



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

## Nursing diagnostics in patients hospitalized in a high complexity postoperative unit

Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados em uma unidade de pós operatório de alta complexidade

Diagnósticos de enfermería en pacientes internados en una unidad de Post operatorio de alta complejidad

Aglauvanir Soares Barbosa<sup>1</sup>, Rita Mônica Borges Studart<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** to identify nursing diagnoses in adult patients hospitalized in a complex postoperative unit. **Methodology:** descriptive exploratory study, with a quantitative approach. Performed in a postoperative unit of high complexity in transplants, of a public hospital tertiary, of the Municipality of Fortaleza. The population was constituted by medical records of patients hospitalized at the unit, from March to April 2016, and the sample consisted of 51 medical records. As inclusion criteria, the following parameters were established: being hospitalized for at least 24 hours. **Results:** sixty-one diagnoses were identified among the 167 standardized by NANDA International. Of these, 24 diagnoses with the highest prevalence were selected. Domain 11 was the most prevalent in the study, with eight nursing diagnoses, of which four had a 100% frequency: perioperative positioning risk, risk of infection, risk of falls and risk of delayed surgical recovery. **Conclusion:** the study brought the main nursing diagnoses that are representative of nursing care to patients assisted in a highly complex postoperative unit and the knowledge about these, it brings important contributions to the nursing knowledge and documentation of professional practice

**Descriptors:** Nursing diagnosis. Intensive care units. Nursing care.

### RESUMO

**Objetivo:** identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes adultos, internados em uma unidade de pós-operatório complexa. **Metodologia:** estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa. Realizado em uma unidade pós-operatória de alta complexidade em transplantes, de um Hospital Público Terciário, do Município de Fortaleza. A população foi constituída pelos prontuários dos pacientes internados na unidade, no período de março a abril de 2016, sendo a amostra constituída por 51 prontuários. Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes parâmetros: estar internado na unidade há pelo menos 24 horas. **Resultados:** Foram identificados 61 diagnósticos dentre os 167 padronizados pela NANDA Internacional e destes, foram selecionados 24 diagnósticos que apresentaram maior prevalência. O domínio 11 foi o mais predominante no estudo, com oito diagnósticos de enfermagem, destacando-se quatro deles com 100% de frequência: risco de lesão por posicionamento perioperatório, risco de infecção, risco de quedas e risco de recuperação cirúrgica retardada. **Conclusão:** o estudo trouxe os principais diagnósticos de enfermagem que são representativos da assistência de enfermagem a pacientes assistidos em uma unidade pós-operatória de alta complexidade e o conhecimento acerca destes, traz importantes contribuições para o conhecimento da enfermagem e para a documentação da prática profissional.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados de Enfermagem.

### RESUMÉN

**Objetivo:** identificar los diagnósticos de enfermería en pacientes adultos, internados en una unidad de post-operatorio compleja. **Metodología:** estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cuantitativo. Realizado en una unidad postoperatoria de alta complejidad en trasplantes, de un Hospital Público Terciario, del Municipio de Fortaleza. La población fue constituída por los prontuarios de los pacientes internados en la unidad, en el período de marzo a abril de 2016, siendo la muestra constituída por 51 prontuarios. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes parámetros: estar internado en la unidad por lo menos 24 horas. **Resultados:** se identificaron 61 diagnósticos entre los 167 estandarizados por la NANDA Internacional y de éstos, fueron seleccionados 24 diagnósticos que presentaron mayor prevalencia. El dominio 11 fue el más predominante en el estudio, con ocho diagnósticos de enfermería, destacándose cuatro de ellos con 100% de frecuencia: riesgo de lesión por posicionamiento perioperatorio, riesgo de infección, riesgo de caídas y riesgo de recuperación quirúrgica retardada. **Conclusión:** el estudio trajo los principales diagnósticos de enfermería que son representativos de la asistencia de enfermería a pacientes asistidos en una unidad postoperatoria de alta complejidad y el conocimiento acerca de éstos, aporta importantes contribuciones para el conocimiento de la enfermería y para la documentación de la práctica profesional.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva. Atención de Enfermería.

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. Monitora da Disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Universidade de Fortaleza. Email: glauasb1@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente é enfermeira assistencial da Unidade Pós Operatória de Alta Complexidade de Transplantes de Rim, Fígado e Pâncreas. Professora da Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Especialização em Terapia Intensiva da Universidade de Fortaleza e do Curso de Especialização em Nefrologia da Universidade Estadual do Ceará. Professora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE)/UNIFOR. Participa do Diretório de Grupos de Pesquisa CNPq. Email: monicastud@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O paciente internado em uma unidade pós-operatória de alta complexidade para transplantes (UPAC), apresenta diversas alterações hemodinâmicas que podem interferir em seu quadro clínico e promover uma piora de gravidade, dificultando assim a sua recuperação.

A UPAC difere da sala de recuperação eletiva por muitas variáveis, especialmente pela permanência e gravidade dos pacientes ali admitidos. O enfermeiro deve adequar seu plano de cuidados às necessidades desses pacientes, identificando os diagnósticos de enfermagem (DE), por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois presta um cuidado contínuo visando à recuperação e a reabilitação de pacientes com graves problemas de saúde.

Para que o enfermeiro possa realizar uma conduta adequada a esses pacientes, deve exercer uma vigilância rigorosa, necessitando de conhecimento, para aplicação de um raciocínio crítico e preparo para uma assistência adequada às necessidades de cada paciente, o que se torna possível mediante a implementação do processo de enfermagem (PE).

Implementada em 2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tornou-se obrigatória por meio da Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, e é entendida como a realização de métodos e estratégias de trabalho para organizar a assistência do cuidado nas situações de saúde/doença, embasando assim a assistência de Enfermagem<sup>(1)</sup>.

O diagnóstico de enfermagem trata-se de uma atividade onde os enfermeiros, têm qualificação legal para tratar e responsabilizar-se. Competindo a eles, a responsabilidade de diagnosticar as respostas humanas relacionadas à saúde ou às atividades cotidianas. A partir do conhecimento dos problemas, o enfermeiro poderá prever as complicações e agir na sua prevenção ou no seu controle, se não for possível evitá-las<sup>(2)</sup>.

Para se garantir a continuidade e manutenção da assistência prestada, os registros dos dados clínicos representam o principal veículo de comunicação multiprofissional. Onde as informações devem ser expostas de forma clara, completa e simples, onde todos os membros da equipe de saúde possam entender seu contexto e o significado dos cuidados prestados por todos os profissionais envolvidos no cuidado a cada paciente<sup>(3)</sup>.

O processo de enfermagem possibilita o planejamento dos cuidados, sendo particularmente o diagnóstico de enfermagem, um dos pontos principais para resultados e intervenções adequadas a cada paciente. Por meio do exame físico, o enfermeiro investiga sinais e sintomas apresentados por cada paciente e planeja os cuidados e resultados esperados com base nos sinais apresentados para proporcionar a melhora de saúde do paciente<sup>(4)</sup>.

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou processos vitais<sup>(5)</sup>.

O processo de enfermagem é o meio do qual a equipe de enfermagem presta a assistência de forma sistematizada, pautada em princípios científicos. Os benefícios gerados pela sua efetivação são reconhecidos não apenas pela literatura pertinente à temática, mas também pelos profissionais que estão diretamente vinculados à prática assistencial<sup>(6)</sup>.

A relevância do estudo está associada a uma melhora do quadro clínico do paciente, diminuindo assim os dias de internação e a sua angústia. Cabe destacar que não somente a equipe de enfermagem está envolvida nesse processo, mas também a instituição, que pode se satisfazer com as vantagens da implementação dos Diagnósticos de Enfermagem na UPAC visto que, contribuirá para a recuperação/reabilitação do paciente, implicando redução de custos, menos dias de internação e melhoria do cuidado.

Acredita-se que o levantamento desses diagnósticos possibilitará o planejamento de uma assistência voltada às necessidades afetadas do paciente, assim como enfocando a fisiopatologia da doença e, então, embasando o cuidado prestado.

Diante do exposto acima, o presente estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes adultos, internados em uma unidade de pós-operatório complexa.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido numa unidade de pós-operatório complexa de um hospital público, em Fortaleza - CE.

O estudo descritivo tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados<sup>(7)</sup>. A pesquisa documental é restrita a documentos escritos, constituindo o que se denomina de fontes primárias<sup>(8)</sup>.

A população foi constituída pelos prontuários dos pacientes internados na unidade, no período de março a abril de 2016, sendo a amostra constituída por 51 prontuários.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes parâmetros: estar internado na unidade há pelo menos 24 horas. Os critérios de exclusão englobaram: pacientes com instabilidade hemodinâmica, com prognósticos reservados, os que forem transferidos para a unidade de internação.

Os resultados foram organizados e estruturado no Microsoft Excel, analisados com base na estatística descritiva, enfocando a frequência absoluta e relativa e, posteriormente exposto em tabelas e gráficos.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que determina normas e procedimentos para pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e recebeu aprovação com parecer de número: 846.563.

## RESULTADOS

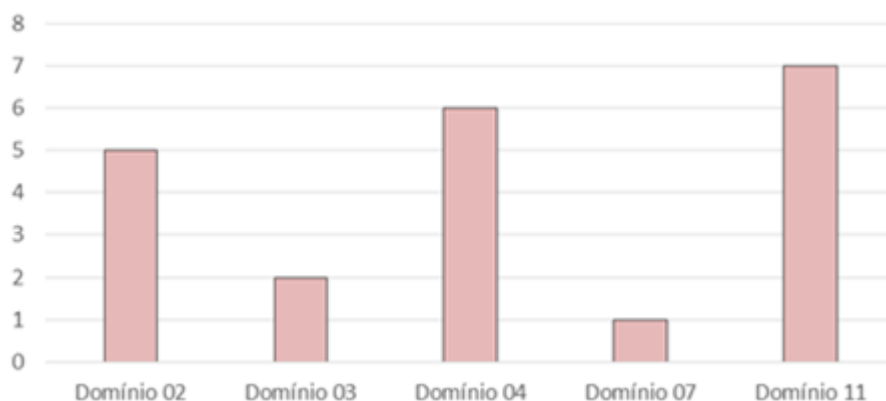
Os diagnósticos médicos mais frequentes foram pós-operatório imediato (POI) de transplante renal 39 pacientes (76,5%). O diagnóstico de POI por transplante hepático representou um total de 05 pacientes (9,8%), POI de nefrectomia com 7 pacientes (13,7%) cada um.

A realização da etapa do histórico de enfermagem, como fase da coleta dos dados, possibilitou a identificação de 61 diagnósticos dentre os 167 padronizados pela NANDA Internacional.

Destes 61, foram selecionados os que apresentaram maior percentual. Dessa forma, foram selecionados 24 Diagnósticos de Enfermagem, os quais foram distribuídos de acordo com os domínios correspondentes.

Foram identificados 24 Diagnóstico de Enfermagem mais prevalente, os quais foram expostos quanto à classificação geral dentro dos domínios e posteriormente enfatizados os diagnósticos por domínio de forma separada. O gráfico 1 enfatiza os diagnósticos de enfermagem classificados por domínios.

Gráfico 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os domínios NANDA. Fortaleza (CE), 2017.



Cinco domínios prevaleceram, o domínio 11, que corresponde a segurança/proteção, com 7 diagnósticos, seguido do domínio 4, atividade/repouso, representado por 6 diagnósticos, na sequência veio o domínio 2, nutrição, com 5 diagnósticos. O domínio 7, papéis e relacionamentos,

com 3 diagnósticos e por fim, o domínio 3, eliminação/troca, com 2 diagnósticos.

Os domínios serão explorados de forma separada, enfatizando os diagnósticos de enfermagem identificados. Serão expostos apenas os títulos dos diagnósticos de enfermagem nas tabelas. A tabela 1 enfoca os diagnósticos de enfermagem inseridos no domínio 11.

Tabela 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 11- segurança/proteção. Fortaleza (CE), 2017.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Risco de lesão por posicionamento perioperatório	46	90,2
Risco de Infecção	51	100
Risco de Quedas	51	100
Risco de Aspiração	45	88,2
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	44	86,3
Integridade da pele prejudicada	49	96,1
Integridade tissular prejudicada	18	35,3
Risco de recuperação cirúrgica retardada	51	100

O domínio 11 foi o mais predominante no estudo, com oito diagnósticos de enfermagem, destacando-se quatro deles com 100% de frequência: risco de lesão por posicionamento perioperatório, risco de infecção, risco de quedas e risco de recuperação cirúrgica retardada. Foram identificados, também, os diagnósticos de enfermagem risco de aspiração, com 88,2% de frequência; desobstrução ineficaz das vias aéreas, com 86,3% de frequência; integridade da pele prejudicada, com 96,1% de frequência; e por fim, integridade tissular prejudicada, com 35,3% de frequência.

A seguir destaca-se a tabela 2, a qual ilustra os diagnósticos de enfermagem identificados no estudo, inseridos no domínio 4, atividade e repouso.

O domínio 4, foi o segundo mais presente no estudo, apresentando seis diagnósticos de enfermagem, destacando-se dois deles com 100% de frequência: deambulação prejudicada e déficit no autocuidado. Foram identificados, também, os diagnósticos de enfermagem padrão respiratório ineficaz, com 92,2% de frequência; débito cardíaco diminuído, com 88,2% de frequência; mobilidade no leito prejudicada, com 82,4% de frequência; e por fim, ventilação espontânea prejudicada, com 78,4% de frequência.

Na sequência, destaca-se a tabela 3, a qual ilustra os diagnósticos de enfermagem identificados no estudo, inseridos no domínio 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 4 - atividade/repouso. Fortaleza (CE), 2017.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Deambulação Prejudicada	51	100
Déficit no autocuidado	51	100
Padrão respiratório ineficaz	47	92,2
Débito cardíaco diminuído	45	88,2
Mobilidade no leito prejudicada	42	82,4
Ventilação espontânea prejudicada	40	78,4

**Tabela 3** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 2- nutrição. Fortaleza (CE), 2017.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Risco de glicemia instável	50	98,0
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	46	90,2
Deglutição prejudicada	42	82,4
Volume de líquidos excessivo	17	33,3
Volume de líquidos deficiente	14	27,5

O domínio 2, apresentou cinco diagnósticos de enfermagem, destacando-se risco de glicemia instável com 100% de frequência. Foram identificados, também, os diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, com 90,2% de frequência; deglutição prejudicada, com 82,4% de frequência; volume de líquidos excessivo, com 33,3% de frequência; e por fim, volume de líquidos deficiente, com 27,5% de frequência.

O domínio 7, apresentou três diagnósticos de enfermagem, processos familiares interrompidos e tensão no papel do cuidador, ambos com uma frequência de 100%, e conflito no papel de pai/mãe, com 90,2% de frequência. O domínio 3, eliminação e troca, apresentou dois diagnósticos de enfermagem, troca de gases prejudicada, com 92,2% de frequência e, risco de constipação com 86,3%.

## DISCUSSÃO

A relação entre os diagnósticos de enfermagem selecionados e a UPAC mostrou que, diagnósticos, como o de risco de infecção, que esteve presente em 100% dos casos, representando a necessidade de um cuidado minucioso em relação à assistência prestada a esse paciente transplantado, que se encontra imunossuprimido, debilitado e nos primeiros dias de pós-operatório, de uma cirurgia complexa, onde nesse caso, uma infecção, representaria um risco maior para sua saúde e aumentaria os riscos de complicações da estabilização hemodinâmica do mesmo, seus dias de internação hospitalar também aumentaria, o que possibilitaria o aparecimento de lesão de pele, pelo tempo acamado, deitado, circulação comprometida, levando também ao risco de lesão de pele.

(2) O domínio 11, segurança/proteção, foi o que mais prevaleceu; este domínio significa estar livre de perigos, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança ou ausência de perigos<sup>(5)</sup>. Porém, outro fator, que deve ser levado em consideração para a alta prevalência do diagnóstico de enfermagem segurança

e proteção do domínio 11, configura um risco a sua ocorrência em pacientes submetidos a um transplante de órgão, onde um diagnóstico de risco, poderá agravar o quadro de saúde do paciente. No entanto, as ocorrências desses diagnósticos refletem um contexto amplo, incluindo, o cenário Peri operatório, a assistência prestada pela UPAC e o tipo de clientela atendida.

(4) O diagnóstico risco de quedas é definido com a suscetibilidade aumentada para quedas, podendo causar danos físicos. Sendo um diagnóstico que ocorreu em 100% dos pacientes, visto que todos apresentavam mobilidade física prejudicada pela restrição ao leito. Além do mais apresentavam ainda, estado de saúde debilitada, consistindo em fator de risco para esse diagnóstico<sup>(5)</sup>. Esse diagnóstico que poderá ocorrer devido diversos fatores como: estado cognitivo e psicológicos do paciente, bem como fatores ambientais, e dentro de uma UPAC, o fator ambiental pode ser prevenido, através da implementação de estratégias simples pela equipe de enfermagem, como o uso de grades de proteção do leito, pois uma queda num paciente operado representa um risco elevado de complicação cirúrgica, o que elevaria os dias de internação e agravamento do quadro dessa clientela.

Percebeu-se, com esses diagnósticos de segurança e proteção dentro da UPAC, a necessidade de implementar ações para prevenir a ocorrência dos riscos durante a internação, a fim de diminuir os agravos na saúde e os dias de internação hospitalar.

Estudos similares podem vir a ser aplicados em diversas áreas da saúde e com uma população maior, para validação de resultados, o que ocasionará uma expansão do conhecimento de enfermagem cirúrgica e sua ligação com o processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem, como os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem vinculados e interligados a cada situação e paciente em atendimento dentro de uma unidade de pós-operatório cirúrgico.

(6) O domínio 7, papéis e relacionamentos, refere-se a conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os

meios pelos quais essas conexões são demonstradas<sup>(5)</sup>. Diagnósticos como tensão no papel do cuidador e processos familiares interrompidos, que teve uma prevalência de 100% nos dados analisados, reflete bem o perfil do paciente transplantado, que vem geralmente, de um longo período de sofrimento, debilidade, adoecimento, perda de função laboral pela gravidade da doença e período de espera por transplante, é nessa época que aumenta a possibilidade de divórcios, mudanças no papel do cuidador, onde um pai, passa a não ter condições de saúde para trabalhar e prover o sustento de sua família.

Um diagnóstico dentro do domínio, papéis e relacionamento, num paciente transplantado, aumenta a possibilidade de uma autoestima diminuída, o medo de um futuro após o transplante, como retomar a sua vida, após tantas modificações, medo, sofrimento, decepção e desilusão.

(7) A hospitalização de um familiar em uma UPAC, geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família alterando todo o seu cotidiano. A situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, muitos vêm de cidades distantes e ficam longos períodos longe de casa, os problemas financeiros e o medo da perda da pessoa amada e de sua família<sup>(11)</sup>.

(8) O apoio emocional do paciente e da família ao receber uma preparação adequada e educação em todo o processo, permitirá melhoras nos resultados do transplante, aumentando a sobrevivência do paciente e do enxerto, qualidade de vida pós-transplante, sua reintegração mais cedo na sociedade, trabalho e escola<sup>(12)</sup>.

(9) A humanização dos profissionais, dentro do ambiente hospitalar, é uma forma importante de resgatar e fortalecer o comportamento ético, além de articular o cuidado centrado no paciente, que congrega a necessidade de acolher ocorrências imprevisíveis, incontroláveis, e que de alguma maneira não são corriqueiras e simples<sup>(13)</sup>.

(10) A mobilidade diminuída, a ingestão oral diminuída e os analgésicos opioides contribuem para a dificuldade em realizar uma eliminação intestinal. Além disso, a irritação e o trauma do intestino durante a cirurgia podem inibir o movimento intestinal por vários dias<sup>(14)</sup>. NA UPAC, pela característica dos pacientes e quadro clínico, isso se agrava, pela instabilidade hemodinâmica, ingestão alimentar insuficiente, mobilidade diminuída, muito tempo parado e deitado, além das inúmeras medicações e estado emocional dos mesmos.

(11) Os pacientes apresentam mobilidade diminuída, pois se encontram em monitorização rigorosa e tratamento complexo. Dependendo da instabilidade hemodinâmica, recomenda-se restrição absoluta, com monitorização multiparamétrica, fato esse que impede a deambulação e causa restrição ao leito. Nos primeiros dias de cirurgia, os pacientes dentro da UPAC, que apresentam uma boa evolução, e não se encontram restritos ao leito, muitos ainda fazem uso de drenos de tórax, cateteres e muitas bombas de infusão, para controle de medicações, onde o uso desses dispositivos dificulta a

deambulação e muitas vezes o próprio paciente evita levantar, sentar e caminhar por medo de atrapalhar no uso dos mesmos.

(12) O domínio 2, nutrição, refere-se a atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação dos tecidos e produção de energia<sup>(5)</sup>. O diagnóstico de nutrição representa uma forma de avaliar a melhora do paciente, onde o ganho nutricional e uma melhora no padrão alimentar da clientela de uma UPAC reflete o sucesso no transplante, a “pega do órgão”, é um sinal de que o procedimento foi bem-sucedido e o paciente evolui bem do pós-operatório.

(13) Nestes pacientes o déficit no autocuidado para banho/higiene é evidente e foi estabelecido para todos aqueles cujos prontuários foram analisados. As ações de enfermagem relacionadas ao banho no leito, higiene íntima e vestir-se são essenciais e se referem às necessidades humanas de pacientes que estão em repouso absoluto, ou cuja mobilidade e locomoção estejam afetadas característica dos pacientes internados na UPAC.

(14) Ao fazer uso dos diagnósticos de enfermagem, desenvolve-se uma estratégia de cuidados integrada dentro do plano de cuidados de saúde, centrado no paciente, definindo objetivos para identificar as necessidades de cuidados de saúde, prescrevendo intervenções de enfermagem e, implementando os cuidados de enfermagem para cada paciente<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÃO

Através do reconhecimento do perfil clínico dos pacientes e do reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes dentro de uma UPAC, é possível implementar as demais fases do processo de cuidados, de acordo com a linguagem da taxonomia da NANDA internacional, com vistas à implementação das intervenções voltadas aos resultados esperados, mantendo uma trajetória de construção de práticas baseadas em evidências.

Ao final desse estudo percebeu-se que os diagnósticos mais comumente encontrados na UPAC, são representativos da assistência de enfermagem, sendo diagnósticos comuns a várias áreas do cuidado, e dentro de uma unidade de pós-operatório, que se assemelha a uma unidade de terapia intensiva, com pacientes instáveis hemodinamicamente, os diagnósticos encontrados, muitas vezes, podem ser preveníveis, com estratégias de cuidado e uma assistência de enfermagem de qualidade pautada no conhecimento e no comprometimento profissional.

Numa UPAC, com pacientes que apresentam um quadro delicado e frágil, por isso a necessidade de uma assistência dentro de uma unidade de alta complexidade e o conhecimento acerca destes, o risco de complicações, e o quadro de cada paciente, pela equipe, ao fazer uso do processo de enfermagem, com a introdução da classificação diagnóstica da NANDA-Internacional à realidade da unidade, traz importantes contribuições para o crescimento da enfermagem e para a documentação da prática profissional, como também nos mostra a qualidade do serviço prestado pelo hospital, ao nos

mostrar um serviço público organizado, que funciona, e no caso do transplante, a melhoria nos procedimentos, pela competência e habilidades da equipe, uso de tecnologias na UPAC e um hospital preparado para tal procedimento, ajudam a tornar o Estado do Ceará numa referência nacional sobre transplantes de órgãos em nosso País.

## REFERÊNCIA

1. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 358, de 23 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

2. Barros LM, Moreira RA, Frota NM, Caetano JA. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Aquichan*. 2015; 15 (2): 200-209. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.4

3. Dallé J, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2012 [cited 2017 mar 10]; 25(4):504-10. Available From: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/04.pdf>

4. Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA, Nobreg MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Reuol* [internet]. 2016. [cited 2017 mar 11]; 10(12):4517-23. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9983/pdf\\_1819](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9983/pdf_1819)

5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

6. Manguiera SO et al. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm em FOCO* [internet]. 2012. [cited 2017 mar 10]; 3(3): 135-138. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298/0>

7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

9. Novais ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2015 [cited 2017 mar 11]; 28(1):26-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>

10. Almeida DV, Oliveira KF, Oliveira JF, Pires NL, Filgueira VSA. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. *Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa São Paulo* [internet]. 2013 [cited 2017 mar 11]; 58:64-9. Available from: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2013/58\\_2/03-AO52.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2013/58_2/03-AO52.pdf)

11. Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [internet]. 2008 [cited 2017 mar 11]; 20(4):370-375. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400009)

12. Herzog, CO. Educación al paciente y la familia em um programa de transplante, experiencia em CLC. *Ver med clin Condes, Santiago - Chile* [internet] 2010 [cited 2017 jul 19] 21(2):293-299. Available from: [http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED\\_21\\_2/20\\_Educaciona%20al%20paciente\\_Herzog.pdf](http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_21_2/20_Educaciona%20al%20paciente_Herzog.pdf)

13. Penia MNM, Oselame GB. The hospital care humanization: integrative review. *Rev Enferm UFPI Teresina* [internet]. 2015 Oct-Dec;4(4):94-99

14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

15. Jarrin O. Core elements of U.S. Nurse practice acts and incorporation of nursing diagnosis language. *International Journal of Nursing terminologies & Classifications* [serial online]. October 2010; 21(4):166-176. Available from: *acadmic search elite, Ipswich, MA*. Accessed July 19, 2017.

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Date of first submission:** 2017/04/06

**Accepted:** 2017/07/10

**Publishing:** 2017/01/09

### Corresponding Address

Aglauvanir Soares Barbosa  
Endereço: Universidade de Fortaleza.  
Av. Washington Soares, 1321 - Edson Queiroz,  
Fortaleza - CE, 60811-905  
Email: [glauasb1@gmail.com](mailto:glauasb1@gmail.com)