

Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica

Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease
Subconjunto de conceptos diagnósticos de la CIPE® para pacientes con enfermedad renal crónica

Silvia Maria de Sá Basílio Lins^I, Fátima Helena do Espírito Santo^{II},
Patrícia dos Santos Claro Fuly^{II}, Telma Ribeiro Garcia^{III}

^I Universidade Federal Fluminense, Hospital Universitário Antonio Pedro. Niterói-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Niterói-RJ, Brasil.

^{III} Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria,
Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa-PB, Brasil.

Submissão: 06-09-2012 Aprovação: 21-03-2013

RESUMO

Estudo descritivo, que teve como objetivos propor um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença, elaborando-os segundo as orientações da CIPE® e organizando-os de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; e validar o subconjunto de diagnósticos de enfermagem proposto, submetendo-os a especialistas para julgamento de sua pertinência a pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença. Elaborou-se, no total, um subconjunto de 77 diagnósticos de enfermagem, dentre os quais 70 (90%) apresentaram um Índice de Concordância ≥ 0.80 entre os juízes, sendo validados. O subconjunto de diagnósticos de enfermagem resultante do estudo é bastante abrangente, acreditando-se em seu potencial para subsidiar uma assistência de enfermagem mais integral ao paciente renal crônico.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Taxonomia; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

This is a descriptive study, which aimed to propose a subset of nursing diagnoses for chronic renal failure patients in stage five of the disease, developing them according to the guidelines of the ICNP® and arranging them according to the concepts of Wanda de Aguiar Horta's Theory of Basic Human Needs; and validate the subset of nursing diagnoses proposed, subjecting them to experts for judging its relevance to chronic renal failure patients in stage five of the disease. It was drawn up, in total, a subset of 77 nursing diagnoses, among which 70 (90%) had a Concordance Index ≥ 0.80 among judges, being validated. The subset of nursing diagnoses resulting from the study is quite comprehensive, and one believe in its potential to subsidize a more comprehensive nursing care to the chronic renal patient.

Key words: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Classification; Renal Insufficiency, Chronic.

RESUMEN

Estudio descriptivo que tuvo como objetivos proponer un subconjunto de diagnósticos de enfermería para pacientes renal crónicos, en el estadio cinco de la enfermedad, elaborados según las orientaciones de la CIPE® y ordenados de acuerdo a la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; y validar el subconjunto de diagnósticos propuesto, sometiendo-os a evaluación de un grupo de expertos que jugaran su pertinencia a los pacientes renal crónicos, en el estadio cinco de la enfermedad. Fueran elaborados, en el total, 76 diagnósticos de enfermería, de entre los cuales 70 (90%) presentaron un índice de concordancia $\geq 0,8$ entre los expertos, siendo validados. El subconjunto de diagnósticos de enfermería resultado de este estudio es bastante amplio, creyendo-se en su potencial para subsidiar una asistencia de enfermería mas integral al paciente renal crónico.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Clasificación; Insuficiencia Renal Crónica.

AUTOR CORRESPONDENTE Silvia Maria de Sá Basílio Lins E-mail: silviamarialins@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível da função renal. Sua definição se dá a partir de dois critérios, que podem aparecer em conjunto ou isoladamente. São eles: anormalidades estruturais e/ou funcionais do rim por um período maior ou igual a três meses, ou seja, lesões estruturais renais e/ou taxa de filtração glomerular menor que 60ml/min/1,73m²; neste último caso, com ou sem lesão do parênquima renal⁽¹⁾.

O caráter progressivo da patologia é dividido, do ponto de vista clínico e epidemiológico, em vários estágios. No último deles, o estágio cinco, se faz necessário utilizar uma terapia renal substitutiva (TRS), pois os rins perderam as suas funções glomerulares, tubulares e endócrinas e já não são capazes de manter a filtração, reabsorção, excreção e produção hormonal, gerando diversas repercussões clínicas para o indivíduo⁽¹⁾.

A DRC é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Costuma-se fazer um paralelo entre a mesma e um *iceberg*, em cuja ponta estariam os pacientes com DRC diagnosticada e, na parte submersa, aqueles pacientes ainda não descobertos, ou seja, que se encontram nas fases assintomáticas da doença. Na América Latina, sua prevalência é de 330 pacientes por milhão de habitantes, ao passo que nos EUA é de 1.100. A única razão que se pode atribuir a tamanha diferença é a subnotificação da patologia na América Latina⁽²⁾.

O caráter irreversível da doença obriga o paciente a conviver constantemente com rigoroso regime terapêutico, que inclui, entre outras coisas, restrição hídrica e dietética, terapia medicamentosa, frequentes consultas médicas e a realização de uma TRS. Para tanto, se faz necessário uma mudança no estilo de vida do próprio paciente e de seus familiares, que acaba por culminar com modificações também sobre a vida social de todos.

A diversidade de necessidades humanas apresentadas pelo doente renal crônico requer da Enfermagem um atendimento integral e individualizado, que pode ser facilitado pela utilização deliberada do Processo de Enfermagem (PE), uma ferramenta de que o enfermeiro utiliza para aplicação dos seus conhecimentos. O PE encontra-se regulamentado pela Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que “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”. Ainda de acordo com a referida Resolução, o PE deve ser pautado por uma Teoria de Enfermagem e liderado pelo enfermeiro, sendo privativo deste profissional o diagnóstico e a prescrição de enfermagem⁽³⁾.

A Teoria de Enfermagem norteia o desvelar da natureza e da vida e embasa a construção do conhecimento da profissão. Seu uso auxilia no reconhecimento da realidade, ajuda a definir papéis e promove uma adequação e qualificação do desempenho profissional. O PE, quando fundamentado numa Teoria de Enfermagem, adquire um caráter científico que facilita a tomada de decisão do enfermeiro conferindo-lhe uma prática segura e resolutiva⁽⁴⁾.

Para Wanda de Aguiar Horta, a Enfermagem traçava um caminho do empirismo em direção à ciência ao desenvolver

suas próprias teorias e sistematizar os seus conhecimentos. A referida teórica dizia que “a autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem”⁽⁵⁾.

A implementação do PE em todas as suas etapas requer o suporte conceitual de uma teoria e pode ser facilitado pela utilização de uma classificação dos termos empregados na prática profissional. A visibilidade da profissão e o reconhecimento dos resultados alcançados por sua prática estão diretamente associadas à aplicação de uma linguagem comum, que possibilite a comparação de dados entre diversos setores clínicos e populações em áreas geográficas e/ou tempos distintos, que permita também a correlação entre as ações implementadas e os resultados obtidos e com isso facilite a alocação correta se recursos financeiros para a saúde⁽⁶⁾.

A Resolução que previa o desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® foi aprovada pelo Conselho de Representantes Nacionais do CIE por ocasião do Congresso Quadrienal realizado em 1989, em Seul, Coréia. A partir de então, o CIE envidou esforços para a concepção de tal classificação, que ao longo dos anos foi sendo melhorada e aprimorada. Em 2008, a CIPE® foi reconhecida como parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (FCI-OMS)⁽⁷⁾.

A CIPE® possui como objetivos estratégicos servir como base para a articulação entre a contribuição da Enfermagem e a saúde global, bem como promover a harmonização com outras classificações utilizadas. Os benefícios de sua utilização consistem no estabelecimento de uma linguagem internacional que facilite a descrição e a comparação das práticas de enfermagem; a representação dos conceitos de enfermagem utilizados nas diversas especialidades e culturas; a geração de informações sobre a prática que influenciem na tomada de decisão e na construção de políticas de saúde; a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e, ainda, a possibilidade de propiciar um conjunto de dados que subsidiem pesquisas na área⁽⁸⁾.

A partir da Versão 1.0, lançada em 2005, a CIPE® adotou uma nova estrutura de classificação dos termos nela contidos, o Modelo de Sete Eixos: Foco, Julgamento, Cliente, Ação, Meios, Localização e Tempo. Os termos constantes nestes eixos, seguindo as regras estabelecidas pela CIPE®, auxiliam a tomada de decisão clínica e a elaboração de afirmativas que contemplam os elementos do processo de cuidar/cuidado da Enfermagem: o que fazer (intervenções) em função de necessidades humanas identificadas (diagnósticos) para alcançar um resultado satisfatório (resultados)⁽⁶⁾.

O Modelo dos Sete Eixos facilita a composição de afirmativas, que podem ser organizadas de modo a se ter acesso rápido a agrupamentos de “enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem” – os *Subconjuntos de Conceitos da CIPE®*, anteriormente denominados *Catálogos CIPE®*⁽⁹⁾.

A elaboração de Subconjuntos de Conceitos da CIPE® tem sido uma estratégia do CIE para facilitar o uso dessa classificação durante a execução e registro do Processo de Enfermagem.

Os Subconjuntos de Conceitos da CIPE[®] são compostos por enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que podem estar direcionados tanto a clientela (indivíduo, família e comunidade), quanto a prioridades ou a condições específicas de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado, bem como a fenômenos específicos de enfermagem. Podem originar dados a serem usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional. Além disso, têm o potencial de contribuir para a expansão do uso da CIPE[®] no âmbito mundial, uma vez que permitem focalizar as variações culturais e linguísticas, locais, regionais e nacionais⁽⁹⁾.

Portanto, muitos são os benefícios que podem advir da utilização destes Subconjuntos de Conceitos: o uso de uma linguagem unificada permite o mapeamento das ações de enfermagem, bem como a descrição consistente destas ações e dos resultados por elas gerados. Esta documentação sistemática aumenta a segurança do trabalho da Enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados⁽⁹⁾.

Em 2008, foi publicado o *Guia para Desenvolvimento de Subconjuntos de Conceitos CIPE[®]* e o primeiro desses Subconjuntos, *Estabelecer parceria com indivíduos e família para promover aderência ao tratamento*. Em 2009, houve a publicação do Subconjunto *Cuidado paliativo para morte digna*. A CIPE[®] não estabelece um modelo teórico ou conceitual específico para a construção dos Subconjuntos de Conceitos, ficando esta escolha livre aos seus desenvolvedores⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O estímulo à construção dos Subconjuntos de Conceitos CIPE[®], por parte do CIE, aponta a possibilidade de relacionar os Diagnósticos de Enfermagem aplicáveis aos pacientes renais crônicos no estágio final da doença, quando já carecem de terapia renal substitutiva e, assim, atendê-los em toda sua complexidade, desde os diagnósticos de enfermagem relacionados aos aspectos biológicos até àqueles relacionados às suas necessidades sociais e espirituais.

A partir da reconhecida demanda por um atendimento integral ao doente renal e todas as necessidades por ele apresentadas, a questão que norteou este estudo foi: que afirmativas de diagnósticos de enfermagem pertinentes ao doente renal crônico no estágio cinco da doença podem ser construídas, tendo como base a CIPE[®] Versão 2, a literatura da área e as Necessidades Humanas Básicas?

A realização desta pesquisa se justificou pela necessidade de uma abordagem integral aos pacientes renais crônicos, bem como pela emergência de padronização da linguagem prática da Enfermagem. A construção de um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para pacientes renais crônicos em estágio terminal permite, ao mesmo tempo, a individualização do cuidado e a documentação da prática profissional, dando visibilidade ao trabalho da Enfermagem e promovendo a melhoria assistencial.

Os objetivos deste estudo foram: propor um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença, elaborando-os segundo as orientações da CIPE[®] e organizando-os de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; e validar o subconjunto de diagnósticos de enfermagem

proposto, submetendo-os a especialistas para julgamento de sua pertinência a pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que, em sua realização, foi dividido em duas etapas: 1) elaboração das afirmativas de diagnósticos de enfermagem com base nos termos constantes no Modelo dos Sete Eixos, da CIPE[®] Versão 2; e 2) validação das afirmativas de diagnósticos de enfermagem, submetendo-os a especialistas que julgaram sua pertinência a pacientes renais crônicos, no estágio cinco da doença.

A primeira etapa consistiu em levantamento de artigos científicos na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor *Insuficiência Renal Crônica*, publicados no período de 2006 a setembro de 2011, que tratassem de temas pertinentes à doença renal crônica comum à maioria dos doentes renais no estágio cinco da patologia. Foram definidos como critérios de exclusão: artigos que tratavam de grupos humanos específicos como gestantes, portadores de HIV, crianças e usuários de drogas; bem como artigos referentes ao tratamento conservador e aos pacientes transplantados. Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês e espanhol.

Esses artigos foram categorizados em temas centrais que fundamentaram a construção dos diagnósticos de enfermagem. São eles: Uremia e Neuropatia; Desequilíbrio Hidroeletrolítico; Osteodistrofia Renal; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Cardiovascular; Anemia; Infecções na DRC; Nutrição na DRC; Família e Cotidiano; Sentimentos Conflitantes e Adesão ao Tratamento e Aspectos Espirituais. A partir da discussão destes temas centrais, foi realizado um mapeamento cruzado entre as evidências clínicas neles encontradas e os termos do eixo *Foco*, do qual foram extraídos os componentes das afirmativas diagnósticas, a que se adicionou um termo do eixo *Julgamento*, seguindo a orientação da CIPE[®] para construção das afirmações diagnósticas. Em seguida, estas afirmativas foram distribuídas de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

Na segunda etapa, as afirmativas dos diagnósticos de enfermagem foram apresentadas a um grupo de oito especialistas, sendo dois enfermeiros professores de nefrologia e seis enfermeiros assistenciais, lotados em um centro de diálise de um hospital escola localizado na cidade de Niterói-RJ, todos com mais de cinco anos de atuação em nefrologia. No instrumento proposto, o participante foi orientado a assinalar *sim*, quando considerasse que o diagnóstico era concernente ao doente renal no estágio cinco da doença; e *não*, quando julgasse que o mesmo não era pertinente. De maneira que, somente a pertinência da afirmativa de diagnóstico de enfermagem ao doente renal foi julgada. Foram consideradas válidas as afirmativas de diagnósticos que apresentaram um Índice de Concordância (IC) ≥ 0.80 . Os especialistas participantes do estudo também receberam um guia com os conceitos dos diagnósticos de enfermagem. Estes foram extraídos das definições dos termos do eixo *Foco* e *Julgamento* contidas na CIPE[®] Versão 2.⁽¹⁰⁾

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antonio Pedro tendo sido aprovado com o número de Protocolo 0332.0.258.000-11. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa na base de dados LILACS resultou em 68 artigos que foram analisados e distribuídos nos seguintes temas centrais, já mencionados: Uremia e Neuropatia; Desequilíbrio Hidroeletrólítico; Osteodistrofia Renal; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Cardiovascular; Anemia; Infecções na DRC; Nutrição na DRC; Família e Cotidiano;

Sentimentos Conflitantes e Adesão ao Tratamento e Aspectos Espirituais.

Foi, portanto, a partir da discussão destes temas que foram identificadas evidências clínicas, submetidas a um processo de mapeamento cruzado com os termos constantes no eixo *Foco* da CIPE® Versão 2. Em seguida a este mapeamento, os diagnósticos foram formulados e distribuídos de acordo com os conceitos principais da Teoria das Necessidades Humanas Básicas – necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais – e suas respectivas subcategorias.

Os 47 diagnósticos de enfermagem que contemplam as Necessidades Psicobiológicas do doente renal crônico no estágio cinco da doença, validados pelos especialistas, estão apresentados no Quadro 1.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Título diagnóstico	Definição
Regulação Neurológica	
Risco de inquietação	Possibilidade de apresentar Hiperatividade: sensação de inquietude, cansaço, e formigamento profundo nos músculos, algumas vezes associado a fasciculação muscular e sensação de picadas dolorosas.
Risco de cognição prejudicada	Possibilidade de apresentar Comprometimento no Processo Psicológico: Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e lembranças.
Dor óssea	Dor musculoesquelética: leve a moderado desconforto proveniente do periosteio.
Oxigenação	
Risco de dispneia	Possibilidade de comprometimento do Processo do Sistema Respiratório: Movimento forçado de ar para dentro e para fora dos pulmões, encurtamento da respiração, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.
Dispneia	Processo do Sistema Respiratório: Movimento forçado de ar para dentro e para fora dos pulmões, encurtamento da respiração, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.
Regulação Vascular	
Pressão sanguínea alta	Processo do Sistema Circulatório: Bombeamento de sangue através dos vasos com pressão maior que o normal.
Frequência cardíaca prejudicada	Alteração no índice da frequência normal do coração.
Risco de arritmia	Possibilidade de comprometimento de um Processo Cardíaco: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio.
Risco de dor isquêmica	Possibilidade de desenvolver Dor Vascular: sensação de dor originada devido a fornecimento reduzido de sangue periférico, associado a doença vascular periférica, diminuição da corrente sanguínea associada a aparelhos ortopédicos ou outros objetos apertados, suprimento sanguíneo insuficiente tal como doenças arteriais oclusivas, trauma cirúrgico; a dor isquêmica é muitas vezes descrita como intensa e excruciante.
Débito cardíaco aumentado	Elevação no Status Cardíaco: quantidade aumentada do sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto.
Perfusão tissular periférica prejudicada	Alteração no Processo Vascular: Circulação do sangue através dos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, fluidos e nutrientes a nível celular, associado com a temperatura da pele e coloração, diminuição do pulso arterial, alterações na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento de pelos do corpo.
Hidratação	
Baixa diurese	Processo do Sistema Urinário com volume de diurese abaixo da normalidade.

Edema periférico	Edema localizado nas extremidades.
Retenção hídrica	Processo do Sistema Regulador Comprometido: Condição de retenção de fluidos corporais nos espaços tissulares, associada a alteração do equilíbrio de eletrólitos, edema do tecido corporal, efusão, aumento de peso, respiração encurtada, agitação e alterações do estado mental.
Volume de líquido prejudicado	Comprometimento no Status Nutricional: Soma dos processos corporais e mecanismos homeostáticos envolvidos na regulação da retenção e eliminação de fluidos corporais tais como a quantidade e equilíbrio de água e eletrólitos nos compartimentos intracelulares do corpo.
Acidose metabólica	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Hipercalemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Hipernatremia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Hiperfosfatemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Hipocalcemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Hiperglicemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito.
Sede moderada	Moderada necessidade de satisfazer uma Percepção: Sensação de desejo para beber água ou outro fluido, relacionada com boca e garganta, membrana mucosa seca na boca e garganta.
Sede severa	Severa necessidade de satisfazer uma Percepção: Sensação de desejo para beber água ou outro fluido, relacionada com boca e garganta, membrana mucosa seca na boca e garganta.
Alimentação	
Vômitos	Processo do sistema gastrointestinal: expulsão ou retorno a boca de alimentos transformados ou de conteúdo gástrico através do esôfago e para fora da boca.
Náuseas	Percepção: Sensação de enjôo com tendência para vomitar, sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e o abdome, agradava pelo sabor e pelo cheiro.
Apetite prejudicado	Diminuição da sensação de desejo para satisfazer necessidades corporais por nutrientes ou por determinados tipos de alimentos
Status nutricional negativo	Peso e massa corporal com relação a ingestão de específicos nutrientes, estimados de acordo com a altura, estrutura corporal e idade apresentando comprometimento negativo.
Ingestão deficiente de alimentos	Comprometimento do Processo de adquirir nutrientes tais como proteínas, minerais, carboidratos, gordura, vitaminas necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.
Desnutrição	Processo do sistema regulador comprometido: Condição de nutrição pobre devida à ingestão desbalanceada ou insuficiente qualidade de nutriente, associada a dieta pobre, prejuízo na absorção, associadas a doenças que afetam a utilização de alimentos ou nutrientes.
Eliminação	
Risco de obstipação	Possibilidade de comprometimento do Processo do Sistema Gastrointestinal: diminuição da passagem de fezes acompanhada pela dificuldade ou incompleta passagem de fezes; passagem de fezes excessivamente seca e endurecida.
Integridade Física	
Pele seca	Pele comprometida: epiderme dura, escamada, ou empoeirada, baixa umidade com risco de rachaduras, sobretudo nas mãos, pés e saliências ósseas proeminentes.
Membrana mucosa seca	Membrana mucosa comprometida: diminuição da umidade devido a desidratação ou doença.
Prurido cutâneo	Percepção comprometida: sensação de formigamento irritante, sensação cutânea seguida de impulso para coçar a pele e couro cabeludo.
Risco de escoriação	Possibilidade de desenvolver Ferida traumática: abrasão da pele e derme com dor, sangramento e dor até a formação de crosta.
Risco de tecido mole prejudicado	Possibilidade de comprometimento do tecido corporal, pela calcificação destas partes.

Atividade Física	
Fadiga	Emoção negativa: Sensação de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico, indiferença para menor capacidade de trabalho físico ou mental.
Segurança Física/Meio Ambiente	
Segurança física em risco	Possibilidade de colocar-se em perigo. Papel: estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.
Risco de fratura	Risco para comprometer um Processo do Sistema Musculoesquelético: Falta de movimento de parte do corpo associada à lesão traumática de um osso, quebra de continuidade do tecido do osso, gravidade da fratura associada a estrutura óssea, parte do osso e natureza da fratura.
Risco de queda	Risco para apresentar um evento ou episódio de queda.
Risco aumentado de morte	Evento com maior risco de acontecimento em função das comorbidades apresentadas.
Risco de suicídio	Possibilidade de praticar uma atividade autodestrutiva que conduza à própria morte.
Risco de comportamento autodestrutivo	Possibilidade de realizar atividades por iniciativa própria com o propósito de se ferir ou causar dano, violência direcionada contra si mesmo.
Risco de infecção	Possibilidade de desenvolver um Processo Patológico: invasão do corpo por microorganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo.
Sexualidade	
Risco de comportamento sexual prejudicado	Possibilidade de comprometimento da função sexual em função da indisposição para o ato sexual.
Risco de satisfação conjugal prejudicada	Possibilidade de comprometimento do contínuo preenchimento dos desejos, emoção de gratidão ou ratificação entre parceiros conjugais ou casais em uma família.
Terapêutica	
Regime dietético prejudicado	Dificuldade de manutenção do regime dietético prescrito.
Não aderência ao regime terapêutico	Não seguimento de instruções, não complacência com o regime de tratamento, não tomar medicações conforme prescrição, não realizar modificações necessárias ao estilo de vida.

Quadro 1 – Afirmativas de diagnósticos de enfermagem para doente renal crônico no estágio cinco da doença, segundo as Necessidades Psicobiológicas.

A perda progressiva de massa renal diminui a disponibilidade de néfrons funcionais e reduz progressivamente as funções glomerulares, tubulares e endócrinas do rim. No estágio cinco da doença, os rins perdem a capacidade de manutenção da homeostase do organismo⁽¹⁾.

A filtração glomerular é reduzida e a capacidade de excreção de água e produção de urina ficam prejudicadas, em consequência disso tem-se o acúmulo de líquidos no organismo. Isto requer uma severa restrição hídrica, que se não seguida, pode culminar com o edema agudo de pulmão. Além disso, a sobrecarga hídrica é danosa à pressão arterial e ao coração provocando um aumento constante do débito cardíaco⁽¹¹⁾.

A perda da capacidade de reabsorção e excreção tubulares ocasiona o acúmulo de diversos eletrólitos. A hipernatremia, que eleva a pressão arterial e contribui para a retenção hídrica; a hiperfosfatemia, que colabora para a redução do cálcio circulante a alimenta o processo de retirada de cálcio dos ossos; a hiperpotassemia, responsável por um risco iminente de morte em função da sua capacidade de provocar arritmia cardíaca e o excesso de íons H⁺ responsável pela acidose metabólica e o consequente desequilíbrio no sistema tampão⁽¹¹⁾.

Outro acúmulo importante é o da ureia, que se eleva no sangue e, por ser difusível no lúmen gastrointestinal, provoca náuseas e vômitos. Além disso, se não controlada, essa elevação acomete o sistema nervoso central causando a encefalopatia urêmica e diversos sintomas dela decorrentes⁽¹⁾.

A eritropoetina, hormônio produzido pelos rins, é responsável por estimular a produção de hemácias na medula óssea. Consequentemente, sua redução provoca anemia e diminui a disponibilidade de oxigênio circulante, causando fadiga, cansaço, dispneia, diminuição da libido, entre outros sintomas⁽¹²⁾. A outra função endócrina do rim afetada pela redução da massa renal é a produção do metabólito ativo da vitamina D. Este metabólito é o responsável pela absorção de cálcio intestinal, logo, sua redução provoca uma hipocalcemia. Os níveis baixos de cálcio estimulam a produção de paratormônio pelas paratireoides para que seja retirado o cálcio dos ossos e restabelecido o nível satisfatório de cálcio no sangue. Assim, os ossos tornam-se quebradiços e há um risco constante de quedas e fraturas. Além disso, o cálcio circulante acumula-se no interior dos vasos e nos tecidos moles, calcificando-os⁽¹²⁾.

A doença cardiovascular é a primeira causa de morte entre os doentes renais, pois eles têm dez vezes mais chances de desenvolver uma doença arterial coronariana e trinta vezes mais chances de morrer por causas cardiovasculares⁽¹³⁾. A segunda causa de morte são as infecções, uma vez que a necessidade permanente de acesso para diálise traduz uma constante

exposição ao risco de infecção. Além disso, a manipulação sanguínea nos centros de diálise predispõe à hepatite B e C⁽¹⁴⁾.

Os 21 diagnósticos de enfermagem que contemplam as Necessidades Psicossociais do doente renal crônico no estágio cinco da doença, validados pelos especialistas, estão apresentados no Quadro 2.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Título diagnóstico	Definição
Comunicação	
Comunicação familiar prejudicada	Comprometimento da troca de informações entre familiares.
Gregária e Lazer	
Crise familiar	Desequilíbrio mental, social ou na estabilidade econômica de um grupo, com alteração na sua função normal e dificuldade em solucionar problemas e comunicar, em reconhecer mudanças, usar recursos internos e externos para reconhecer situações de mudança.
Família disfuncional	Família incapaz de obter as funções familiares e tarefas. Alteração dos papéis familiares, falta de objetivos familiares, incapacidade de reconhecer a necessidade de ajuda, incapacidade de lidar com tensões, stress e crise, negligência do lar, desconfiança e desesperança.
Processo familiar prejudicado	Comprometimento das contínuas interações ou padrões de relacionamento entre os membros da família.
Segurança Emocional	
Insegurança	Emoção negativa: sentimento de incerteza, falta de confiança, inadequação, timidez, comportamento estranho, desistir ou mudar de opinião quando confrontado com a opinião dos outros.
Medo	Emoção Negativa: Sentimento de ameaça, perigo ou angústia com causa conhecida ou desconhecida, acompanhado as vezes de luta psicológica ou resposta de fuga.
Negação	Evitar ou não reconhecer o conhecimento ou significado de um evento a fim de minimizar a ansiedade ou conflito.
Confiança no serviço de saúde baixa	Diminuição do sentimento de confiança e bondade do serviço de saúde.
Autoestima, Autoconfiança e Autorrespeito	
Sobrecarga de Estresse	Sentimento de estar tenso e ansioso; incapaz de funcionar física e mentalmente, sentimento de desconforto associado com experiência pouco prazerosa.
Estresse do cuidador	Stress próprio da pessoa responsável pelo cuidado do doente.
Angústia	Emoção Negativa: sentimento de dor intensa e severa, tristeza e angústia.
Sofrimento	Emoção Negativa: Sentimentos prolongados de enorme tristeza, associados a mártírios e a necessidade de tolerar condições devastadoras, tais como sintomas físicos crônicos, como dor, desconforto ou danos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.
Liberdade e Participação	
Processo de tomada de decisão familiar prejudicado	Processo mental comprometido para determinar o curso de uma ação baseada na informação relevante, potenciais conseqüências de cada alternativa e recursos.
Baixa autonomia	Diminuição do Status de auto governança e auto direcionamento.
Risco de baixa força de vontade	Possibilidade de Diminuição da disposição para reter ou abandonar ações, controlar ou não impulsos, levando em conta atitudes da vontade, intenções e inclinações.
Autocontrole baixo	Comprometimento da disposição adquirida para cuidar do que é necessário para manter-se, conservar-se ativo, lidar com as necessidades básicas e íntimas da vida.
Iniciativa baixa	Prejuízo da disposição para agir e introduzir novas idéias ou tomar decisões e agir com coerência.
Educação para a Saúde / Aprendizagem	
Adaptação prejudicada	Capacidade de gerenciamento da nova condição de saúde comprometida.

Conhecimento em saúde baixo	Pouco conhecimento sobre os problemas comuns de saúde, práticas de saúde e disponibilidade de serviços, habilidade de reconhecer sinais e sintomas de doenças e compartilhar a informação com pessoas importantes do convívio.
Autorrealização	
Risco de rendimento familiar prejudicado	Risco para comprometer o salário ou outras fontes de dinheiro usado para cobrir despesas familiares.
Baixa autoestima	Diminuição da estima por si próprio.

Quadro 2 – Afirmativas de diagnósticos de enfermagem para doente renal crônico no estágio cinco da doença, segundo as Necessidades Psicossociais.

Estudos qualitativos, identificados na etapa de revisão da literatura, que focalizavam a percepção do doente renal no enfrentamento da doença, trazem constantemente questões relacionadas à descoberta da necessidade de diálise. Esta descoberta, em geral abrupta, transforma a vida do doente e requer deste e de seus familiares um ressignificado de papéis e valores. Ao se deparar com o diagnóstico de uma doença crônica e irreversível, o paciente vivencia sentimentos variados, como angústia, sensação de incapacidade, diminuição do interesse e do prazer nas atividades, irritação, deterioração nas relações sociais e familiares e negação⁽¹⁵⁾.

A necessidade de adaptação ao rigoroso regime terapêutico instituído requer do paciente e de seus familiares uma mudança no estilo de vida e na rotina familiar. A maneira de enfrentamento que cada família estabelece vai ser influenciada por suas crenças, valores, características e cultura. Cabe ressaltar, ainda, que, quando um indivíduo adoece, o papel que este ocupa no seio familiar também irá repercutir no modo de enfrentamento da doença. Se este ocupar um papel de provedor, também recairá sobre a família o desafio de readequar as finanças e encarar prováveis privações materiais⁽¹⁶⁾.

Apesar de maneiras peculiares de reação, é fato que haverá, em algum momento, estresse e conflito no seio familiar, variando em intensidade e duração. A estabilidade psicológica se encontrará abalada podendo afetar a sustentabilidade da família. Neste momento, pode ser fundamental o apoio de uma rede social composta por amigos e também pelos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾.

A DRC traz consigo uma necessidade de modificação do estilo de vida que, na maioria das vezes, rompe com os paradigmas defendidos e vivenciados pelos doentes. A perda da autonomia se torna uma das maiores barreiras, suas vidas passam a ser direcionadas pela equipe de saúde, pela máquina, e

pelas repercussões da patologia em si⁽¹⁷⁾.

Outra questão apontada por estes doentes é o convívio com o tratamento em si, por vezes visto como salvação e, por vezes, como obrigação. Esta dualidade de sentimentos reflete diretamente na adesão ao tratamento. Além dos questionamentos pessoais, é pontuado por estes doentes o preconceito social retratado aqui não apenas como discriminatório, mas por um desconhecimento da sociedade em geral sobre a patologia, o tratamento e as possibilidades de vida do doente⁽¹⁷⁾.

A não adesão ao regime terapêutico é uma realidade entre os doentes renais, que vem sendo objeto de investigação de muitos autores. Compreender as razões associadas ao fato permite à equipe de saúde traçar estratégias individuais e coletivas no sentido de melhorar esta adesão e reduzir a taxa de morbidade/mortalidade. São considerados fatores que influenciam na adesão ao tratamento: as peculiaridades da terapia escolhida, as características individuais do cliente, os aspectos da relação com a equipe de saúde, as condições socioeconômicas e de acesso à atenção à saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

As redes de apoio são fundamentais para dar segurança ao paciente, o envolvimento e comprometimento de familiares e amigos dão esperança e confiança para seguir uma terapia rígida e que não tem perspectiva de término. Acredita-se que a aceitação do tratamento passa, na verdade, pela aceitação da doença e que esta depende de fatores internos da pessoa e externos a ela. Outras condições que interferem na adesão são o nível de escolaridade, os efeitos colaterais da terapia e sua complexidade, a falta de acesso aos medicamentos e a longevidade da terapia⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os 2 diagnósticos de enfermagem que contemplam as Necessidades Psicoespirituais do doente renal crônico no estágio cinco da doença, validados pelos especialistas, estão apresentados no Quadro 3.

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS (2 Diagnósticos de enfermagem)	
Título diagnóstico	Definição
Religiosidade/Espiritualidade	
Crença espiritual alterada	Alteração na convicção pessoal e disposição para reter e abandonar ações levando em conta os princípios da vida que prevalecem, integram e transcendem a natureza biológica e psicossocial.
Crença religiosa alterada	Alteração na convicção pessoal e disposição para reter e abandonar ações levando em conta as opiniões religiosas e princípios, fé religiosa que prevalece, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial.

Quadro 3 – Afirmativas de Diagnósticos de enfermagem para doente renal crônico no estágio cinco da doença, segundo as Necessidades Psicoespirituais.

Outro aspecto importante a se considerar na abordagem holística do doente renal é a espiritualidade, aqui entendida como a necessidade de conexão com algo maior que si próprio e que transcende o tangível. Independente de religião, considerada como a formalização do culto e da doutrina, a espiritualidade parece apresentar importante papel em diversos momentos da vida⁽²⁰⁾.

A cronicidade da DRC parece despertar ou reascender em muitos doentes suas conexões espirituais. No entanto, o efeito destas sobre o enfrentamento da doença ainda é bastante obscuro. Os profissionais de saúde precisam estar sensíveis às necessidades espirituais dos seus pacientes, entendendo-as como parte de um todo e que precisam ser trabalhadas⁽²⁰⁾. Cabe ressaltar, no entanto, que muitas vezes os próprios profissionais não estão preparados para lidar com tais aspectos e que aceitar as práticas religiosas de outras pessoas, destituindo-se de qualquer influência pessoal, é um desafio.

Estamos cientes que os diagnósticos *Crença espiritual alterada* e *Crença religiosa alterada* são muito pouco específicos, mas a espiritualidade não pode deixar de ser abordada pela equipe de enfermagem, respeitando-se sempre as particularidades de cada indivíduo e de suas crenças.

Validação dos Diagnósticos de Enfermagem

Foi elaborado um total de setenta e sete (77) afirmativas de diagnósticos de enfermagem, os quais foram submetidos à validação por especialistas. Deste total, setenta (70), equivalendo a 90%, obtiveram um índice de concordância ≥ 0.80 , sendo considerados válidos para o doente renal crônico no estágio cinco da patologia (Gráficos 1, 2 e 3).

A CIPE® Versão 2 apresenta uma série de afirmativas de diagnósticos de enfermagem, que podem ser aplicados na prática clínica do enfermeiro em seu ambiente de trabalho. O mapeamento cruzado das setenta (70) afirmativas aqui validadas com as que constam no sistema de classificação mostrou que vinte e cinco (25) afirmativas formuladas já estavam descritas, tendo sido elaboradas, portanto, quarenta e cinco (45) novas afirmativas.

A CIPE® é um sistema de classificação versátil que permite adequar-se às diversas realidades e culturas respeitando suas singularidades e particularidades. Possui fácil utilização e a partir das afirmativas pré-coordenadas, como sugerem os subconjuntos de conceitos, torna-se mais adequada aos sistemas informatizados.

Apesar de apresentarem evidências clínicas bem descritas na literatura que conduziram ao mapeamento cruzado destas com os termos do eixo *Foco*, e consequente elaboração da afirmativa diagnóstica, sete (7) afirmativas diagnósticas não foram validadas. Atribui-se esse fato a uma provável discordância com os termos empregados ou à não vivência dos participantes da pesquisa com pacientes que apresentassem tais respostas humanas. Ressalte-se que outras sete (7) afirmativas diagnósticas foram propostas pelos especialistas, no espaço reservado para tal fim no instrumento apresentado; no entanto, as mesmas não foram submetidas à validação. Tanto os diagnósticos que não foram validados, quanto aqueles propostos pelos especialistas, estão dispostos no Quadro 4.

Diagnósticos de enfermagem não validados
<ul style="list-style-type: none"> - Inflamação crônica - Sonolência - Risco de desidratação hipertônica - Risco de concentração prejudicada - Habilidade para comunicar pela fala em risco - Risco de memória prejudicada - Autocuidado prejudicado
Diagnósticos de enfermagem sugeridos pelos especialistas
<ul style="list-style-type: none"> - Paladar prejudicado - Tato prejudicado - Padrão de eliminação urinária prejudicado - Papel de lazer prejudicado - Risco de isolamento social - Risco de solidão - Aceitação prejudicada

Quadro 4 – Afirmativas de Diagnósticos de enfermagem não validados e sugeridos pelos especialistas.

Ao final, o conjunto de diagnósticos de enfermagem construído ficou composto por setenta (70) afirmativas validadas. Das vinte e oito (28) subcategorias de Necessidades Humanas Básicas, dezenove (19) foram contempladas. Foi construído, portanto, um conjunto de afirmativas bastante abrangente, que poderá subsidiar uma assistência de enfermagem mais integral ao paciente renal crônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O subconjunto de conceitos diagnósticos que resultou desta pesquisa foi construído a partir de uma vasta pesquisa bibliográfica e da utilização das regras propostas pela CIPE® para composição dos diagnósticos, tendo como suporte teórico as Necessidades Humanas Básicas.

Utilizando-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, foi possível distribuir os diagnósticos de enfermagem nas categorias psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, abrangendo o indivíduo na sua totalidade, de forma que, não apenas as repercussões biológicas da patologia fossem identificadas, mas também as repercussões familiares e sociais. A utilização da CIPE® mostrou como este sistema de classificação é versátil, capaz de atender a uma multiplicidade de repostas humanas e facilmente adaptável à cultura de trabalho local. As afirmativas propostas foram bem aceitas e bem compreendidas pelos participantes do estudo.

A validação de conteúdo das afirmativas foi possível utilizando-se a metodologia definida, de maneira que 90% dos diagnósticos de enfermagem formulados obtiveram um índice de concordância ≥ 0.80 . Esta concordância demonstrou que, apesar de não registrarem formalmente o Processo de Enfermagem, os diagnósticos de enfermagem fazem parte do dia a dia profissional dos participantes da pesquisa. Estes, além de responderem ao questionário, também fizeram sugestões para a inclusão de sete novos diagnósticos não contemplados no conjunto inicial.

A padronização da linguagem utilizada nos diagnósticos de enfermagem deve ser estimulada na assistência, pois sua realização favorece o registro sistemático da prática clínica da Enfermagem, subsidia uma prática baseada em evidências, possibilita a mensuração e avaliação dos cuidados prestados

e, conseqüentemente, contribui para uma melhoria na qualidade do serviço. Por outro lado, o paciente renal crônico, tão múltiplo e complexo, poderá se beneficiar de uma assistência integral, tendo suas necessidades atendidas de maneira mais ampla e estruturada.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2010.
2. Balbo BEP, Cavalcante RM, Romão Junior JE, Barros RT, Zatz R, Abensur H. Perfil dos pacientes encaminhados à terapia renal substitutiva de um ambulatório de nefrologia pertencente a um hospital terciário. *J Bras Nefrol* 2007;29(4):203-8.
3. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 20 abr 2011 [acesso em 04 fev 2011]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
4. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2005;58(5):568-72.
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
6. Garcia TR, Nóbrega MML, Coler MS. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. *Rev Bras Enferm* 2008;61(6):888-91.
7. Garcia TR, Nóbrega MML. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paul Enfem* 2009;22(Especial – 70 anos):875-9.
8. International Council of Nurses. About ICNP®: vision, goals & benefits of ICNP® [homepage na internet]. 2011 [acesso em 04 fev 2011]. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>
9. International Council of Nurses. Guidelines for ICNP catalogue development. Geneva: Switzerland: ICN, 2008.
10. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2. São Paulo: Algor Editora; 2011.
11. Olivera VVR. Desórdenes del metabolismo óseo-mineral asociados con enfermedad renal crónica. *Diagnostico* 2011;50(1):34-42.
12. Antunes AS, Teixeira MCB, Gabriel Junior, A. Efeitos da pentoxifilina na anemia resistente à eritropoetina em pacientes sob hemodiálise. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2008;30(4):303-308.
13. Gowdak LHW, Lima JGG. Avaliação da doença arterial coronária no nefropata. *Rev Bras Hipertens* 2008;15(3):144-146.
14. Ferreira V, Andrade D. Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007;40(4):582-88.
15. Terra FS, Costa AMDD, Ribeiro CCS, Nogueira CS, Prado JP, Costa MD, et al . O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Soc Bras Clin Med* 2010;8(4):306-10.
16. Branco JMA, Lisboa MTL. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2010;18(4):578-83.
17. Ramos ICR, Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLO. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci Health Sci* 2008;30(1):73-79.
18. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pautetto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm* 2008;29(4):647-53.
19. Contreras Torres FV, Esguerra Pérez GA, Espinosa Méndez JC, Gutiérrez C, Farjado L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol* 2006;5(3):487-499.
20. Cruz J, Cruz HMM, Kirsztajn GM, Barros RT. Atualidades em Nefrologia 11. São Paulo: Sarvier; 2010.