuídos igualmente nos sexos masculino e feminino. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 41,43 anos, 2 filhos e 5,11 salários mínimos. Em relação ao estado civil, a maioria (57,1%) vivia sem companheiro. Do total, 78,6% dos pacientes eram das cidades do interior ou de outros estados do país.

Em relação ao uso de método contraceptivo, 57,1% dos indivíduos não faziam uso de nenhum. A maioria (71,4%) era aposentado e com escolaridade relativa ao ensino fundamental incompleto (35,7%). Em relação à religião, 25,6% eram católicos.

Observou-se que o diagnóstico Fadiga não se associou significativamente aos dados sócio-econômicos observados.

A Tabela 16 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual.

TABELA 16 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Disfunção sexual				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	9	25,0	27	75,0	36	100,0	p= 0,396 ¹ Phi= 0,079 (p=0,546) OR= 1,500 (0,401-5,616)
Feminino	4	18,2	18	81,8	22	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	0	0,0	19	100,0	19	100,0	p= 0,140 ² p= 0,069 ³
34 — 49	9	39,1	14	60,9	23	100,0	
50 — 65	4	25,0	12	75,0	16	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	7	23,3	23	76,7	30	100,0	p= 1,000 ⁴ Phi= 0,023 (p=0,862) OR= 1,116 (0,324-3,845)
Sem companheiro	6	21,4	22	78,6	28	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	11	22,4	38	77,6	49	100,0	p= 0,092 ² p= 0,187 ³
4 — 6	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
7 — 9	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Procedência							
Capital	1	8,3	11	91,7	12	100,0	p= 0,180 ¹ Phi= - 0,172 (p=0,189) OR= 0,258 (0,030-2,212)
Interior/ Estado	12	26,1	34	73,9	46	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	8	22,2	28	77,8	36	100,0	p= 0,395 ² p= 0,808 ³
4 — 19	5	22,7	17	77,3	22	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	2	22,2	7	77,8	9	100,0	p= 0,911 ⁵ Phi= 0,094 (p=0,917)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	2	15,4	11	84,6	13	100,0	
Nenhum	8	25,0	24	75,0	32	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	1	16,7	5	83,3	6	100,0	p= 0,603 ⁵ Phi= - 0,229 (p=0,802)
Aposentado	10	27,8	26	72,2	36	100,0	
Outros	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Auxiliar administrativo	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Autônomo	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Do lar	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0,0	3	100,0	3	100,0	p= 0,512 ⁵ Phi= 0,291 (p=0,556)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
Médio incompleto	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Médio completo	1	10,0	9	90,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Ensino superior completo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Religião							
Católico	11	25,6	32	74,4	43	100,0	p= 0,512 ⁵ Phi= 0,136 (p=0,586)
Não católico	2	14,3	12	85,7	14	100,0	
Nenhum	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ⁵ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual é definido como “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada” (NANDA, 2005, p. 91).

Do total de pacientes transplantado renal do estudo, 13 (22,4%) apresentaram esse diagnóstico, sendo 69,2% do sexo masculino e 53,8% com companheiros. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 46,08 anos, 2,62 filhos e renda familiar de 4,69 salários mínimos.

Em relação à procedência, 92,3% eram das cidades do interior do Ceará ou de outros estados do país. Em relação ao uso de método contraceptivo, 61,5% não usavam nenhum método; 76,9% eram aposentados; 38,5% tinham escolaridade relativa ao ensino fundamental incompleto; 84,6% desses indivíduos eram católicos.

Observou-se que o diagnóstico Disfunção sexual não se associou estatisticamente aos dados sócio-econômicos observados.

A Tabela 17 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva.

TABELA 17 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Percepção sensorial perturbada: auditiva				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Sexo							
Masculino	9	25,0	27	75,0	36	100,0	p= 0,396 ¹ Phi= 0,079 (p=0,546) OR= 1,500 (0,401-5,616)
Feminino	4	18,2	18	81,8	22	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	3	15,8	16	84,2	19	100,0	p= 0,875 ² p= 0,233 ³
34 — 49	5	21,7	18	78,3	23	100,0	
50 — 65	5	31,3	11	68,8	16	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	10	33,3	20	66,7	30	100,0	p= 0,080 ⁴ Phi= 0,271 (p=0,039) OR= 4,167 (1,009-17,201)
Sem companheiro	3	10,7	25	89,3	28	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	10	20,4	39	79,6	49	100,0	p= 0,441 ² p= 0,624 ³
4 — 6	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
7 — 9	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Procedência							
Capital	3	25,0	9	75,0	12	100,0	p= 0,541 ¹ Phi= 0,032 (p=0,809) OR= 1,200 (0,272-5,285)
Interior/ Estado	10	21,7	36	78,3	46	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	10	27,8	26	72,2	36	100,0	p= 0,074 ² p= 0,090 ³
4 — 19	3	13,6	19	86,4	22	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	0	0,0	9	100,0	9	100,0	p= 0,161 ⁵ Phi= 0,236 (p=0,359)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	3	23,1	10	76,9	13	100,0	
Nenhum	9	28,1	23	71,9	32	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	0	0,0	6	100,0	6	100,0	p= 0,094 ⁵ Phi= 0,356 (p=0,288)
Aposentado	11	30,6	25	69,4	36	100,0	
Outros	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
Auxiliar administrativo	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Autônomo	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Do lar	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	3	100,0	0	0,0	3	100,0	p= 0,040 ⁵ Phi= 0,471 (p=0,045)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
Médio incompleto	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Médio completo	2	20,0	8	80,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Ensino superior completo	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Religião							
Católico	8	18,6	35	81,4	43	100,0	p= 0,340 ⁵ Phi= 0,189 (p=0,355)
Não católico	5	35,7	9	64,3	14	100,0	
Nenhum	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ⁵ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva é definido como a “mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (NANDA, 2005, p. 180).

Esse diagnóstico foi encontrado em 13 pacientes transplantados renais (22,4%), sendo 69,2% do sexo masculino. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 44,31 anos, 2,15 filhos e 2,77 salários mínimos. Em relação ao estado civil, 76,9% tinham companheiros. Dos pacientes com esse diagnóstico, 76,9% eram procedentes de cidades do interior ou de outros estados do país.

Em relação ao uso de método contraceptivo, 69,2% não usaram nenhum método. Dos pacientes com esse diagnóstico, 84,6% eram aposentados, 38,5% tinham escolaridade relativa ao ensino fundamental incompleto e 61,5% eram católicos.

Quando se analisou associação entre o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: auditiva e as variáveis sócio-econômicas, notou-se associação com a escolaridade ($p=0,040$) e indicativos de associação com o fato de terem companheiros ($p=0,080$) e a ocupação ($p=0,094$). O coeficiente Phi mostrou associação relativamente forte da variável escolaridade com esse diagnóstico.

A Tabela 18 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

TABELA 18 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Dor aguda				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	8	22,2	28	77,8	36	100,0	p= 0,493 ¹ Phi= 0,048 (p=0,712) OR= 1,286 (0,337-4,902)
Feminino	4	18,2	18	81,8	22	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	4	21,1	15	78,9	19	100,0	p= 0,550 ² p= 0,372 ³
34 — 49	3	13,0	20	87,0	23	100,0	
50 — 65	5	31,3	11	68,8	16	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	8	26,7	22	73,3	30	100,0	p= 0,402 ⁴ Phi= 0,153 (p=0,245) OR= 2,182 (0,576-8,269)
Sem companheiro	4	14,3	24	85,7	28	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	11	22,4	38	77,6	49	100,0	p= 0,784 ² p= 0,996 ³
4 — 6	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
7 — 9	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Procedência							
Capital	3	25,0	9	75,0	12	100,0	p= 0,475 ¹ Phi= 0,054 (p=0,679) OR= 1,370 (0,307-6,117)
Interior/ Estado	9	19,6	37	80,4	46	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	7	19,4	29	80,6	36	100,0	p= 0,188 ² p= 0,379 ³
4 — 19	5	22,7	17	77,3	22	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	0	0,0	9	100,0	9	100,0	p= 0,203 ⁵ Phi= 0,220 (p=0,423)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	3	23,1	10	76,9	13	100,0	
Nenhum	8	25,0	24	75,0	32	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	1	16,7	5	83,3	6	100,0	p= 0,261 ⁵ Phi= 0,313 (p=0,459)
Aposentado	9	25,0	27	75,0	36	100,0	
Outros	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
Auxiliar administrativo	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Autônomo	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Do lar	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Professor	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	2	66,7	1	33,3	3	100,0	p= 0,107 ⁵ Phi= 0,386 (p=0,195)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	0	0,0	8	100,0	8	100,0	
Médio incompleto	0	0,0	4	100,0	4	100,0	
Médio completo	3	30,0	7	70,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Ensino superior completo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Religião							
Católico	8	18,6	35	81,4	43	100,0	p= 0,195 ⁵ Phi= 0,261 (p=0,139)
Não católico	3	21,4	11	78,6	14	100,0	
Nenhum	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ⁵ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico de enfermagem Dor aguda é definido como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses” (NANDA, 2005, p. 95).

Detectou-se esse diagnóstico em 12 pacientes (20,7%), sendo 66,7% do sexo masculino e 66,7% com companheiros. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 43,58 anos, 1,92 filhos e 5,38 salários mínimos.

Em relação à procedência, 75,0% eram das cidades do interior ou de outros estados do Brasil. Dos indivíduos com esse diagnóstico, 66,7% não usavam nenhum método contraceptivo, 75,0% eram aposentados e 41,7% tinham escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto. Em relação à religião, 66,7% eram católicos.

O diagnóstico Dor aguda não se associou significativamente aos dados sócio-econômicos observados.

A Tabela 19 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes.

TABELA 19 - Distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com dados sócio-econômicos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Padrões de sexualidade ineficazes				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Masculino	9	25,0	27	75,0	36	100,0	p= 0,245 ¹ Phi= 0,136 (p=0,300) OR= 2,111 (0,504-8,843)
Feminino	3	13,6	19	86,4	22	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Faixa etária							
18 — 33	0	0,0	19	100,0	19	100,0	p= 0,083 ² p= 0,156 ³
34 — 49	9	39,1	14	60,9	23	100,0	
50 — 65	3	18,8	13	81,3	16	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Estado civil							
Com companheiro	6	20,0	24	80,0	30	100,0	p= 1,000 ⁴ Phi= - 0,018 (p=0,893) OR= 0,917 (0,257-3,267)
Sem companheiro	6	21,4	22	78,6	28	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Número de filhos							
0 — 3	11	22,4	38	77,6	49	100,0	p= 0,783 ² p= 0,763 ³
4 — 6	0	0,0	6	100,0	6	100,0	
7 — 9	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Procedência							
Capital	1	8,3	11	90,7	12	100,0	p= 0,223 ¹ Phi= - 0,156 (p=0,235) OR= 0,289 (0,033-2,499)
Interior/ Estado	11	23,9	35	76,1	46	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Renda familiar							
0 — 3,5	7	19,4	29	80,6	36	100,0	p= 0,260 ² p= 0,715 ³
4 — 19	5	22,7	17	77,3	22	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Método contraceptivo							
Codon	2	22,2	7	77,8	9	100,0	p= 0,559 ⁵ Phi= 0,174 (p=0,624)
Pílula anticoncepcional	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Laqueadura tubária	1	7,7	12	92,3	13	100,0	
Nenhum	8	25,0	24	75,0	32	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Ocupação							
Desempregado	1	16,7	5	83,3	6	100,0	p= 0,674 ⁵ Phi= 0,214 (p=0,852)
Aposentado	9	25,0	27	75,0	36	100,0	
Outros	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Auxiliar administrativo	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Autônomo	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Do lar	0	0,0	3	100,0	3	100,0	
Professor	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0,0	3	100,0	3	100,0	p= 0,716 ⁵ Phi= 0,237 (p=0,776)
Fundamental incompleto	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Fundamental completo	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
Médio incompleto	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Médio completo	1	10,0	9	90,0	10	100,0	
Ensino superior incompleto	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Ensino superior completo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Religião							
Católico	11	25,6	32	74,4	43	100,0	p= 0,220 ⁵ Phi= 0,206 (p=0,293)
Não católico	1	7,1	13	92,9	14	100,0	
Nenhum	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ⁵ – Razão de verossimilhança.

O diagnóstico Padrões de sexualidade ineficazes é definido como “expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade” (NANDA, 2005, p. 171).

Esse diagnóstico esteve presente em 12 pacientes transplantados (20,7%), sendo 75,0% do sexo masculino e 50% com companheiros. Em média, indivíduos portadores desse diagnóstico tinham 45,17 anos, 2,08 filhos e 4,83 salários mínimos. Em relação à procedência, 91,7% eram das cidades do interior ou de outros estados do país.

Relativo ao uso de método contraceptivo, 66,7% desses pacientes não utilizavam nenhum método. Em relação à ocupação, 75,0% eram aposentados. Do total dos indivíduos com esse diagnóstico, 41,7% possuíam escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto e 91,7% eram católicos.

O diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes não se associou significativamente aos dados sócio-econômicos observados.

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual.

TABELA 20 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Percepção sensorial perturbada: visual				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	7	63,6	4	36,4	11	100,0	p= 0,519 ¹
Não	32	68,1	15	31,9	47	100,0	Phi= - 0,037 (p=0,777)
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	OR= 0,820 (0,208-3,238)
Tabagismo							
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0	p= 0,552 ¹
Não	38	67,9	18	32,1	56	100,0	Phi= - 0,069 (p=0,597)
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	OR= 0,474 (0,028-8,011)
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	23	57,5	17	42,5	40	100,0	p= 0,066 ²
52 — 216	16	88,9	2	11,1	18	100,0	p= 0,053 ³
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	14	87,5	2	12,5	16	100,0	p= 0,086 ⁴
Hemodiálise	25	59,5	17	40,5	42	100,0	Phi= 0,266 (p=0,042)
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	OR= 4,760 (0,957-23,685)
Anos de transplante							
1 — 6	25	65,8	13	34,2	38	100,0	p= 0,989 ²
7 — 27	14	70,0	6	30,0	20	100,0	p= 0,902 ³
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	13	56,5	10	43,5	23	100,0	p= 0,261 ⁴
Cadáver	26	74,3	9	25,7	35	100,0	Phi= - 0,185 (p=0,159)
Total	39	67,2	19	32,8	58	100,0	OR= 0,450 (0,147-1,379)

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 82,0% não bebiam e 97,4% não fumavam e haviam realizado, em média, 60,44 meses de diálise. Desses 64,1% fizeram hemodiálise antes do transplante. Os pacientes tinham em média 6,44 anos de transplante renal e 66,7% tiveram doador cadáver.

Quando se analisou a associação entre o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual e os dados do transplante, notou-se indicativos de associação com o tipo de diálise ($p=0,086$).

A variável tempo de diálise apresentou indicativo de diferença de média para o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual.

A Tabela 21 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado.

TABELA 21 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Padrão de sono perturbado				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Etilismo							
Sim	6	54,5	5	45,5	11	100,0	$p=0,353^1$
Não	31	66,0	16	34,0	47	100,0	Phi= - 0,093 ($p=0,478$)
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	OR= 0,619 (0,164-2,345)
Tabagismo							
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0	$p=0,597^1$
Não	36	64,3	20	35,7	56	100,0	Phi= - 0,054 ($p=0,680$)
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	OR= 0,556 (0,033-9,369)
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	26	65,0	14	35,0	40	100,0	$p=0,854^2$
52 — 216	11	61,1	7	38,9	18	100,0	$p=0,487^3$
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	10	62,5	6	37,5	16	100,0	$p=1,000^4$
Hemodiálise	27	64,3	15	35,7	42	100,0	Phi= - 0,017 ($p=0,899$)
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	OR= 0,926 (0,281-3,052)
Anos de transplante							
1 — 6	25	65,8	13	34,2	38	100,0	$p=0,528^2$
7 — 27	12	60,0	8	40,0	20	100,0	$p=0,755^3$
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	14	60,9	9	39,1	23	100,0	$p=0,923^4$
Cadáver	23	65,7	12	34,3	35	100,0	Phi= - 0,049 ($p=0,707$)
Total	37	63,8	21	36,2	58	100,0	OR= 0,812 (0,273-2,414)

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 83,8% não bebiam e 97,3% não fumavam e haviam realizado, em média, 48,08 meses de diálise. Desses 73,0% fizeram hemodiálise antes do transplante. Os pacientes tinham em média 6,32 anos de transplante renal e 62,2% tiveram doador cadáver.

Observou-se que o diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado não se associou estatisticamente às variáveis estudadas.

A Tabela 22 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

TABELA 22 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	3	27,3	8	72,7	11	100,0	p= 0,592 ¹ Phi= - 0,022 (p=0,869) OR= 0,884 (0,204-3,832)
Não	14	29,8	33	70,2	47	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Tabagismo							
Sim	0	0,0	2	100,0	2	100,0	p= 0,496 ¹ Phi= - 0,122 (p=0,354) OR*
Não	17	30,4	39	69,6	56	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	12	30,0	28	70,0	40	100,0	p= 0,007 ² p= 0,110 ³
52 — 216	5	27,8	13	72,2	18	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	4	25,0	12	75,0	16	100,0	p= 0,460 ⁴ Phi= - 0,058 (p=0,656) OR= 0,744 (0,201-2,748)
Hemodiálise	13	31,0	29	69,0	42	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Anos de transplante							
1 — 6	10	26,3	28	73,7	38	100,0	p= 0,385 ² p= 0,666 ⁵
7 — 27	7	35,0	13	65,0	20	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	6	26,1	17	73,9	23	100,0	p= 0,887 ⁴ Phi= - 0,057 (p=0,662) OR= 0,770(0,238-2,488)
Cadáver	11	31,4	24	68,6	35	100,0	
Total	17	29,3	41	70,7	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR*- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates variância; ⁵ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 82,4% não bebiam e 100,0% não fumavam e haviam realizado, em média, 39,18 meses de diálise, sendo que 76,5% haviam feito hemodiálise antes do transplante. Os pacientes tinham em média 6,00 anos de cirurgia e 64,7% receberam enxerto renal doador cadáver.

Observou-se que o diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais não se associou significativamente às variáveis estudadas.

A Tabela 23 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga.

TABELA 23- Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Fadiga. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Fadiga				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	4	36,4	7	63,6	11	100,0	p= 0,247 ¹
Não	10	21,3	37	78,7	47	100,0	Phi= 0,138 (p=0,293)
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	OR= 2,114 (0,515-8,688)
Tabagismo							
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0	p= 0,428 ¹
Não	13	23,2	43	76,8	56	100,0	Phi= 0,114 (p=0,384)
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	OR= 3,308 (0,193-56,635)
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	6	15,0	34	85,0	40	100,0	p= 0,237 ²
52 — 216	8	44,4	10	55,6	18	100,0	p= 0,058 ³
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	4	25,0	12	75,0	16	100,0	p= 0,587 ¹
Hemodiálise	10	23,8	32	76,2	42	100,0	Phi= 0,012 (p=0,925)
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	OR= 1,067 (0,280-4,057)
Anos de transplante							
1 — 6	10	26,3	28	73,7	38	100,0	p= 0,313 ²
7 — 27	4	20,0	16	80,0	20	100,0	p= 0,787 ³
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	5	21,7	18	78,3	23	100,0	p= 0,974 ⁴
Cadáver	9	25,7	26	74,3	35	100,0	Phi= - 0,045 (p=0,729)
Total	14	24,1	44	75,9	58	100,0	OR= 0,802 (0,230-2,794)

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Do total de indivíduos com o diagnóstico Fadiga, 71,4% não bebiam e 92,8% não fumavam. Com relação ao tempo de diálise; encontrou-se em média 73,64 meses de diálise. O tratamento de hemodiálise foi adotado por 71,4% dos entrevistados. Os pacientes tinham em média 6,14 anos de transplante renal e 64,3% tiveram como doadores do enxerto renal cadáveres.

Observou-se que o diagnóstico Fadiga não se associou estatisticamente às variáveis estudadas.

A variável tempo de diálise apresentou indicativo de diferença de média para o diagnóstico de enfermagem Fadiga.

A Tabela 24 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual.

TABELA 24 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Disfunção sexual				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	2	18,2	9	81,8	11	100,0	p= 0,530 ¹ Phi= - 0,049 (p=0,708) OR= 0,727 (0,136-3,880)
Não	11	23,4	36	76,6	47	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tabagismo							
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0	p= 0,401 ¹ Phi= 0,125 (p=0,341) OR= 3,667 (0,213-63,032)
Não	12	21,4	44	78,6	56	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	8	20,0	32	80,0	40	100,0	p= 0,875 ² p= 0,372 ³
52 — 216	5	27,8	13	72,2	18	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	5	31,3	11	68,8	16	100,0	p= 0,255 ¹ Phi= 0,131 (p=0,319) OR= 1,932 (0,522-7,145)
Hemodiálise	8	19,0	34	81,0	42	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Anos de transplante							
1 — 6	7	18,4	31	81,6	38	100,0	p= 0,287 ² p= 0,524 ³
7 — 27	6	30,0	14	70,0	20	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	4	17,4	19	82,6	23	100,0	p= 0,673 ⁴ Phi= - 0,098 (p=0,457) OR= 0,608 (0,163-2,272)
Cadáver	9	25,7	26	74,3	35	100,0	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 84,6% não bebiam e 92,3% não fumavam, e realizaram, em média, 62,62 meses de diálise. O tratamento de hemodiálise foi aplicado em 61,5% dos entrevistados. Os pacientes tinham em média 7,38 anos de transplante renal e 69,2% receberam enxerto renal de doadores cadáver.

Observou-se que o diagnóstico Disfunção sexual não se associou significativamente às variáveis estudadas.

A Tabela 25 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva.

TABELA 25 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Percepção sensorial perturbada: auditiva				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	1	9,1	10	90,9	11	100,0	p= 0,227 ¹
Não	12	25,5	35	74,5	47	100,0	Phi= - 0,155 (p=0,239)
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	OR= 0,292 (0,034-2,523)
Tabagismo							
Sim	0	0,0	2	100,0	2	100,0	p= 0,599 ¹
Não	13	23,2	43	76,8	56	100,0	Phi= - 0,102 (p=0,439)
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	OR*
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	5	12,5	35	87,5	40	100,0	p= 0,000 ²
52 — 216	8	44,4	10	55,6	18	100,0	p= 0,010 ³
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	6	37,5	10	62,5	16	100,0	p= 0,091 ¹
Hemodiálise	7	16,7	35	83,3	42	100,0	Phi= - 0,223 (p=0,089)
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	OR= 3,000 (0,820-10,978)
Anos de transplante							
1 — 6	10	26,3	28	73,7	38	100,0	p= 0,041 ²
7 — 27	3	15,0	17	85,0	20	100,0	p= 0,064 ³
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	3	13,0	20	87,0	23	100,0	p= 0,287 ⁴
Cadáver	10	28,6	25	71,4	35	100,0	Phi= - 0,182 (p=0,165)
Total	13	22,4	45	77,6	58	100,0	OR= 0,375 (0,091-1,548)

¹ – Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR* - Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ² – Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ – Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais; ⁴ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 92,3% não bebiam e 100,0% não fumavam. Desses 53,8% fizeram hemodiálise antes do transplante. Os pacientes tinham em média 4,54 anos de transplante renal e 76,9% tiveram doadores do enxerto renal cadáveres.

Observou-se um indicativo de associação entre esse diagnóstico e a variável tipo de diálise, p=0,091.

A variável tempo de diálise apresentou heterogeneidade das variâncias entre pessoas com e sem o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: auditiva. O Teste T para amostras independentes assumindo variâncias desiguais indicou que pacientes portadores desse diagnóstico tinham em média maior tempo de diálise que os pacientes não portadores. A média de tempo de diálise dos portadores do diagnóstico foi de 100,08 meses, com desvio padrão de 72,94 meses, e a dos não portadores foi de 37,56 meses, com desvio padrão de 30,10 meses.

A Tabela 26 apresenta a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

TABELA 26 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Dor aguda				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Etilismo							
Sim	1	9,1	10	90,9	11	100,0	p= 0,273 ¹
Não	11	23,4	36	76,6	47	100,0	Phi= - 0,139 (p=0,291)
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	OR= 0,327 (0,038-2,848)
Tabagismo							
Sim	0	0,0	2	100,0	2	100,0	p= 0,626 ¹
Não	12	21,4	44	78,6	56	100,0	Phi= - 0,097 (p=0,462)
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	OR*
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	7	17,5	33	82,5	40	100,0	p= 0,695 ²
52 — 216	5	27,8	13	72,2	18	100,0	p= 0,543 ³
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	5	31,3	11	68,8	16	100,0	p= 0,192 ¹
Hemodiálise	7	16,7	35	83,3	42	100,0	Phi= 0,161 (p=0,220)
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	OR= 2,273 (0,599-8,616)
Anos de transplante							
1 — 6	8	21,1	30	78,9	38	100,0	p= 0,072 ²
7 — 27	4	20,0	16	80,0	20	100,0	p= 0,608 ³
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	4	17,4	19	82,6	23	100,0	p= 0,438 ¹
Cadáver	8	22,9	27	77,1	35	100,0	Phi= - 0,066 (p=0,615)
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	OR= 0,711 (0,187-2,703)

¹ - Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR*- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ² - Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ - Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais.

Dos indivíduos com esse diagnóstico, 91,7% não bebiam, 100,0% não fumavam e haviam realizado, em média, 59,50 meses de diálise. Desses 58,3% fizeram hemodiálise antes do transplante. Os pacientes tinham em média 7,25 anos de transplante renal e 66,7% receberam enxerto renal de doador cadáver.

Observou-se que o diagnóstico de enfermagem Dor aguda não se associou estatisticamente aos dados do transplante observados.

A Tabela 27 mostra a distribuição dos pacientes transplantados renais de acordo com hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes.

TABELA 27 - Distribuição dos pacientes transplantados renais segundo hábitos de etilismo e tabagismo, tempo e tipo de diálise, anos de transplante e tipo de doador e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Padrões de sexualidade ineficazes				Total		Estatísticas
	Presente		Ausente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Etilismo							
Sim	2	18,2	9	81,8	11	100,0	p= 0,593 ¹ Phi= - 0,030 (p=0,820) OR= 0,822 (0,153-4,429)
Não	10	21,3	37	78,7	47	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tabagismo							
Sim	1	50,0	1	50,0	2	100,0	p= 0,374 ¹ Phi= 0,137 (p=0,298) OR= 4,091 (0,237-70,661)
Não	11	19,6	45	80,4	56	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tempo de diálise (meses)							
0 — 51	8	20,0	32	80,0	40	100,0	p= 0,881 ² p= 0,577 ³
52 — 216	4	22,2	14	77,8	18	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tipo de diálise							
Diálise e Hemodiálise	5	31,3	11	68,8	16	100,0	p= 0,192 ¹ Phi= 0,161 (p=0,220) OR= 2,273 (0,599-8,616)
Hemodiálise	7	16,7	35	83,3	42	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Anos de transplante							
1 — 6	6	15,8	32	84,2	38	100,0	p= 0,230 ² p= 0,360 ³
7 — 27	6	30,0	14	70,0	20	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	
Tipo de doador							
Vivo relacionado	4	17,4	19	82,6	23	100,0	p= 0,438 ⁴ Phi= - 0,066 (p=0,615) OR= 0,711 (0,187-2,703)
Cadáver	8	22,9	27	77,1	35	100,0	
Total	12	20,7	46	79,3	58	100,0	

¹ - Teste exato de Fisher; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; ² - Teste de Levene para homogeneidade de variância; ³ - Teste T para amostras independentes assumindo variâncias iguais; ⁴ - Teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Dos indivíduos portadores desse diagnóstico, 83,3% não bebiam, 91,7% não fumavam e tinham realizado, em média, 58,83 meses de diálise. Entre os entrevistados, 58,3% haviam feito hemodiálise antes do transplante. Tinham em média 7,83 anos de transplante renal e 22,9% tiveram como doadores cadáveres.

Observou-se que o diagnóstico de enfermagem Padrões de sexualidade ineficazes não se associou significativamente dados observados.

A Tabela 28 mostra a distribuição de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes transplantados renais.

TABELA 28 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

DE	PSV	PSP	NDM	FAD	DSE	PSA	DAG
PSP							
Valor p	0,825 ¹						
Phi (Sig.)	- 0,067 (0,609)	-	-	-	-	-	-
OR	0,738						
(IC95%)	(0,231-2,362)						
NDM							
Valor p	0,511 ¹	0,111 ¹					
Phi (Sig.)	0,125 (0,335)	0,249 (0,058)	-	-	-	-	-
OR	1,875	3,652					
(IC95%)	(0,517-6,800)	(0,909-14,680)					
FAD							
Valor p	0,083 ²	0,716 ¹	0,614 ²				
Phi (Sig.)	0,222 (0,091)	0,090 (0,495)	- 0,009 (0,944)	-	-	-	-
OR	3,778	1,574	0,954				
(IC95%)	(0,751-18,999)	(0,425-5,826)	(0,253-3,600)				
DSE							
Valor p	0,312 ²	0,013 ²	0,574 ¹	0,158 ²			
Phi (Sig.)	0,111 (0,398)	0,319 (0,015)	0,017 (0,896)	0,180 (0,171)	-	-	-
OR	1,839	9,600	1,094	2,500			
(IC95%)	(0,441-7,664)	(1,149-80,223)	(0,286-4,189)	(0,658-9,499)			
PSA							
Valor p	0,117 ²	0,453 ²	0,123 ²	0,383 ²	0,393 ²		
Phi (Sig.)	0,199 (0,130)	0,061 (0,643)	0,199 (0,130)	0,083 (0,526)	- 0,091 (0,490)	-	-
OR	3,339	1,366	2,649	1,556	0,562		
(IC95%)	(0,659-16,919)	(0,364-5,129)	(0,733-9,577)	(0,395-6,131)	(0,108-2,935)		
DAG							
Valor p	0,608 ²	0,451 ²	0,238 ²	0,397 ²	0,180 ²	0,084 ²	
Phi (Sig.)	0,006 (0,962)	- 0,058 (0,659)	0,139 (0,291)	- 0,089 (0,497)	- 0,172 (0,189)	0,236 (0,073)	-
OR	0,968	0,747	2,024	0,567	0,258	3,393	
(IC95%)	(0,251-3,730)	(0,204-2,735)	(0,539-7,598)	(0,108-2,964)	(0,030-2,212)	(0,855-13,457)	
PSI							
Valor p	0,392 ²	0,002 ²	0,493 ²	0,114 ²	0,000 ²	0,459 ²	0,223 ²
Phi (Sig.)	0,084 (0,520)	0,385 (0,003)	0,045 (0,731)	0,209 (0,111)	0,950 (0,000)	- 0,070 (0,592)	- 0,156 (0,235)
OR	1,600	0,676	1,269	2,937	OR*	0,636	0,289
(IC95%)	(0,379-6,757)	(0,540-0,845)	(0,325-4,950)	(0,754-11,433)		(0,121-3,355)	(0,033-2,499)

DE- Diagnóstico de enfermagem; PSV- Percepção sensorial perturbada: visual; PSP- Padrão de sono perturbado; NDM- Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; FAD- Fadiga; DSE- Disfunção sexual; PSA- Percepção sensorial perturbada: auditiva; DAG- Dor aguda; PSI- Padrões de sexualidade ineficazes; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR*- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ¹ - Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ² - Teste exato de Fisher.

Percepção sensorial perturbada: visual revelou indicativos de associação com o diagnóstico de enfermagem: Fadiga ($p=0,083$). Padrão de sono perturbado mostrou associação com dois diagnósticos de enfermagem: Disfunção sexual (associação moderada, $p=0,013$) e Padrões de sexualidade ineficazes (associação moderada, $p=0,002$). As chances de pacientes transplantados renais portadores de Padrão de sono perturbado desenvolverem esses diagnósticos de enfermagem foram de aproximadamente 9 vezes maior para Disfunção sexual e 67% maior para Padrões de sexualidade ineficazes.

Disfunção sexual mostrou associação muito forte com o diagnóstico Padrões de sexualidade ineficazes ($p=0,000$). Percepção sensorial perturbada: auditiva revelou indicativos de associação com o diagnóstico Dor aguda ($p=0,084$).

A Tabela 29 apresenta a distribuição das associações entre diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados encontrados em pacientes transplantados renais.

TABELA 29 – Estatísticas de associação entre diagnósticos de enfermagem e fatores relacionados encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

FR \ DE	PSV	PSP	NDM	FAD	DSE	PSA	DAG	PSI
AFI								
Valor p	0,431 ¹	0,666 ¹	0,225 ²	0,176 ²	0,488 ²	0,227 ²	0,089 ¹	0,567 ²
Phi (Sig.)	0,145 (0,271)	0,097 (0,461)	0,143 (0,275)	0,168 (0,201)	0,054 (0,680)	0,147 (0,264)	0,220 (0,094)	0,030 (0,822)
OR	1,944	1,556	2,167	2,800	1,354	2,484	5,323	1,182
(IC95%)	(0,590-6,412)	(0,479-5,051)	(0,529-8,873)	(0,551-14,231)	(0,320-5,729)	(0,485-12,722)	(0,628-45,145)	(0,276-5,067)
PSE								
Valor p	0,000 ¹	0,992 ¹	0,268 ¹	0,108 ²	0,367 ²	0,004 ²	0,198 ²	0,449 ²
Phi (Sig.)	0,882 (0,000)	-0,040 (0,271)	0,186 (0,156)	0,204 (0,120)	0,092 (0,481)	0,361 (0,006)	0,159 (0,227)	0,067 (0,612)
OR	323,000	1,944	2,692	3,429	1,667	OR [*]	2,667	1,452
(IC95%)	(27,385-3809,649)	(0,590-6,412)	(0,664-10,913)	(0,680-17,291)	(0,398-6,974)		(0,520-13,678)	(0,342-6,156)
UUR								
Valor p	1,000 ¹	0,000 ¹	0,080 ¹	0,608 ¹	0,009 ²	0,396 ²	0,261 ²	0,001 ²
Phi (Sig.)	-0,016 (0,905)	0,964 (0,000)	0,269 (0,040)	0,109 (0,407)	0,335 (0,011)	0,079 (0,546)	-0,127 (0,333)	0,399 (0,002)
OR	0,933	OR [*]	4,030	1,731	10,500	1,500	0,533	OR [*]
(IC95%)	(0,300-2,900)		(1,004-16,179)	(0,469-6,389)	(1,257-87,687)	(0,401-5,616)	(0,148-1,926)	
IEM								
Valor p	0,511 ¹	0,111 ¹	0,000 ²	0,614 ²	0,574 ²	0,123 ²	0,238 ²	0,493 ²
Phi (Sig.)	0,125 (0,335)	0,249 (0,058)	1,000 (0,000)	-0,009 (0,944)	0,017 (0,896)	0,199 (0,130)	0,139 (0,291)	0,045 (0,731)
OR	1,875	3,652	OR [*]	0,954	1,094	2,649	2,024	1,269
(IC95%)	(0,517-6,800)	(0,909-14,680)		(0,253-3,600)	(0,286-4,189)	(0,733-9,577)	(0,539-7,598)	(0,325-4,950)
EDO								
Valor p	0,026 ²	0,453 ²	0,574 ²	0,000 ²	0,118 ²	0,607 ²	0,459 ²	0,084 ²
Phi (Sig.)	0,287 (0,029)	0,061 (0,643)	0,017 (0,896)	0,856 (0,000)	0,207 (0,115)	0,009 (0,948)	-0,070 (0,592)	0,236 (0,073)
OR	8,000	1,366	1,094	258,000	2,891	1,050	0,636	3,393
(IC95%)	(0,955-67,009)	(0,364-5,129)	(0,286-4,189)	(21,513-3094,060)	(0,747-11,192)	(0,242-4,563)	(0,121-3,355)	(0,855-13,457)
ALF								
Valor p	0,608 ²	0,451 ²	0,238 ²	0,397 ²	0,180 ²	0,084 ²	0,000 ²	0,223 ²
Phi (Sig.)	-0,006 (0,962)	-0,058 (0,659)	0,139 (0,291)	-0,089 (0,497)	-0,172 (0,189)	0,236 (0,073)	1,000 (0,000)	-0,156 (0,235)
OR	1,944	0,747	2,024	0,567	0,258	3,343	OR [*]	0,289
(IC95%)	(0,251-3,730)	(0,204-2,735)	(0,539-7,598)	(0,108-2,964)	(0,030-2,212)	(0,855-13,457)		(0,033-2,499)
DSI								
Valor p	0,041 ²	0,549 ²	0,507 ²	0,397 ²	0,541 ²	0,180 ²	0,044 ²	0,475 ²
Phi (Sig.)	-0,278 (0,034)	0,031 (0,816)	-0,048 (0,731)	-0,089 (0,497)	0,032 (0,809)	-0,172 (0,189)	-0,261 (0,047)	0,054 (0,679)
OR	0,252	1,172	0,762	0,567	1,200	0,258	OR [*]	1,370
(IC95%)	(0,067-0,947)	(0,307-4,483)	(0,179-3,247)	(0,108-2,964)	(0,272-5,285)	(0,030-2,212)		(0,307-6,117)

DE- Diagnóstico de enfermagem; PSV- Percepção sensorial perturbada: visual; PSP- Padrão de sono perturbado; NDM- Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; FAD- Fadiga; DSE- Disfunção sexual; PSA- Percepção sensorial perturbada: auditiva; DAG- Dor aguda; PSI- Padrões de sexualidade ineficazes; FR- Fator relacionado; AFI- Agentes farmacêuticos (imunossupressores); PSE- Percepção sensorial alterada; UUR- Urgência urinária; IEM- Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas; EDO- Estado de doença; ALF- Agentes lesivos: físicos; DSI- Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Phi; OR- Razão de chance; OR^{*}- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ² – Teste exato de Fisher.

Percepção sensorial perturbada: visual apresentou associação com três fatores relacionados: Percepção sensorial alterada (associação muito forte, $p=0,000$), Estado de doença (associação moderada, $p=0,026$) e Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb (associação moderada e inversa, $p=0,041$). As chances dos pacientes transplantados renais desenvolverem o diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual na presença desses fatores relacionados foram aproximadamente 323 vezes para percepção sensorial alterada, 8 vezes para estado de doença e 25% menos para defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb.

Padrão de sono perturbado mostrou associação muito forte com o fator relacionado Urgência urinária ($p=0,000$).

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais manifestou associação com o fator relacionado: Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (associação muito forte, $p=0,000$) e indicativos de associação com o fator relacionado: Urgência urinária.

Fadiga evidenciou associação com um fator relacionado: Estado de doença (associação muito forte, $p=0,000$). A chance dos pacientes transplantados renais desenvolverem o diagnóstico Fadiga na presença desse fator relacionado foi de 258 vezes para estado de doença.

Disfunção sexual apresentou associação com o fator relacionado: Urgência urinária (associação moderada, $p=0,009$). A chance dos pacientes transplantados desenvolverem o diagnóstico disfunção sexual na presença desse fator relacionado foi de 10 vezes maior para indivíduos com urgência urinária.

Percepção sensorial perturbada: auditiva revelou associação com um fator relacionado: Percepção sensorial alterada (associação moderada, $p=0,004$) e indicativos de associação com o fator relacionado Agentes lesivos físicos ($p=0,084$).

Dor aguda evidenciou associação com dois fatores relacionados: Agentes lesivos físicos (associação muito forte, $p=0,000$) e Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb (associação moderada e inversa, $p=0,044$) e indicativos de associação com o fator relacionado Agentes farmacêuticos (imunossupressores) ($p=0,089$).

Padrões de sexualidade ineficazes apresentou associação com um fator relacionado: Urgência urinária (associação moderada, $p=0,001$) e indicativos de associação com o fator relacionado Estado de doença ($p=0,084$).

Alguns diagnósticos de enfermagem, apesar de estatisticamente significantes, não apresentaram associação clinicamente lógica. São eles: Percepção sensorial perturbada: auditiva e escolaridade; Percepção sensorial perturbada: visual e Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb; Disfunção sexual e Urgência urinária; Dor aguda e Defesas secundárias inadequadas: diminuição da Hb; Padrões de sexualidade ineficazes e Urgência urinária.

A Tabela 30 mostra as associações entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras encontrados em pacientes transplantados renais.

TABELA 30 – Estatísticas de associação entre diagnósticos de enfermagem e características definidoras encontrados em pacientes transplantados renais. Fortaleza, 2005.

CD \ DE	PSV	PSP	NDM	FAD	DSE	PSA	DAG	PSI
MAS								
Valor p	0,000 ¹	0,548 ¹	0,268 ¹	0,108 ²	0,367 ²	0,036 ²	0,449 ²	0,449 ²
Phi (Sig.)	0,882 (0,000)	-0,118 (0,370)	0,186 (0,156)	0,204 (0,120)	0,092 (0,481)	0,271 (0,039)	0,067 (0,612)	0,067 (0,612)
OR	323,000	0,577	2,692	3,429	1,667	7,286	1,452	1,452
(IC95%)	(27,385-3809,649)	(0,172-1,935)	(0,664-10,913)	(0,680-17,291)	(0,398-6,974)	(0,868-61,133)	(0,342-6,156)	(0,342-6,156)
DVI								
Valor p	0,000 ¹	0,825 ¹	0,511 ¹	0,083 ²	0,312 ²	0,117 ²	0,608 ²	0,392 ²
Phi (Sig.)	1,000 (0,000)	-0,067 (0,609)	0,127 (0,335)	0,222 (0,091)	0,111 (0,398)	0,199 (0,130)	-0,006 (0,962)	0,084 (0,520)
OR	OR [*]	0,738	1,875	3,778	1,839	3,339	0,968	1,600
(IC95%)		(0,231-2,362)	(0,517-6,800)	(0,751-18,999)	(0,441-7,664)	(0,659-16,919)	(0,251-3,730)	(0,379-6,757)
DDN								
Valor p	0,825 ¹	0,000 ¹	0,111 ¹	0,716 ¹	0,013 ²	0,453 ²	0,451 ²	0,002 ²
Phi (Sig.)	-0,067 (0,609)	1,000 (0,000)	0,249 (0,058)	0,090 (0,495)	0,319 (0,015)	0,061 (0,643)	-0,058 (0,659)	0,385 (0,003)
OR	0,738	OR [*]	3,652	1,574	9,600	1,366	0,747	OR [*]
(IC95%)	(0,231-2,362)		(0,909-14,680)	(0,425-5,826)	(1,149-80,223)	(0,364-5,129)	(0,204-2,735)	
PCT								
Valor p	0,486 ²	0,101 ¹	0,000 ²	0,272 ²	0,383 ²	0,158 ²	0,114 ²	0,313 ²
Phi (Sig.)	0,050 (0,702)	0,257 (0,050)	0,876 (0,000)	-0,130 (0,323)	0,083 (0,526)	0,180 (0,171)	0,209 (0,111)	0,110 (0,403)
OR	1,293	4,560	OR [*]	0,444	1,556	2,500	2,937	1,800
(IC95%)	(0,347-4,824)	(0,910-22,845)		(0,086-2,285)	(0,395-6,131)	(0,658-9,499)	(0,754-11,433)	(0,448-7,225)
CAN								
Valor p	0,083 ²	0,716 ¹	0,614 ²	0,000 ²	0,158 ²	0,383 ²	0,397 ²	0,114 ²
Phi (Sig.)	0,222 (0,091)	0,090 (0,495)	-0,009 (0,944)	1,000 (0,000)	0,180 (0,171)	0,083 (0,526)	-0,089 (0,497)	0,209 (0,111)
OR	3,778	1,574	0,954	OR [*]	2,500	1,556	0,567	2,937
(IC95%)	(0,751-18,999)	(0,425-5,826)	(0,253-3,600)		(0,658-9,499)	(0,395-6,131)	(0,108-2,964)	(0,754-11,433)
VPR								
Valor p	0,312 ²	0,013 ²	0,574 ²	0,158 ²	0,000 ²	0,393 ²	0,180 ²	0,000 ²
Phi (Sig.)	0,111 (0,398)	0,319 (0,015)	0,017 (0,896)	0,180 (0,171)	1,000 (0,000)	-0,091 (0,490)	-0,172 (0,189)	0,950 (0,000)
OR	1,839	9,600	1,094	2,500	OR [*]	0,562	0,258	OR [*]
(IC95%)	(0,441-7,664)	(1,149-80,223)	(0,286-4,189)	(0,658-9,499)		(0,108-2,935)	(0,030-2,212)	
DAU								
Valor p	0,117 ²	0,453 ²	0,123 ²	0,383 ²	0,393 ²	0,000 ²	0,084 ²	0,459 ²
Phi (Sig.)	0,199 (0,130)	0,061 (0,643)	0,199 (0,130)	0,083 (0,526)	-0,091 (0,490)	1,000 (0,000)	0,236 (0,073)	-0,070 (0,592)
OR	3,339	1,366	2,649	1,556	0,562	OR [*]	3,393	0,636
(IC95%)	(0,659-16,919)	(0,364-5,129)	(0,733-9,577)	(0,395-6,131)	(0,108-2,935)		(0,855-13,457)	(0,121-3,355)
DLM								
Valor p	0,392 ²	0,002 ²	0,493 ²	0,114 ²	0,000 ²	0,459 ²	0,223 ²	0,000 ²
Phi (Sig.)	0,084 (0,520)	0,385 (0,003)	0,045 (0,731)	0,209 (0,111)	0,950 (0,000)	-0,070 (0,592)	-0,156 (0,235)	1,000 (0,000)
OR	1,600	OR [*]	1,269	2,937	OR [*]	0,636	0,289	OR [*]
(IC95%)	(0,379-6,757)		(0,325-4,950)	(0,754-11,433)		(0,121-3,355)	(0,033-2,499)	
RVC								
Valor p	0,608 ²	0,451 ²	0,238 ²	0,397 ²	0,180 ²	0,084 ²	0,000 ²	0,223 ²
Phi (Sig.)	-0,006 (0,962)	-0,058 (0,659)	0,139 (0,291)	-0,089 (0,497)	-0,172 (0,189)	0,236 (0,073)	1,000 (0,000)	-0,156 (0,235)
OR	0,968	0,747	2,024	0,567	0,258	3,393	OR [*]	0,289
(IC95%)	(0,251-3,730)	(0,204-2,735)	(0,539-7,598)	(0,108-2,964)	(0,030-2,212)	(0,855-13,457)		(0,033-2,499)

DE- Diagnóstico de enfermagem; PSV- Percepção sensorial perturbada: visual; PSP- Padrão de sono perturbado; NDM- Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; FAD- Fadiga; DSE- Disfunção sexual; PSA- Percepção sensorial perturbada: auditiva; DAG- Dor aguda; PSI- Padrões de sexualidade ineficazes; CD- Característica definidora; MAS- Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial; DVI- Distorções visuais; DDN- Três ou mais despertares durante a noite; PCT- Prega cutânea do tríceps > 25mm em mulheres, >15mm em homens; CAN- Cansaço; VPR- Verbalização do problema; DAU- Distorções auditivas; DLM- Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais; RVC- Relato verbal ou codificado; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR^{*}- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ¹ – Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ² – Teste exato de Fisher.

Percepção sensorial perturbada: visual apresentou associação com duas características definidoras: Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (associação muito forte, $p=0,000$) e Distorções visuais (associação muito forte, $p=0,000$) e indicativos de associação com a característica definidora: Cansaço ($p=0,083$). Pacientes que manifestaram a característica definidora mudança relatada ou medida na acuidade sensorial evidenciaram 323 vezes mais chances de

desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: visual.

Padrão de sono perturbado evidenciou associação com três características definidoras: Três ou mais despertares durante a noite (associação muito forte, $p=0,000$); Verbalização do problema de mudança de sono (associação moderada, $p=0,013$) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação moderada, $p=0,002$). Pacientes que manifestaram a característica definidora verbalização do problema de alteração do sono evidenciaram 9 vezes mais chances de desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado.

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais mostrou associação com uma característica definidora: Prega cutânea do tríceps > 25 mm em mulheres, > 15 mm em homens (associação muito forte, $p=0,000$).

Fadiga apresentou associação com uma característica definidora Cansaço (associação muito forte, $p=0,000$) e indicativos de associação com a característica definidora: Distorções visuais ($p=0,083$).

Disfunção sexual revelou associação com três características definidoras: Três ou mais despertares durante a noite (associação moderada, $p=0,013$), Verbalização do problema de disfunção sexual (associação muito forte, $p=0,000$) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação muito forte, $p=0,000$). Pacientes que manifestaram o diagnóstico de enfermagem Disfunção sexual evidenciaram 9 vezes mais chances de desenvolverem a característica definidora : Três ou mais despertares durante a noite.

Percepção sensorial perturbada: auditiva mostrou associação com duas características definidoras: Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (associação moderada, $p=0,036$) e Distorções auditivas (associação muito forte, $p=0,000$) e indicativos de associação com a característica definidora Relato verbal ou codificado ($p=0,084$). Pacientes que manifestaram a característica definidora Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial evidenciaram 7 vezes mais chances de desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Percepção sensorial perturbada: auditiva.

Dor aguda apresentou associação com a característica definidora: Relato verbal ou codificado (associação muito forte, $p=0,000$) e indicativos de associação com a característica definidora Distorções auditivas ($p=0,084$).

Padrões de sexualidade ineficazes revelou associação com três características definidoras: Três ou mais despertares durante a noite (associação moderada, $p=0,002$), Verbalização do problema em relação à sexualidade (associação muito forte, $p=0,000$) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação muito forte, $p=0,000$).

6 DISCUSSÃO

No Brasil, foram realizados cerca de 13 mil transplantes de órgão no anos de 2004, dos quais 3.332 foram de transplantes renais (ABTO, 2005). Os pacientes com transplante renal apresentam uma melhor qualidade de vida do que pacientes urêmicos em programa de hemodiálise (FISHER et al., 1998; LIMA; GUALDA, 2000; PEREIRA et al., 2003). No entanto, o transplantado tem algumas limitações em sua vida relacionadas ao uso constante de medicamentos, cuidados com a higiene e a alimentação e o acompanhamento freqüente no ambulatório. Uma vez que o transplante renal é um tratamento paliativo, pois não recupera integralmente a saúde do paciente. O enfermeiro, por meio do diagnóstico de enfermagem, pode sistematizar seu trabalho e oferecer um cuidado de qualidade a essa clientela.

O diagnóstico de enfermagem pode aumentar a qualidade de vida e o potencial humano do paciente renal, pois os cuidados são guiados por objetivos comuns (GALACHE, 2004).

Em um estudo descritivo e exploratório com pacientes adultos transplantados renais, o sexo mais predominante foi o masculino (58,33%), o nível de escolaridade de maior frequência foi o fundamental (61,11%) e a maioria

(80,56%) era aposentada (SAMPAIO; PAGLIUCA, 2000). Os nossos achados se aproximam do perfil desse estudo.

Em nosso estudo, os pacientes tinham 40 anos em média, a maioria vivia com companheiro, com aproximadamente 2 filhos, procedentes do interior do Ceará ou de outros estados e com renda familiar média de 4 salários mínimos.

A maioria dos pacientes era jovem quando tiveram o diagnóstico de IRC, sendo submetidos ao tratamento dialítico antes da realização do transplante renal. Esse tratamento, geralmente, é feito três vezes por semana, dificultando a continuidade dos estudos. Desta forma, o paciente renal interrompe os estudos cedo e solicita aposentadoria por invalidez ao Governo em plena fase produtiva.

Em um estudo descritivo com adolescentes transplantados renais realizado por Lira, Guedes e Lopes (2005), foi observado que a doença surge de forma repentina e intensa, e até sua recuperação, o adolescente fica afastado da sua escola para tratamento. A oportunidade de continuar os estudos fica reduzida, devido às sessões de hemodiálise antes do transplante e às limitações e cuidados pós-transplante.

Em nosso estudo, das pessoas entrevistadas, a maioria (55,2%) não utilizava nenhum método contraceptivo, 22,4% fizeram laqueadura e 15,5% usavam codon. A insuficiência renal, geralmente, debilita a função reprodutiva, principalmente no sexo feminino. Mulheres com transplante renal caracteristicamente não usam nenhum método contraceptivo, indicando negligência médica para aconselhamento apropriado (PEZESHKI et al., 2004). No estudo realizado com 126 mulheres transplantadas renais pelos autores os principais métodos usados foram: coito interrompido, pílula anticoncepcional e codon.

A investigação dos dados do transplante permite o conhecimento da história clínica desse paciente. No nosso estudo, a maioria dos pacientes não bebia e não fumava. Fizeram 52 meses de diálise em média, principalmente a hemodiálise. A maioria teve o enxerto renal doado por cadáver e média de seis anos e meio de transplante.

A abstinência alcoólica é um dos pré-requisitos para a realização do transplante renal e deve ser mantida após a cirurgia, pois o álcool eleva a pressão arterial, tornando a aderência ao tratamento ambulatorial mais difícil (GONÇALVES et al., 1994).

A interrupção do uso do cigarro, a redução da dislipidemia e o aumento da atividade física promovem um melhor fluxo de sangue para o órgão e reduzem potencialmente a perda causada pela doença renal crônica (BETO; BANSAL, 2004).

Em estudo retrospectivo realizado por PERES et al. (2003) sobre sobrevida de enxertos e receptores de 188 transplantes renais realizado no Paraná encontraram maior sobrevida nos receptores de rins de doadores vivos do que de doadores cadáveres. Na literatura, existem relatos de sobrevida menor do enxerto para receptores com tempo de diálise maior que um ano, fato não observado, porém, pelos autores.

O medo da perda da função renal é um dos fatores mais estressantes nos paciente com transplante renal (LINDQUIST et al., 2004). No presente estudo, 60,3% dos pacientes apresentaram ganho de peso, 37,9% hipertensão arterial, como sinais e sintomas principais de rejeição. Pela literatura, o aumento do peso corpóreo sempre ocorre no pós-transplante, podendo evoluir para a obesidade. A hipertensão arterial ocorre em cerca da metade dos transplantados, avaliados de 1 a 48 meses após a cirurgia, e cujas causas são: presença dos rins primitivos, hipertensão maligna prévia, estenose da artéria renal, obesidade, uso de corticóide e ciclosporina (IANHEZ; SABBAGA, 1994).

O estudo retrospectivo e descritivo feito por Talas e Bayraktar (2004) mostrou que o conhecimento e a prática dos pacientes com transplante renal em relação a monitorização dos sinais e sintomas de rejeição e o modo de vida saudável (exposição ao sol, práticas de exercícios, auto-exame da mama e gravidez planejada) não eram adequadas. Esse resultado foi justificado pelo fato da maioria (68,8%) dos pacientes não receberem informações educativas sobre essas questões.

O controle dos sinais e sintomas de rejeição pós-transplante é muito importante para a sobrevida do enxerto renal. Com o objetivo de controlar esses sinais e sintomas, os pacientes estudados usavam alguns grupos de medicamentos, dos quais destacamos os imunossupressores, corticóides e anti-hipertensivos.

Drogas imunossupressoras são indicadas para a profilaxia da rejeição de órgãos em pacientes transplantados. Entretanto, a imunossupressão torna o organismo mais suscetível à ocorrência de infecções. O corticóide tem efeito imunossupressor, sendo usado também na prevenção da rejeição (PIVETA, 1999b; RANG; RITTER; DALE, 1997). Os anti-hipertensivos são usados no controle da

hipertensão arterial, pois essa favorece a progressão para insuficiência renal e nefroesclerose maligna no rim transplantado, levando à perda do enxerto (IANHEZ, 1996).

Em nosso estudo, os diagnósticos Percepção sensorial perturbada: visual e Percepção sensorial perturbada: auditiva apresentaram diferenças de média com a idade e o tempo de diálise respectivamente. O primeiro diagnóstico manifestou-se em pacientes transplantados renais com idade mais avançada. O segundo diagnóstico esteve presente em paciente com tempo maior de diálise.

Houve indicativo de diferença de média em dois diagnósticos, sendo o primeiro, Percepção sensorial perturbada: visual e o segundo, Fadiga, com a variável tempo de diálise. Em média, os dois diagnósticos estiveram presentes em pacientes com maior tempo de tratamento dialítico.

Sabemos que proporcionalmente ao nosso envelhecimento aumentam as perdas sensoriais. Geralmente aos 40 anos, o cristalino do olho fica menos flexível, o ponto próximo de foco fica mais longe, ocasionando um distúrbio denominado presbiopia. São necessários então óculos para a leitura e para aumentar os objetos (SMELTZER; BARE, 2000). Em estreita associação, temos os efeitos colaterais de alguns medicamentos usados pelos pacientes com transplante renal. Rang, Ritter e Dale (1997) comentam que o uso prolongado de corticosteróides pode causar catarata e glaucoma. Embora não tenha sido mostrado nas tabelas do nosso estudo, muitos pacientes relataram problemas visuais, principalmente a catarata.

O tratamento dialítico prolonga a vida do paciente renal crônico, embora não substitua totalmente a função renal. O paciente está sujeito a várias complicações. Ianhez (1997) explica que o tempo de diálise, além de levar aos malefícios da hipertensão arterial, proporciona maior grau de osteodistrofia renal; o seu principal problema, porém, é o risco de maior contaminação pelos vírus da hepatite B e C, quer por transfusão, quer por transmissão no ambiente de diálise. Em nosso estudo, verificamos que três diagnósticos de enfermagem surgiram devido ao tratamento dialítico prolongado, são os seguintes: Percepção sensorial perturbada: visual, Percepção sensorial perturbada: auditiva e Fadiga.

Em um estudo realizado por Galache (2004) sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes renais crônicos em hemodiálise, classificados de acordo com os 11 padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon, foram identificados vários diagnósticos. Entre os quais destacamos: Alteração nos processos sensorio-

perceptivo visual e auditivo, Desequilíbrio nutricional, Fadiga, Déficit de conhecimento farmacológico, de dieta e do acesso vascular, Risco de infecção, Padrão de sono perturbado e Disfunção no padrão sexual.

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual, como referimos, foi identificado com muita frequência nos pacientes com transplante renal deste estudo. Esteve associado muito fortemente ao fator relacionado Percepção sensorial alterada e manteve associação moderada com o fator relacionado Estado de doença. As características definidoras que apresentaram associação muito forte para esse diagnóstico foram: Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial e distorções visuais.

Alterações na percepção sensorial, geralmente, ocorrem com o avançar da idade, da doença e pelo uso constante de medicamentos, principalmente o corticosteróides (RANG, RITTER; DALE, 1997; SMELTZER; BARE, 2000). Portanto, o paciente transplantado renal ao fazer uso de medicamentos para manter o enxerto, pode apresentar alguns efeitos colaterais, como problemas na visão.

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: auditiva manteve associação relativamente forte com a escolaridade. Mostrou associação moderada com o fator relacionado Percepção sensorial alterada. Em relação às características definidoras, apresentou associação com Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (associação moderada) e Distorções auditivas (associação muito forte). A associação muito forte entre esse diagnóstico e a característica definidora Distorções auditivas, confirma a presença do diagnóstico nos transplantados renais.

O diagnóstico Fadiga esteve presente em 24,1% dos transplantados renais e mostrou associação com dois fatores relacionados: Estado de doença e Cansaço. A Fadiga no paciente renal crônico está presente desde o período de hemodiálise, época na qual o paciente deve manter uma dieta restrita, ir ao serviço dialítico, em média, três vezes por semana, perdendo a liberdade de realizar suas atividades pessoais e recreativas (SCHNEIDER, 2004). Em estudo feito por esse autor com pacientes em tratamento dialítico, a Fadiga presente nessa clientela era mais de ordem física que psicológica. Em nosso estudo, o Estado de doença e o Cansaço foram encontrados como fatores associados ao diagnóstico Fadiga. Isso nos leva a concordar com os resultados encontrados na pesquisa de Schneider (2004).

A presença do diagnóstico Padrão de sono perturbado manteve associação relativamente forte com a ocupação. Poderíamos sugerir como justificativa a aposentadoria muitas vezes precoce por invalidez do portador de alteração renal crônica gerando preocupação financeira e distúrbios no padrão do sono. Vários estudos mostram que os fatores mais estressantes para o paciente com transplante renal são o medo da rejeição do enxerto renal e o suporte financeiro (FISHER, 1998; LINDQVIST et al, 2004; TALAS; BAYRAKTAR, 2004).

Esse diagnóstico manteve associação moderada com outros dois diagnósticos de enfermagem: Disfunção sexual e Padrões de sexualidade ineficazes. O fator relacionado que apresentou associação muito forte para esse diagnóstico foi Urgência urinária. Em relação às características definidoras houve associação muito forte com Três ou mais despertares durante a noite e associação moderada com Verbalização do problema e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais.

Os problemas de ordem sexual causam preocupação nos pacientes com transplante renal, interferindo na qualidade do sono. Outro fator que mostrou interferir no padrão de sono foi a urgência urinária, o que pode ser justificado pelo uso de diurético e pelo aumento da ingesta hídrica após o transplante.

Em relação à sexualidade, dois diagnósticos estiveram presentes nessa clientela, são eles: Disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. O primeiro diagnóstico manteve associação muito forte com o segundo diagnóstico. Em relação às características definidoras, esses dois diagnósticos mantiveram associação muito forte com Verbalização do problema e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais e associação moderada com Três ou mais despertares durante a noite.

Sabemos que certos medicamentos podem interferir, como efeito colateral, no desempenho sexual do paciente com transplante renal (PIVETA, 1999b). Os medicamentos anti-hipertensivos, bastante utilizados por essa clientela, causam problemas de ordem sexual, como diminuição do libido e impotência. Segundo Fisher et al. (1998) as fontes de estresse para o paciente transplantado renal são o medo da rejeição, o fator econômico, o custo dos medicamentos e os efeitos colaterais dos mesmos.

Vasconcelos (2005), no seu estudo sobre diagnóstico de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial, constatou a presença desses dois

diagnóstico relativos à sexualidade. Ela sugere que os problemas de ordem sexual ocorrem muitas vezes devido aos efeitos colaterais das medicações anti-hipertensivas. No nosso estudo, esses dois diagnósticos de enfermagem foram mais evidenciados nos homens com idade inferior a 50 anos.

Ao analisarmos o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, percebemos uma associação moderada com o estado civil e com a procedência. No estudo feito por Sampaio e Pagliuca (2000), a variável procedência apresentou associação com o autocuidado, demonstrando que aqueles pacientes residentes em locais afastados da unidade de transplante renal tendem a enfrentar maiores dificuldades na manutenção do autocuidado. Isso justifica a dificuldade no seguimento da dieta alimentar e conseqüentemente a presença do diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais nos pacientes desse estudo. Transplantados renais procedentes do interior do Ceará ou de outros estados do país apresentam cerca de 5 vezes mais chances de manifestarem esse diagnóstico do que pacientes do município de Fortaleza.

O diagnóstico em consideração mostrou associação muito forte com o fator relacionado Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e com a característica definidora Prega cutânea do tríceps > 25 mm em mulheres, > 15 mm em homens. Os nossos achados se aproximam com o estudo de Talas e Bayraktar (2004), no qual a maioria dos pacientes experimentam problemas causados pelos efeitos colaterais das drogas imunossupressoras. Aumento do apetite (89,6%) e ganho de peso (78,4%) eram os efeitos colaterais mais freqüentes desses medicamentos. Outro medicamento que tem como efeito colateral o aumento do apetite é o corticoesteróide. Portanto, ganho de peso é um sério problema a longo prazo para muito pacientes transplantados renais, levando à necessidade da realização de uma dieta com pouca gordura e baixo açúcar (PIVETA, 1999b).

Outro diagnóstico de enfermagem presente em 20,7% dos transplantados renais foi Dor aguda. Encontrou-se associação muito forte entre esse diagnóstico e o fator relacionado Agentes lesivos. A característica definidora que mostrou associação muito forte com esse diagnóstico foi Relato verbal ou codificado de dor. Dos 14 pacientes portadores desse diagnóstico, um relatou cefaléia, outro dor no local do enxerto, nove relataram dores no corpo, principalmente na coluna vertebral

e nos membros inferiores, devido a osteopenia e algumas vezes osteoporose e dores abdominais.

A literatura relata que osteoporose e predisposição para fraturas e necrose avascular na cabeça do fêmur são importantes complicações dos esteróides usados no tratamento para evitar rejeição do órgão transplantado (TALAS, BAYRAKTAR, 2004).

Os pacientes com transplante renal apresentaram vários diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras. Alguns diagnósticos tiveram origem no surgimento da doença renal crônica, continuando no pós-transplante. Outros surgiram após a realização da cirurgia. Os diagnósticos identificados neste estudo nos proporcionaram informações necessárias para focalizar os cuidados de enfermagem a essa clientela renal. As intervenções de enfermagem implementadas para os diagnósticos identificados podem contribuir para um melhor seguimento ambulatorial, melhor qualidade de vida e diminuição dos sinais e sintomas de rejeição do enxerto renal.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste estudo encontramos algumas dificuldades em sua realização, principalmente na coleta dos dados. Por não integrarmos o corpo clínico do local da pesquisa, tivemos dificuldade na inserção no campo e em contar com a disponibilidade de uma sala apropriada para a realização da entrevista e do exame físico. Foi necessário o nosso deslocamento até o domicílio do paciente. Encontramos, porém, dificuldade de acesso a alguns bairros mais afastados do município de Fortaleza. Outra dificuldade encontrada foi a escassez de trabalhos sobre diagnóstico de enfermagem formulados nesta clientela, tornando difícil a discussão dos dados.

O estudo foi realizado com 58 pacientes com transplante renal em tratamento ambulatorial. Foram encontrados 38 diagnósticos de enfermagem. Os pacientes com transplante renal tiveram, em média, 5,29 diagnósticos de enfermagem, com desvio padrão de 2,45. Um quarto dos pacientes apresentaram até 4 diagnósticos e três quarto deles até 7 diagnósticos. Dez diagnósticos estiveram acima do percentil 75, são eles: Risco de infecção (100,0%); Percepção sensorial perturbada: visual (67,2%); Padrão de sono perturbado (63,8%); Nutrição

desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (29,3%); Fadiga (24,1%); Disfunção sexual (22,4%); Percepção sensorial perturbada: auditiva (22,4%); Dor aguda (20,7%); Padrões de sexualidade ineficazes (20,7%); Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (13,8%).

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: visual apresentou associação estatística e clinicamente significativa com as características definidoras Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (associação muito forte) e Distorções visuais (associação muito forte). Associou-se com dois fatores relacionados: Percepção sensorial alterada (associação muito forte) e Estado de doença (associação moderada).

O diagnóstico Padrão de sono perturbado mostrou associação estatística e clínica com a variável ocupação (associação relativamente forte). Associou-se com dois diagnósticos: Disfunção sexual (associação moderada) e Padrões de sexualidade ineficazes (associação moderada). Relativo às características definidoras, esse diagnóstico associou-se a Três ou mais despertares durante a noite (associação muito forte), Verbalização do problema (associação moderada) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação moderada). O fator relacionado associado ao diagnóstico Padrão de sono perturbado foi Urgência urinária (associação muito forte).

O diagnóstico Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais manifestou associação com as variáveis estado civil (associação moderada) e naturalidade (associação moderada), com o a característica definidora Prega cutânea do tríceps > 25 mm em mulheres, >15 mm em homens (associação muito forte) e com o fator relacionado Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (associação muito forte).

O diagnóstico Percepção sensorial perturbada: auditiva apresentou associação com as características definidoras Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial (associação moderada) e Distorções auditivas (associação muito forte) e com o fator relacionado Percepção sensorial alterada (associação moderada).

Disfunção sexual mostrou associação com o diagnóstico Padrões de sexualidade ineficazes (associação muito forte), com as características definidoras Três ou mais despertares durante a noite (associação moderada), Verbalização do

problema (associação muito forte) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação muito forte).

Fadiga associou-se com a característica definidora Cansaço (associação muito forte) e com o fator relacionado Estado de doença (associação muito forte).

O diagnóstico Dor aguda manifestou associação com a característica definidora Relato verbal ou codificado (associação muito forte) e com o fator relacionado Agentes lesivos (associação muito forte).

Padrões de sexualidade ineficazes teve associação com três características definidoras Três ou mais despertares durante a noite (associação moderada), Verbalização do problema (associação muito forte) e Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (associação muito forte).

Destacamos algumas contribuições deste estudo para a prática ambulatorial de enfermagem voltada ao paciente com transplante renal. Alguns diagnósticos devem ser mais explorados na consulta de enfermagem, tais como Risco de infecção, Percepção sensorial perturbada: visual e auditiva, Padrão de sono perturbado, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Fadiga, Disfunção sexual, Dor aguda, Padrões de sexualidade ineficazes.

O presente estudo nos permitiu conhecer a realidade dos pacientes com transplante renal. Acreditamos que este trabalho contribuirá para o planejamento dos cuidados a pacientes em tratamento ambulatorial após transplante renal, resultando em implementações de ações de enfermagem eficazes para a resolução dos problemas identificados. Pode também contribuir para nortear a assistência de enfermagem ao transplantado renal, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao transplantado.

Ressaltamos a importância da realização de novos estudos que proporcionem uma análise mais aprofundada dos diagnósticos de enfermagem referidos nesta pesquisa. O estudo dos diagnóstico de enfermagem é importante, por ser um instrumento útil ao planejamento das intervenções. Outrossim, ofertar um cuidado de qualidade, respaldado no processo de enfermagem, é de competência exclusiva do enfermeiro. Contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento da nossa profissão e, conseqüentemente, para um melhor relacionamento com o paciente.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dados estatísticos sobre transplante renal.** Disponível em: <http://www.abto.org.br>. Acesso em: 27 maio 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Número de transplantes de órgãos realizados no ano de 2004 no Brasil.** Disponível em: <http://www.abto.org.br/profissionais.asp>. Acesso em: 17 jun. 2005.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva.** Disponível em: http://www.cefir.com.br/artigos/vm_adulto/45.pdf. Acesso em: 14 set. 2004.

BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2002. 272p.

BETO, J.A.; BANSAL, V.K. Medical nutrition therapy in chronic kidney failure: integrating clinical practice guidelines. **J. Am. Dietet. Assoc.**, v. 104, p. 404-409, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199p.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 240-244, mar./abr. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. **Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética. 1996; 4 supl. 2: 15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados sobre transplante renal.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br>>. Acesso em 16 maio 2004.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

CARVALHO, A. L. B. **Adaptação psicossocial do adolescente transplantado renal.** 2003. 70p. Monografia (Graduação). Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2003.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002. Uberlândia - MG. Sistematizar o cuidar: **Anais....** Uberlândia - MG: UFU, 2002. v. 1, p. 29-40.

CENDOROGLIO, M.; SARDENBERG, C.; SUASSUNA, P. Insuficiência renal crônica: etiologia, diagnóstico e tratamento. In: SCHOR, N.; SROUGI, M. **Nefrologia, urologia clínica.** São Paulo: Sarvier, 1998. cap. 5, p. 29-41.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumento para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996. 153p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, supl. 4, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FISHER, R.; GOULD, D.; WAINWRIGHT, S.; FALLON, M. Quality of life after renal transplantation. **J. Clin. Nurs.**, v. 7, p. 533-563, 1998.

GALACHE, B. A. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol.**, v. 7, n. 3, p. 158-163, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.

GARCIA T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52. 2000, Recife/Olinda - PE. **Enfermagem 2000: Crescendo na Diversidade**. Recife: ABEn-PE, 2002. v. 1, p. 231-243.

GIRÃO, C. M.; MACHADO, E. F. S.; MACEDO, V. L. S. **Transplante renal e enfermagem**. Fortaleza: Sandoz, 1996. 74p.

GONÇALVES, L. F. S.; MANFRO, R.C.; VERONESE, F.V.; SAITOVITCH, D. Aspectos clínicos, rotinas e complicações. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap. 33, p. 475-497.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994. 421p.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

IANHEZ, L. E. Manejo clínico do transplante renal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 657-670.

IANHEZ, L. E. Peculiaridade do transplante renal nos países em desenvolvimento. In: NEUMANN, J. et al. **Transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 193-197.

IANHEZ, L. E.; SABBAGA, E. Transplante renal. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 227-239.

LINDQVIST, R.; CARLSSON, M.; SJODEN, P.O. Coping strategies of people with kidney transplants. **J. Adv. Nurs.**, v. 45, n. 1, p. 47-52, 2004.

LIMA, A. F.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 30, p. 20-22, 2000.

LIRA, A. L. B. C.; GUEDES, M. V. C.; LOPES, M. V. O. Adaptação psicossocial do adolescente pós-transplante renal segundo a teoria de Roy. **Rev. Inv. Educ. Enf.**, v. 23, n. 1, p. 68-77, 2005.

MENDES, C. A.; SHIRATORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 15-22, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003-2004**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 300p.

PAOLUCCI, A. A. <Insuficiência renal crônica> In:_____.<**Nefrologia**>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. cap. 12, p. 180-205.

PEREIRA, L. C.; CHANG, J.; ROMÃO, M.A.F.; ABENSUR, H.; ARAÚJO, M.R.T.; NORONHA, I.L.; CAMPAGNARI, J.C.; ROMÃO, J.E.E. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **J. Bras. Nefrol.**, v. 25, n. 1, p. 10-16, 2003.

PERES, L. A. B.; ANN, H.K.; CAMARGO, M.T.A.; ROHDE, N.R.S.; MATSUO, T.; USCOCOVICH, V.F.M.; DELFINO, V.D.A. Análise da sobrevida de enxerto e receptores de 188 transplantes renais realizados na cidade de Cascavel. PR. **J. Bras. Nefrol.**, v. 25, n. 3, p. 133-141, 2003.

PEZESHKI, M. L.; GHAZIZADEH, S.; KHATAMI, M.R.; MAHDAVI, R.; RAZENGHI, E.; SEIFI, S.; AHMADI, F.; MAZIAR, S. Fertility and contraceptive issues after kidney transplantation in women. **Transpl. Proc.**, v. 36, p. 1405-1406, 2004.

PIVETA, V. M. Transplante renal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. cap.39, p. 553-562.

PIVETA, V. M. **Manual de orientação para o paciente transplantado renal**. São Paulo: Hospital das Clínicas, 1999b. p. 19-27.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. <O raciocínio crítico e o julgamento de enfermagem>. In:_____. <**Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**>. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 6, p. 90-98.

RANG, H. P.; RITTER, J. M.; DALE, M. M. <Sistema endócrino>. In:_____. <**Farmacologia**>. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. cap. 21, p. 332-361.

ROMÃO, J. E. J. Insuficiência renal crônica. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 1994. cap. 17, p. 187-200.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728p.

SAMPAIO, F. P. R.; PAGLIUCA, L. M. F. **O transplante renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado higiênico-dietético e medicamentoso**. Fortaleza: FCPC, 2000. 116p.

SCHNEIDER, R. A. Chronic renal failure: assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. **J. Clin. Nurs.**, v. 13, p. 219-225, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner/ Suddarth Tratado de enfermagem medico- cirúrgico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1813 p.

TALAS, M. S.; BAYRARTAR, N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. **J. Clin. Nurs.**, v. 13, p. 580- 588, 2004.

THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S.; MANFRO, R.C.; BARROS, E.; PROMPT, C.A.; KAROHL, C. Insuficiência renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. cap. 30, p. 423-440.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Enfermagem ciência ou profissão? **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 28-33, Jan. 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VASCONCELOS, F. F. **Diagnósticos de enfermagem em adultos portadores de hipertensão arterial**: estudo em um grupo específico. 2005. 141p. Dissertação (Mestrado). Departamento de enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

WAINWRIGHT, S.; FALLON, M.; GOULD, D. Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. **J. Clin. Nurs.**, v. 8, p. 233-245, 1999.

Apêndices

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando, neste momento, um trabalho sobre *Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-transplante renal*, sob a orientação do professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Transplante renal é uma das opções de tratamento de pessoas com uma doença nos rins. Embora o transplante seja considerado o melhor tratamento para a doença dos rins, ele tem algumas limitações, como por exemplo, o acompanhamento do cliente em consultas e o constante uso de remédios. Nesse estudo, pretendo verificar como está a sua saúde, identificando quais os principais problemas que o senhor tem. Caso aceite, irei fazer algumas perguntas, para que eu possa lhe avaliar, verificando sua pressão arterial, temperatura, sua respiração, seu coração, peso e seus olhos e ouvidos. Nesta avaliação, não haverá nenhum desconforto e só farei isso se você concordar. Os valores avaliados serão informados a você e registrados em uma ficha própria.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho, e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre o estudo, inclusive para tirar dúvidas. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não querer mais participar, sem que isto traga prejuízo ao seu tratamento. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identifica-lo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Nome: Ana Luisa Brandão de Carvalho. Endereço: Rua Joaquim Nabuco, 275/801, Meireles. Fone: 3224-7648 ou pelo e-mail: analuisabrandao@bol.com.br. Outras informações podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará pelo telefone (85) 288 8338.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura de quem obteve o termo

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS BASEADO NA TAXONOMIA II DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA

1) IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome: _____
2. Número do prontuário: _____
3. Idade: _____
4. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino
5. Estado civil: 1. () Com companheiro 2. () Sem companheiro
6. Número de filhos: _____
7. Naturalidade: _____
8. Religião: 1. () Católico 2. () Não católico
9. Escolaridade: _____
10. Ocupação: _____
11. Renda familiar: _____
12. Método contraceptivo adotado neste momento: _____
13. Ano do diagnóstico da IRC: _____
14. Doenças progressas: _____
15. Diálise anterior: 1. () Sim 2. () Não
16. Modalidade de diálise: _____
17. Duração do tratamento dialítico: _____
18. Ano do transplante renal: _____
19. Tipo de doador: 1. () Vivo relacionado 2. () Vivo não relacionado 3. () Cadáver
20. Grau de parentesco do doador: _____
21. Fuma: 1. () Sim 2. () Não. Se sim: Quanto tempo? _____
22. Bebe: 1. () Sim 2. () Não. Se sim: Quanto tempo? _____

2) DOMÍNIO 1: PROMOÇÃO DA SAÚDE

23. Conhecimento sobre seu estado de saúde: _____
24. Conhecimento sobre as causas da alteração de sua saúde: _____
25. Sinais e sintomas de rejeição:

1. () Nenhum	5. () Febre
2. () Redução do volume urinário	6. () Dor no local do enxerto
3. () Ganho de peso	7. () Aumento da creatinina sérica
4. () Hipertensão arterial	8. () Outros: _____
26. Número de internações pós-transplante: _____
27. Medicações em uso:

1. () Prednisona	4. () Ciclosporina
2. () Prednisolona	5. () OKT3
3. () Azatioprina	6. () Outros: _____
28. Problemas relacionados ao uso das medicações:

1. () Náusea	4. () Solução
2. () Vômito	5. () Diarréia
3. () Desconforto abdominal	6. () Outros: _____

3) DOMÍNIO 2: NUTRIÇÃO

29. Condição atual do apetite:

1. () Aumentada	2. () Diminuída	3. () Conservada
------------------	------------------	-------------------
30. Dieta:

1. () Nenhuma	3. () Hipossódica	5. () Outras: _____
2. () Hipocalórica	4. () Hipolipídica	

31. Número de refeições/dia: _____
 32. Maior concentração: 1. () Manhã 2. () Tarde 3. () Noite
 33. Ingestão hídrica/dia: _____
 34. Maior concentração: 1. () Manhã 2. () Tarde 3. () Noite
 35. Dificuldade para mastigar os alimentos: 1. () Sim 2. () Não
 36. Dificuldade para engolir os alimentos: 1. () Sim 2. () Não

4) DOMÍNIO 3: ELIMINAÇÃO

37. Frequência de micções/dia: _____
 38. Período das micções:
 1. () Mais freqüente dia 2. () Mais freqüente noite 3. () Indiferente
 39. Desconforto urinário:
 1. () Ardor 3. () Nenhum
 2. () Dificuldade para eliminação 4. () Outros: _____
 40. Frequência de evacuações/dia: _____
 41. Tipo habitual de fezes:
 1. () Normal 3. () Diarréicas
 2. () Pastosa 4. () Endurecida
 42. Desconforto ao defecar:
 1. () Nenhuma 4. () Sangramento
 2. () Dificuldade 5. () Outros: _____
 3. () Cólica

5) DOMÍNIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO

43. Realiza alguma atividade física? 1. () Sim 2. () Não Qual: _____
 44. Horas de sono/dia: _____
 45. Horário de sono:
 1. () Noturno 2. () Diurno 3. () Noturno/Diurno
 46. Tipo de sono:
 1. () Ininterrupto 4. () Acorda descansado
 2. () Interrompido 5. () Demora para dormir
 3. () Agitado 6. () Outros: _____
 47. Limitações para realizar atividades físicas diárias:
 1. () Subir escada 4. () Lavar roupa
 2. () Andar 5. () Tomar banho
 3. () Cuidar de casa 6. () Outros: _____
 48. Limitação física durante a atividade:
 1. () Cansaço 3. () Tontura
 2. () Falta de ar 4. () Outros: _____
 49. Atividade de lazer:
 1. () Viajar 3. () Conversar
 2. () Passear 4. () Outros: _____
 50. Atividade que gostaria de fazer e não pode:
 1. () Sim Qual: _____
 2. () Não _____

6) DOMÍNIO 5: PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

51. Dificuldade para aprender coisas novas:
 1. () Sim
 2. () Não
 Justifique: _____

 52. Considera importante aprender sobre:
 1. () Sua doença 3. () Seu tratamento
 2. () Autocuidado 4. () Outros: _____

68. A doença afetou:

1. () Sua família

2. () Seu lazer

3. () Suas finanças

4. () Outros: _____

69. Capacidade de decidir sozinho sobre:

1. () Forma de passar o dia

2. () Fazer compras

3. () Receber pagamentos

4. () Fazer pagamentos

5. () Ir as consultas

6. () Outros: _____

9) DOMÍNIO 8: SEXUALIDADE

70. Padrão sexual alterado em função do transplante:

1. () Sim

2. () Não

Justifique: _____

71. Disfunção sexual alterado em função do transplante:

1. () Sim

2. () Não

Justifique: _____

10) DOMÍNIO 9: ENFRENTAMENTO/ TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

72. Mudança recente na vida (últimos 2 anos):

1. () Sim

2. () Não

Justifique: _____

73. Reações a mudança:

1. () Alegria

2. () Tristeza

3. () Preocupação

4. () Outros

74. Sentimentos que apresenta com freqüência:

1. () Medo

2. () Ansiedade

3. () Tristeza

4. () Raiva

5. () Depressão

6. () Alegria

7. () Segurança

8. () Outros: _____

11) DOMÍNIO 10: PRINCÍPIOS DE VIDA

75. Sentimentos de fé:

1. () Sim

2. () Não

Justifique: _____

76. Contribuição da fé religiosa no enfrentamento dos problemas da vida diária _____

12) DOMÍNIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO

77. Higiene:

1. () Higiene corporal adequada

2. () Higiene oral adequada

3. () Higiene corporal deficitária

4. () Higiene oral deficitária

78. Dificuldade para andar:

1. () Sim

2. () Não

Justifique: _____

79. Quedas anteriores:

1. () Sim Justifique: _____

2. () Não _____

80. Tonturas/ vertigem ao mudar de posição:

1. () Sim

2. () Não

81. Apoio ao andar:

1. () Sim

2. () Não

82. Tem em casa:

1. () Tapete

4. () Ambiente pouco iluminado

2. () Piso escorregado

5. () Outros: _____

3. () Banheiro fora de casa

13) DOMÍNIO 12: CONFORTO

83. Desconforto/ dor:

1. () Nenhum

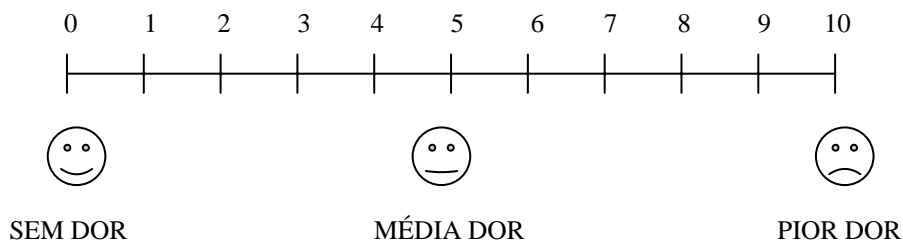
2. () Aguda

3. () Crônica

84. Há quanto tempo: _____

Intensidade da dor: Escala Visual Numérica: _____

Escala de Intensidade da Dor



APÊNDICE 3 – ROTEIRO DO EXAME FÍSICO

1. Prega cutânea do tríceps: _____ mm/ _____ mm
2. Prega cutânea do abdome: _____ mm/ _____ mm
3. Prega cutânea escapular: _____ mm/ _____ mm
4. Circunferência do braço: _____ cm/ _____ cm
5. Circunferência do abdome: _____ cm/ _____ cm
6. Circunferência do quadril: _____ cm/ _____ cm
7. Peso: _____ Kg/ _____ Kg
8. Altura: _____ cm/ _____ cm
9. IMC: _____ Kg/m²

$$\text{Cálculo: } \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2} =$$

Valor do IMC	Classificação	Classificação do Paciente
18,5 – 25 Kg/m ²	Normal	
25 - 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso	
30 - 34,9 Kg/m ²	Obesidade Grau I	
35 - 39,9 Kg/m ²	Obesidade Grau II	
> 40 Kg/m ²	Obesidade Grau III	

10. Pressão arterial: _____ mmHg / _____ mmHg
11. Pulso: _____ bat/min / _____ bat/min
12. Respiração: _____ rpm / _____ rpm
13. T: _____ °C / _____ °C
14. Tipo morfológico:
 1. () Brevilíneo
 2. () Normolíneo
 3. () Longilíneo
15. Nível de consciência:
 1. () Consciente
 2. () Inconsciente
 3. () Orientado
 4. () desorientado
16. Movimentação:
 1. () Deambula
 2. () Claudica
 3. () Deambula com ajuda
 4. () Não deambula
17. Pele/tecido:
 1. () Sem alteração
 2. () Palidez
 3. () Cianose
 4. () Icterícia
 5. () Anasarca
 6. Outros: _____
18. Crânio:
 1. () Normal
 2. () Lesões no couro cabeludo
 3. () Cefaléia
19. Olhos:
 1. () Acuidade visual normal
 2. () Acuidade visual diminuída
 3. () Uso de lentes de contato ou óculos
 4. () Outros: _____
20. Ouvidos:
 1. () Acuidade auditiva normal
 2. () Acuidade auditiva diminuída
 3. () Uso de prótese auditiva
 4. () Outros: _____
- 21 Nariz:
 1. () Normal
 2. () Coriza
 3. () Epistaxe
 4. () Outros: _____
22. Boca
 1. () Normal
 2. () Prótese
 3. () Falhas dentárias
 4. () Outros: _____
23. Pescoço:
 1. () Normal
 2. () Tireóide aumentada
 3. () Presença de linfonodos
 4. () Outros: _____
24. Tórax:
 1. () Sem alterações anatômicas
 2. () Com alterações anatômicas
 3. () Expansão torácica normal
 4. () Expansão torácica diminuída

25. Mamas:

1. () Sem alterações

2. () Simétricas

3. () Presença de nódulos palpáveis

4. () Outros: _____

26. Ausculta pulmonar:

1. () Normal

2. () Murmúrios vesiculares diminuídos

4. () Estertores

5. () Sibilos

3. () Roncos

27. Coração:

1. () Ritmo normal

2. () Taquicardia

4. () Presença de sopro

5. () Outros: _____

3. () Bradicardia

28. Abdome:

1. () Indolor

2. () Plano

5. () Resistente à palpação

3. () Globoso

6. () Presença de ruídos hidroaéreos

4. () Flácido à palpação

7. () Ausência de ruídos hidroaéreos

8. () Outros: _____

29. Geniturinário:

1. () Normal

2. () Micção espontânea

3. () Lesões nos órgãos genitais

4. () Outros: _____

30. Membros superiores e inferiores:

1. () Sensibilidade e força motora preservada em todas as extremidades

2. () Paresia

3. () Plegia

4. () Edema

5. () Outros: _____

Exames Laboratoriais

	Valores encontrados	Valores de referência
26. Uréia		10-50mg/dl
27. Creatinina		0,4-1,3 mg/dl
28. Sódio		135-147 mEq/l
29. Cálcio		1,0-1,3 mEq/dl
30. Potássio		3,5-5,5 mEq/l
31. Hemoglobina		Homens: 13,5 a 18,0 g/dl Mulheres: 11,5 a 16,4 g/dl
32. Hematócrito		Homens: 40,0 a 54,0 % Mulheres: 36,0 a 47,0 %
33. Leucócitos		Adulto: 4.000 a 10.000/ul
34. Plaquetas		130.000 a 400.000/ul (130 – 400x 10e/ul)
35. Glicose		70-110mg/dl

APÊNDICE 4 – MEDIDAS E AVALIAÇÕES FÍSICAS PARA ELABORAÇÃO DO EXAME FÍSICO

1. Pressão arterial: obtida por meio do aparelho esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio. A medida da pressão arterial foi realizada conforme preconiza a IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2004):
 - Certificamos se o paciente não estava com a bexiga cheia, praticado exercícios físicos, ingerido bebida alcoólica, alimentos ou fumado até 30 minutos antes. Pernas descruzadas e braços na altura do coração;
 - Deixamos o paciente descansar 5 a 10 minutos;
 - Usamos manguito de tamanho adequado (bolsa de borracha com largura = 40% e comprimento = 80% da circunferência do braço);
 - Palpamos o pulso radial e insuflamos até seu desaparecimento para estimar a Sistólica;
 - Posicionamos a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;
 - Inflamos rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Desinflamos lentamente;
 - Determinamos a sistólica no aparecimento dos sons e a diastólica no desaparecimento dos sons. Os valores não foram arredondados.
2. Temperatura: o valor da temperatura foi obtido através de termômetro de vidro com coluna de mercúrio, colocado no centro da axila, sendo solicitado ao paciente que abaixasse o braço sobre o termômetro e permanecesse nessa posição durante 5 minutos;
1. Freqüência respiratória: contada com o paciente na posição supina, colocamos a mão diretamente no abdome do paciente e contamos o número de respirações durante 1 minuto;
2. Pulso arterial: verificado com o paciente deitado ou sentado com o braço ao longo do tórax com o punho levemente flexionado e a palma voltada para baixo. Colocamos as polpas digitais do indicador e médio sobre o pulso; junto ao lado radial, comprimimos suavemente contra o rádio para que o pulso tornasse palpável. Após o pulso ser sentido, iniciamos sua contagem durante um minuto;
3. Peso: obtido através do uso de uma balança antropométrica manual de adulto da marca *Filizola*, presente na instituição na qual o estudo foi realizado. A balança sempre foi aferida antes da medida;

4. Acuidade visual: é mantida pelos movimentos oculares reflexos ou voluntários, coordenados pelos nervos oculomotores. Testamos cada olho separadamente, ocluindo um de cada vez, sem pressioná-los;
5. Acuidade auditiva: feitas perguntas ao cliente e observamos suas respostas. Verificamos também a resposta do cliente à voz sussurrada.;
6. Intensidade da dor: avaliada através da Escala Numérica Visual (ENV), criada pela própria autora através de adaptação da escala presente nas recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em terapia intensiva (AMIB, 1999). O paciente foi orientado quanto ao uso da escala, explicamos que a mesma encontra-se graduada de zero a dez, sendo o zero indicativo de ausência de dor, e o dez indicativo da pior dor imaginável. A escala está presente no roteiro de entrevista (Apêndice 2).

Os valores dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca) considerados variações normais para adultos foram: Temperatura axilar: 36,5°C; Pulso: 60 a 100 batimentos/minuto; Respiração: 12 a 20 respirações/minutos (POTTER; PERRY, 1999). A pressão arterial foi considerada segundo os valores estabelecidos no quadro 2.

QUADRO 2- Classificação da Pressão arterial (>18 anos)

CLASSIFICAÇÃO	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estagio 1 (leve)	140-159	90-99
Hipertensão Estagio 2 (moderado)	160-179	100-109
Hipertensão Estagio 3 (grave)	>180	>110

Fonte: IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Cardiol., vol. 82 (suplemento IV), 2004.