



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 08, pp. 39334-39341, August, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19776.08.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Bruno Costa Silva¹, Francisca Aline Arrais Sampaio Santos^{*2}, Paula Vitória Costa Gontijo³, Maria Raimunda Lima da Silva⁴, Ruhena Kelber Abrão Ferreira⁵, Maria Aparecida Alves Serra⁶, Simony Fabíola Lopes Nunes⁷, Samae Batista oliveira⁸, Alana Gomes de Araújo Almeida⁹, Martin Dharlle Oliveira Santana¹⁰, Daniel Coutinho dos Santos¹¹

¹Enfermeiro. Mestrando em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Palmas, TO, Brasil; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC), Professora Associada do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz, MA, Brasil; ³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem (UFC). Fortaleza, CE, Brasil; ⁴Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz, MA, Brasil; ⁵Graduado em Educação Física. Doutor em Educação em Ciências e Saúde (UFRGS), Professor Adjunto na graduação em Educação Física. Miracema, TO, Brasil; ⁶Enfermeira. Doutora em Ciências Médico- Cirúrgicas, Professora Adjunta do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz, MA, Brasil; ⁷Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem (UFSC), Professora Associada do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz, MA, Brasil

⁸Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz, MA, Brasil; ⁹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil; ¹⁰Enfermeiro. Mestrando em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil; ¹¹Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz, MA, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 07th May 2020

Received in revised form

20th June 2020

Accepted 14th July 2020

Published online 30th August 2020

Key Words:

Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Diagnóstico de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

*Corresponding author:

ABSTRACT

Objetivo: Determinar os diagnósticos de enfermagem em pacientes com Doença Renal Crônica-DRC e verificar sua relação com as variáveis sócio-demográficas **Método:** Estudo transversal realizado em uma clínica de nefrologia localizada no Nordeste brasileiro, de outubro de 2015 a fevereiro de 2016. Utilizou-se um questionário para entrevista e roteiro para o exame físico. Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science*®, versão 22.0. **Resultados:** Predominou o sexo masculino (63,46%), média de 54,68 anos de idade, média de 5,42 anos de estudo e presença de companheiro(a) (65,38%). Foram encontrados 32 diagnósticos, média de dez fenômenos por paciente, sendo os mais prevalentes volume de líquidos excessivo (100%), risco de infecção (100%), conhecimento deficiente (85,58%), eliminação urinária prejudicada (76,92%), dentição prejudicada (75,11%), controle ineficaz da saúde (52,88%), insônia (50,96%) e disfunção sexual (50,96%). Verificou-se associação entre estado civil e o diagnóstico dentição prejudicada, e também entre as variáveis estado civil e anos de estudo com o diagnóstico de controle ineficaz da saúde. **Conclusão:** Acredita-se que com o conhecimento do estado de saúde destes pacientes seja possível tornar a sistematização da assistência enfermagem mais efetiva, a partir de um atendimento individualizado e voltado as suas necessidades.

Copyright © 2020, Bruno Costa Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Bruno Costa Silva, Francisca Aline Arrais Sampaio Santos, Paula Vitória Costa Gontijo, Maria Raimunda Lima da Silva et al. "Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico", *International Journal of Development Research*, 10, (08), 39334-39341

INTRODUCTION

A transição demográfica e epidemiológica levou as doenças crônicas a um predomínio na atualidade, sendo uma das principais preocupações de saúde pública. A Doença Renal Crônica (DRC) tem se destacado, e é reconhecida como um

problema de saúde de âmbito mundial (Medeiros & Sá, 2011). A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima que no ano de 2018, 133.646 pacientes realizaram tratamento dialítico no Brasil, e que no Maranhão a taxa de incidência e prevalência foi, respectivamente, 78 e 276 por milhão (Neves

et al., 2020). É considerado portador de DRC o indivíduo que apresente taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60 mL/min/1.73 m² por três meses ou mais, independentemente da presença de lesões renais, ou valores acima deste associados a um marcador de dano renal parenquimatoso (Levey et al., 2003). A DRC é cercada co-morbidades, que podem ser a causa ou consequência desta, destacando-se o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a glomerulonefrite e a anemia ferropriva (Siviero et al., 2013). Para a sobrevivência do paciente é necessário a realização de terapia renal substitutiva, seja por diálise ou o transplante renal (Souza et al., 2007). No Brasil, os dados da SBN demonstram que o tratamento substitutivo mais utilizado é a hemodiálise, modalidade empregada por 92,3% dos pacientes em 2018, na qual uma máquina retira as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e o excesso de líquido corporal, em sessões realizadas geralmente três vezes por semana com duração de quatro horas (Neves et al., 2020).

As sessões de hemodiálise estão cercadas de complicações que podem ser leves a extremamente graves, podendo levar a morte (Frazão, 2012). Além disso, é exigido do paciente um tratamento complementar a essa, que deve ser realizado em domicílio pelo paciente ou seu cuidador, que consiste principalmente na dieta alimentar, restrição hídrica e terapia medicamentosa, sendo um dos desafios para o profissional de enfermagem garantir essa adesão terapêutica (Maldaner et al., 2008). Esses cuidados são individualizados e dependem da progressão da DRC, das co-morbidades associadas e da resposta do paciente frente ao tratamento substitutivo. Tendo isso em vista, pode-se observar que o paciente renal crônico necessita de um atendimento de saúde individualizado, em que a assistência seja adaptada às características do indivíduo. Acredita-se que o cuidado particularizado possa representar um desafio à enfermagem e para garanti-lo com qualidade, deve-se utilizar o processo de enfermagem (Santos et al., 2011). O processo de enfermagem (PE) é a dinâmica das ações de enfermagem sistematizadas e inter-relacionadas, visando à organização do atendimento aos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (NANDA, 2013; HORTA, 1979). É de suma importância que o PE esteja relacionado à prática assistencial e inserido a luz de algum modelo teórico ou marco conceitual da enfermagem (Pereira et al., 2012). O processo de enfermagem é composto por cinco fases inter-relacionadas, a saber: Investigação, nesta é realizada um levantamento de dados sistematizados, por meio da entrevista e execução do exame físico; Diagnóstico de Enfermagem (DE), identificação das necessidades e fenômenos do paciente a partir dos dados levantados; Planejamento, constitui um meio de organizar, direcionar e especificar as ações e quem irá realizá-las, resultando assim em um plano de cuidados proposto na resolução dos diagnósticos de enfermagem e no atendimento das necessidades de saúde; Implementação, execução do plano de cuidado elaborado na fase anterior; Avaliação, relato das mudanças sucessivas que ocorrem no cliente, permitindo verificar a evolução deste, a efetividade das intervenções e possibilita, quando necessário, mudanças no plano de cuidados (ALFARO-LEFEVRE, 2005). O diagnóstico de enfermagem como uma etapa de grande importância, pois fornece foco para as intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro e favorece o estabelecimento de metas (Lira, 2005). Holanda & Silva (2009) destacam que por meio do diagnóstico de enfermagem o profissional tem subsídios para a avaliação da assistência prestada, permitindo direcionamento do cuidado. Além de facilitar a pesquisa e o ensino, delimita o papel da enfermagem, possibilita o paciente a participar de seu

tratamento e da construção do seu plano terapêutico, e contribui para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem. Ademais, favorece a padronização de uma linguagem própria para a profissão de enfermagem.

Dentre os sistemas de classificação dos diagnósticos de enfermagem, a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA-I) é uma das mais divulgadas e aplicadas em âmbito mundial. Define diagnóstico de enfermagem como 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 para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (Frazão, 2012; NANDA, 2012). Acredita-se que o uso do processo de enfermagem contribua para a sistematização dos cuidados e a visualização do paciente de forma integral, permitindo a individualização da assistência prestada ao paciente em hemodiálise. Para isso, o enfermeiro deve estar atento às complicações da doença, estresses e ansiedades que envolvem essa condição, orientando e apontando caminhos para o enfrentamento destas complicações e a adaptação do indivíduo ao novo estilo de vida (Bisca & Marques, 2010; Lira & Lopes, 2008). Nessa perspectiva, uma abordagem individualizada por parte do enfermeiro, caracterizando o paciente com doença renal crônica a partir dos seus diagnósticos de enfermagem pode favorecer o conhecimento das circunstâncias e as adversidades vividas por cada paciente. Desse modo, para prestar uma assistência com melhor qualidade objetivou-se determinar os diagnósticos de enfermagem em tais pacientes e verificar sua relação com as variáveis sócio-demográficas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo e transversal, realizado em uma clínica de nefrologia localizada em um estado do Nordeste brasileiro, de outubro de 2015 a fevereiro de 2016. O estabelecimento é de natureza privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que presta serviços de hemodiálise tanto aos pacientes com quadro renal agudo quanto em tratamento crônico. No momento da coleta estavam cadastrados no local da pesquisa 167 pacientes em tratamento crônico. Para determinação da amostra foi utilizada uma fórmula para população finita. Adotou-se uma prevalência de 50%, devido ao desconhecimento de tal dado no local do estudo, um nível de significância de $\alpha=0,05$ e um erro amostral absoluto de 6%. Assim, o total da amostra correspondeu a 104 pacientes. Foi utilizado a amostragem por conveniência e consecutiva para selecionar os indivíduos. Foram incluídos neste estudo pacientes com os seguintes critérios: apresentar diagnóstico médico de Doença Renal Crônica, realizar tratamento hemodialítico no local do estudo e ter no mínimo 18 anos de idade. Como critérios de exclusão: pacientes transplantados, pois tal condição clínica pode modificar o perfil diagnóstico; estar em uso de cateter central no momento da coleta, pois caracteriza o período inicial do tratamento, requerendo adaptação do paciente a doença; usuários com incapacidade de compreender comando verbal ou que apresentem problemas mentais e de linguagem, pois podem não ser colaborativos ou apresentarem respostas confusas, cooperando para um julgamento diagnóstico diferenciado. A coleta de dados foi realizada durante as sessões de hemodiálise, estimando-se um tempo de trinta minutos para a aplicação dos instrumentos.

Foram coletados os dados sociodemográficos, clínicos e informações necessárias para estabelecer os diagnósticos de enfermagem, com suas características definidoras e fatores relacionados. O instrumento para a coleta de dados utilizado foi a entrevista juntamente com um roteiro para direcionar o exame físico. Ambos adotados por (Frazão, 2012) em seu estudo, adaptado a partir do instrumento de Lira (2005) e Rocha (2008). Destaca-se que o instrumento de entrevista conta com questões que contemplam 12 dos 13 domínios da taxonomia II da NANDA Internacional, a saber: Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Sono/Repouso, Percepção/Cognição, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Princípios de Vida, Segurança/Proteção e Conforto. Lira (2005) excluiu o domínio crescimento e desenvolvimento de seu roteiro por não ter relação com a temática deste estudo. O roteiro de exame físico foi construído também por esta autora a partir do instrumento de coleta de dados do Grupo de Estudos sobre a Assistência da Sistematização da Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM).

Para analisar os dados obtidos, os questionários foram organizados e numerados. Inicialmente foi elaborado um banco de dados em planilha do programa *Excel for Windows 2013* para facilitar o processo de conferência dos dados e evitar possíveis erros de cálculos. A partir disso, tabulou-se os dados que permitiram traçar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA Internacional (2015-2017). Em seguida, foram conferidas e tabuladas as informações para caracterização da população em seus aspectos sociodemográficos e clínicos, relacionando com os diagnósticos traçados. O processamento dos dados e a análise estatística foram realizados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science®*, versão 22.0. Primeiramente foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas. Foi realizada análise descritiva (univariada) e análises bivariadas (Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer) entre as variáveis dependentes (Diagnósticos de Enfermagem) e as demais variáveis, consideradas independentes (variáveis sociodemográficas). Para cada característica da população estudada, estabeleceu-se nível de significância de $p < 0,05$ e o respectivo intervalo de confiança de 95%. Todas as etapas desta pesquisa respeitaram os aspectos ético-legais normatizados pela Resolução CNS/MS 466/2012, sendo esse estudo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA e aprovado sob o número 1.284.427/2015.

RESULTADOS

Na caracterização sociodemográfica dos pacientes, constatou-se maioria do sexo masculino (66,43%), com média de idade 54,68 ($\pm 15,03$) anos. Destaca-se a faixa etária de 50 a 59 anos, presente em 35,59% dos pacientes. A maior parte possui ensino fundamental incompleto (54,81%) com média de 5,42 ($\pm 4,75$) anos de estudo. Quanto ao estado civil, 65,38%, reside com companheiro(a). Em relação a renda, 88,46% estão aposentados ou recebem algum benefício previdenciário, com média de renda familiar 1,75 ($\pm 1,05$) salários, sendo que o valor do salário mínimo vigente de R\$880,00. Ademais, 95,19% recebem até 3 salários mínimos. Concernente a religião, 74,04% dos pacientes afirmam ser praticantes de alguma fé ou doutrina; e em relação a procedência geográfica, 87,50% dos investigados, advém de cidades do sudoeste

maranhense. No tocante as características clínicas, observou-se que a maioria dos pacientes possuíam mais de 12 meses de diagnóstico da DRC (76,92%), sendo a média de tempo com tal diagnóstico de 54,68 ($\pm 78,45$) meses; e mais de 12 meses de tratamento hemodialítico (66,35%), com tempo médio de tratamento de 30,21 ($\pm 26,12$) meses. Em relação ao nível de conhecimento sobre o estado de saúde, observou-se que este é insuficiente em 52,88% da amostra e deficiente em 30,77% dos investigados. Quanto as comorbidades pesquisadas neste estudo, 78,85% destes pacientes possuem hipertensão arterial e 32,69% diabetes mellitus.

Já em relação a movimentação e locomoção, a maior parte não apresentou alteração (88,46%). Aponta-se que, a maioria estava com pele e/ou mucosas pálidas (75,96%), e boa parte dos participantes apresentavam higiene corporal e oral adequadas (50,96%). No tocante as mensurações de temperatura corporal, um número considerável dos pacientes encontrava-se hipotérmicos (47,12%), considerando os parâmetros adotados por Potter e Perry (2004) em que valores menores que 36°C são interpretados como alterados. No entanto, a média de temperatura axilar foi de 36°C ($\pm 0,48$). Quanto a média de peso e altura dos investigados encontrou-se, respectivamente, 61,16 ($\pm 12,48$) Kg e 161,07 ($\pm 10,00$) cm, assim sendo, 60,58% apresentaram índice de massa corporal adequado, com valor médio de 23,12 ($\pm 4,08$). Conforme mostra a tabela 1, dos 12 domínios investigados foram encontrados diagnósticos em 11 destes, com destaque para os domínios Nutrição, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Segurança/Proteção, no qual apresentaram 5 diagnósticos, enquanto o domínio Princípios de Vida não apresentou nenhum diagnóstico.

Quanto ao número de DE, foram encontrados um total de 32 fenômenos diferentes com média de 10 ($\pm 2,47$) DE's por paciente, sendo o número mínimo de quatro e o máximo de 15 diagnósticos por paciente. Destes DE's, oito estiveram presentes em pelo menos 50% dos pacientes, a saber, volume de líquidos excessivo (VLE), risco de infecção (RI), dentição Prejudicada (DP), eliminação urinária prejudicada (EUP), insônia (IS), disfunção sexual (DS), conhecimento deficiente (CD) e controle ineficaz da saúde (CIS), destacando que os dois primeiros obtiveram frequência de 100%. Dado a quantidade de fenômenos, descreveu-se os elementos diagnósticos apenas para aqueles DE's com frequência de 100%. Assim, em relação ao diagnóstico volume de líquidos excessivo, as características definidoras encontradas foram azotemia (100%), desequilíbrio eletrolítico (100%), hematócrito diminuído (85,58%), hemoglobina diminuída (81,73%) e edema (17,31%); estando presente o fator relacionado mecanismos reguladores comprometidos. Já em relação ao diagnóstico risco de infecção, os fatores de risco identificados foram enfermidade crônica (100%), procedimentos invasivos (100%), diminuição da hemoglobina (81,73%), alteração na integridade da pele (41,75%) e obesidade (8,65%). A partir da análise estatística aplicada para avaliar a associação entre os DE encontrados com frequência maior ou igual a 50% e as variáveis sócio demográficas encontrou-se os resultados apresentados na tabela 2. Assim, a variável estado civil apresentou relação de significância com o DE dentição prejudicada, entendendo-se que a presença de companheiro seja um fator que predispõe a presença desse diagnóstico. Ademais, verificou-se relação entre o diagnóstico Controle ineficaz da saúde e a variável anos de estudo.

Tabela 1. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem a partir da taxonomia NANDA-I (2015-2017), ImperatrizMA, 2015

DOMÍNIO/DIAGNÓSTICO	N	%
Domínio: Promoção da Saúde		
Controle ineficaz da saúde	55	52,88
Estilo de vida sedentário	24	23,08
Domínio: Nutrição		
Volume de líquidos excessivo	104	100,00
Risco de glicemia instável	30	28,85
Sobrepeso	22	21,15
Obesidade	9	8,65
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	9	8,65
Domínio: Eliminação e Troca		
Eliminação urinária prejudicada	80	76,92
Constipação	12	11,54
Diarréia	2	1,92
Domínio: Atividade/Repouso		
Insônia	53	50,96
Fadiga	29	27,88
Mobilidade física prejudicada	27	25,96
Domínio: Percepção/Cognição		
Conhecimento deficiente	89	85,58
Domínio: Autopercepção		
Baixa Autoestima Crônica	20	19,23
Desesperança	5	4,81
Domínio: Papéis e Relacionamentos		
Tensão no papel do cuidador	3	2,88
Domínio: Sexualidade		
Disfunção sexual	53	50,96
Padrão de sexualidade ineficaz	13	12,50
Domínio: enfrentamento/tolerância ao estresse		
Ansiedade	9	8,65
Resiliência prejudicada	6	5,77
Tristeza crônica	5	4,81
Sentimento de impotência	3	2,88
Enfrentamento familiar comprometido	2	1,92
Domínio: Segurança e Proteção		
Risco de infecção	104	100,00
Dentição prejudicada	75	75,11
Hipotermia	49	47,12
Integridade da pele prejudicada	43	41,35
Risco de quedas	18	17,31
Domínio: Conforto		
Dor crônica	28	26,92
Dor aguda	18	17,31
Risco de solidão	14	13,46

Tabela 2: Análise da associação entre os diagnósticos de enfermagem e características sociodemográficas, Imperatriz, 2015

Variáveis	DP		EUP		IS		DS		CD		CIS	
	P ²	A ³	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Sexo												
Masculino	51	15	52	14	32	34	36	30	57	9	39	27
Feminino	24	14	28	10	21	17	17	21	32	6	16	22
Valor de p'	0,122		0,552		0,506		0,335		0,763		0,095	
Anos de estudo												
Nenhum	15	7	17	5	12	10	12	10	21	1	17	5
1 a 7 anos	41	9	37	13	25	25	25	25	42	8	30	20
8 a 17 anos	19	13	26	6	16	16	16	16	26	6	8	24
Valor de p	0,075		0,931		0,931		0,931		0,313		<0,001	
Estado civil												
Com companheiro	55	13	54	14	34	34	39	29	61	7	43	25
Sem companheiro	20	16	26	10	19	17	14	22	28	8	12	24
Valor de p	0,006		0,408		0,787		0,073		0,100		0,004	
Ocupação												
Aposentado/benefício	67	25	71	21	43	49	46	46	78	14	47	45
Empregados	4	2	3	3	5	1	4	2	5	1	3	3
Desempregados	4	2	6	0	5	1	3	3	6	0	5	1
Valor de p	0,905		0,119		0,058		0,730		0,582		0,305	
Procedência												
Imperatriz	41	16	40	17	27	30	27	30	48	9	30	27
Outras cidades	34	13	40	7	26	21	26	21	41	6	25	22
Valor de p	0,963		0,072		0,420		0,420		0,662		0,955	
Religião												
Praticante	56	21	60	17	40	37	40	37	64	13	37	40
Não praticante	19	6	20	7	13	14	13	14	25	2	18	9
Valor de P	0,814		0,683		0,734		0,734		0,228		0,095	

Pode-se inferir que o baixo nível de escolaridade favoreça a dificuldade do paciente em realizar as medidas de tratamento. Tal diagnóstico apresentou ainda significância com a variável estado civil, compreendendo-se que a presença de companheiro favoreça a presença desse fenômeno.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados sócio demográficos, verificou-se que estudos semelhantes confirmam a predominância do sexo masculino com valores aproximados aos encontrados nessa pesquisa (Dallé & Lucena, 2012; Holanda & Silva, 2009). Esse fato pode estar relacionado a associação entre a irreversibilidade da evolução da DRC e as questões de gênero que levam o homem a uma busca diminuída e tardia aos serviços de saúde, bem como a desempenhar menos seu autocuidado (Meirelles & Hohl, 2009). Média de idade foi menor (Costa *et al.*, 2010). Em um estudo com temática aproximada, a média de anos de estudo foi de 4,0 ($\pm 1,75$) anos, dado próximo ao valor encontrado neste trabalho (Holanda & Silva, 2009). No entanto, valor divergente de escolaridade foi encontrado por outros autores com média de 8,5 ($\pm 4,8$) anos de estudo (Frazão *et al.*, 2013). Pode-se presumir que essa discordância nas variáveis idade e escolaridade se dê em razão das diferenças regionais entre os locais de cada estudo, pois sabe-se que o Índice de Desenvolvimento Humano-IDH é bem heterogêneo no país. Assim, tem-se expectativas de vida e qualidade de serviços de saúde diferentes para as regiões, assim como comportamentos individuais distintos relacionados a saúde. Ademais, o tempo que os indivíduos frequentam a escola pode ser alterado por outras necessidades, como a de trabalhar para prover o sustento, causando maior evasão escolar. Em um estudo sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência renal realizado no mesmo estado desta pesquisa, verificou-se congruência com os achados referentes a convivência de companheiro (51,7%), recebimento de aposentadoria ou previdência (77,9%), renda de até 2 salários mínimos (71,2%), e média 1,87 ($\pm 1,83$) salários mínimos por família (MUNIZ *et al.*, 2015).

Acredita-se que a baixa renda interfere na diminuição da adesão ao tratamento, pois dificulta o acesso à alimentação saudável, a serviços particulares, ao transporte e ao tratamento farmacológico e dialítico, dificultando a qualidade de vida do paciente (Cavalcanti *et al.*, 2015). A respeito da religiosidade, 74,04% dos participantes se declaram praticantes dentro da sua religião, assim como em outra pesquisa com pacientes com doença renal crônica, em que 69,1% dos investigados fizeram essa mesma afirmativa (FRAZÃO, 2012). Sabe-se que a fé ou crença configura-se como um suporte, que favorece o paciente a enfrentar as adversidades decorrentes da doença e do tratamento, e ampliar sua esperança de cura (Cavalcanti *et al.*, 2015). Em relação ao tempo de tratamento hemodialítico, constatou-se que a maioria dos pacientes possui tempo maior que 12 meses. Esse resultado se assemelha ao encontrado por outros pesquisadores desse público, no qual apenas 24% da sua amostra tinha até um ano de tratamento (Poveda *et al.*, 2014). No entanto, outra pesquisa obteve uma média superior a 72,7 ($\pm 62,4$) meses (Frazão *et al.*, 2013). Estudos apontam que o tempo de hemodiálise contribui para aceitação e tolerância das limitações impostas pela doença e o tratamento, sendo os sentimentos negativos mais exacerbados no início desta terapêutica (Silva *et al.*, 2013). Algo comum ao paciente com DRC em hemodiálise são as doenças associadas, que tanto podem ter sido a causa básica, como a consequência da

evolução dessa doença. As mais comuns e levantadas neste estudo foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Valores próximos dessas comorbidades foram encontrados com prevalências de 76% a 80,5% para HAS e 24% a 29,3% para DM (Cavalcanti *et al.*, 2015; Poveda *et al.*, 2014). Os domínios da NANDA-I que aqui se destacaram pelo número de diagnósticos foram: Nutrição, Segurança/Proteção e Enfrentamento/Tolerância ao Estresse. Em outros estudos que usaram a mesma taxonomia esses dois primeiros também tiveram destaque, e este último esteve presente (Costa *et al.*, 2010; Poveda *et al.*, 2014).

Em um estudo de objetivo semelhante realizado em outro estado do nordeste brasileiro foi encontrado uma variedade de 34 DE, assim como em outro realizado no mesmo estado com um total de 36 DE (Costa *et al.*, 2010; Muniz *et al.*, 2015). Números compatíveis ao encontrado neste estudo. Entretanto, outras pesquisas encontraram uma variedade menor de DE, entre 12 e 24 fenômenos (Bezerra *et al.*, 2012; Poveda *et al.*, 2014). Nos mesmos estudos em que a variedade de diagnósticos foi compatível, houve também semelhança no número de diagnósticos que obtiveram frequência acima de 50%. Sendo que os DE's que aqui se destacaram também foram relevantes em outras pesquisas (Costa *et al.*, 2010; Holanda & Silva, 2009; Muniz *et al.*, 2015; Poveda *et al.*, 2014). Porém, as médias de DE por paciente foram discrepantes com a de alguns estudos com o mesmo foco (Holanda & Silva, 2009; Muniz *et al.*, 2015). Essas divergências em relação ao aspectos da inferência dos DE's podem ser explicadas por fatos como: esse ato é intrínseco a capacidade de raciocínio diagnóstico do profissional, deixando sua parcela de subjetividade, devido as capacidades individuais exigidas e diferentes correntes teóricas utilizadas para fundamentação do julgamento clínico; e as diferenças nas amostras, em relação as suas características sociodemográficas e clínicas. Além disso, a taxonomia utilizada neste estudo e nas literaturas consultadas, é revisada a cada dois anos, alterando, por vezes, o rótulo, o conceito, as características definidores, fatores relacionados, fatores de risco ou mesmo retirando e inserindo novos fenômenos. O diagnóstico Risco de Infecção foi encontrado em todos os pacientes da amostra, fato similar ao observado em outros estudos com pacientes em tratamento hemodialítico (Bezerra *et al.*, 2012; Poveda *et al.*, 2014). A presença desse se comprova por meio dos fatores de risco presentes nesses indivíduos, a saber, enfermidade crônica, obesidade, procedimentos invasivos, alteração na integridade da pele, e diminuição da hemoglobina (Bezerra *et al.*, 2012; Holanda & Silva, 2009). Ademais, esses pacientes são submetidos a punções a cada sessão de hemodiálise, fator iminente para desenvolvimento de infecção. Outra condição clínica que pode favorecer esse risco é a anemia, comum nos pacientes com disfunção renal, causada principalmente pela produção insuficiente de eritropoietina (Muniz *et al.*, 2015; Poveda *et al.*, 2014).

Outro diagnóstico encontrado em todos os pacientes foi o de volume de líquidos excessivo, resultado próximo ao de outro estudo com pacientes em hemodiálise, que identificou o mesmo diagnóstico em 99,4% de seus pacientes (Frazão, 2012). Em uma pesquisa sobre a acurácia deste diagnóstico em pacientes dialisados constatou-se a presença marcante das características definidoras: azotemia (100%), desequilíbrio eletrolítico (88%), edema (81%), hematócrito diminuído (96%) e/ou hemoglobina diminuída (73%) (Fernandes *et al.*, 2015). Ademais, sabe-se que tal diagnóstico é intrínseco a

fisiopatologia da DRC uma vez que com a redução na taxa de filtração glomerular, e por conseguinte, diminuição na excreção renal de água e eletrólitos pode-se acumular e desencadear o aumento de líquidos extracelular. A consequência dessa sobrecarga hídrica é o risco maior de problemas cardiovasculares gerados pelo aumento da volemia (Cavalcanti *et al.*, 2015). Considerando o conceito do diagnóstico Conhecimento deficiente, que é ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico, esse foi encontrado em 85,58% dos pacientes (NANDA, 2015). Altas prevalências deste diagnóstico também foram identificados em outros estudos no Nordeste brasileiro, 60% e 69,9% (Costa *et al.*, 2010; Muniz *et al.*, 2015). O nível de escolaridade apresentado nos dados sociodemográficos desta pesquisa é um fator preditivo para a presença deste fenômeno de enfermagem. Além disso, estudos apontam a relação do déficit de conhecimento com a dificuldade de adesão a terapêutica (Medeiros & Sá, 2011).

No concernente ao fenômeno eliminação urinária prejudicada a maior parte dos pacientes apresentou tal diagnóstico (76,92%). Já em outra pesquisa também com pacientes acometidos pela DRC considerou-se esse diagnóstico como uma constante. Pois, tendo em vista o papel renal na produção da urina, e seu comprometimento fisiológico na DRC, é presumível alterações no padrão da diurese. A mesma pesquisa também relata o fato de ser comum ao paciente com comprometimento renal a cessação do débito urinário, ou que exista apenas um volume urinário residual (Poveda *et al.*, 2014). Neste estudo, alguns dos pacientes negaram problemas com eliminação urinária e referiram que mantêm volume urinário elevados, descartando-se a presença desse diagnóstico nos mesmos. Em estudos realizados com o objetivo de diagnosticar o paciente em hemodiálise, encontrou-se a presença do diagnóstico de dentição prejudicada em quantidades variadas 38,2% e 64% (Frazão, 2012; Poveda *et al.*, 2014). No entanto, nesse estudo verificou-se relação do mesmo com a variável estado civil. O que pode ser explicado pelo fato do suporte social a esse paciente se constituir como um fator que tanto pode ser incentivador como desestimulador para a adesão desse paciente ao autocuidados e terapêutica (Maldaner *et al.*, 2008). Também foram encontrados nos pacientes os diagnósticos de enfermagem de Insônia e Disfunção sexual, ambos na frequência de 50,96%. Outra pesquisa confirma a alta prevalência do diagnóstico Insônia em seus investigados (83,3%). Ressalta-se que sua ocorrência deve ser valorizada na assistência ao paciente hemodialítico uma vez que o sono tem importantes funções para a manutenção da homeostase do organismo, e seu prejuízo pode tornar o paciente ainda mais vulnerável em sua saúde (Holanda & Silva, 2009).

Já em estudo realizado neste mesmo estado, o diagnóstico de Disfunção sexual foi observado em 37,7% da amostra, e a mesma aponta que esses pacientes geralmente apresentam condições patológicas, como a associação da hipertensão e diabetes; e alterações psicológicas que podem afetar a libido e a função erétil dos homens, maioria entre os pacientes (Muniz *et al.*, 2015). Além desses, foi identificado o diagnóstico de controle ineficaz da saúde, com prevalência semelhante a de outra pesquisa realizada com pacientes em hemodiálise, 42,7% (Frazão, 2012). Esse diagnóstico apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis anos de estudo e estado civil. Acredita-se que a relação desse diagnóstico com a presença de companheiro se dê da mesma forma que com o

diagnóstico de dentição prejudicada, já discutido acima. Estudos consideram que a baixa escolaridade do indivíduo interfere na compreensão do complexo esquema terapêutico, e por conseguinte reduz sua adesão e prejudica sua qualidade de vida, explicando a relação desta variável com o diagnóstico (Maldaner *et al.*, 2008; Medeiros & Sá, 2011). Considerou-se os resultados desse estudo semelhantes ao de outras pesquisa realizadas no país, fator importante para validação de seus achados. No entanto os dados discrepantes ressaltam as individualidades de cada paciente, o que aponta para a necessidade da SAE, e por conseguinte, revela a importância da inferência diagnóstica nesse público. Ademais, acredita-se que a partir do levantamento dos fenômenos de enfermagem em pacientes em tratamento hemodialítico, seja possível nortear estudos para a criação de formulários específicos para a aplicação do processo de enfermagem nessa área. Dentre as limitações encontradas para a realização do estudo, pode-se destacar as condições da coleta de dados ocorrida durante as sessões de hemodiálise, associado ao grande número de variáveis pesquisadas, o que deixa por vezes o paciente menos predisposto a participação do exame físico e entrevista. Ademais, ressalta-se que, com as atualizações periódicas da taxonomia I da NANDA, seja necessário a revisão dos diagnósticos encontrados a fim de confirmarem os fenômenos de enfermagem. Dessa forma, recomenda-se que outros estudos nesta temática sejam desenvolvidos em outras regiões com condições socioeconômicas e culturais distintas, de forma que se possa construir um panorama mais consistente da realidade do paciente hemodialítico, abordando outras problematizações e relativizações.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto, foi possível levantar os diagnósticos de enfermagem nos pacientes com doença renal e em hemodiálise. Os mais encontrados foram: volume de líquidos excessivo, risco de infecção, dentição prejudicada, eliminação urinária prejudicada, insônia, disfunção sexual, controle ineficaz da saúde e conhecimento deficiente. A partir do cruzamento dos diagnósticos com as variáveis sócio demográficas verificou-se associação entre a presença de companheiro e o diagnóstico dentição prejudicada, bem como da presença de companheiro e baixa escolaridade com o diagnóstico controle ineficaz da saúde. Acredita-se que com o conhecimento do estado de saúde de tais pacientes, seja possível tornar a sistematização da assistência enfermagem mais efetiva, uma vez que, com os resultados obtidos, seja possível favorecer os usuários, a partir de um atendimento individualizado e voltado as necessidades de cada sujeito. Além disso, acredita-se que as evidências apresentadas possibilite fortalecer a profissão de enfermagem a partir de uma caracterização mais científica.

Conflito de interesses:

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. 2005. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo* 5ª ed.. Porto Alegre: Artmed.
- Bezerra, M. L. R., Ribeiro, P. R. da S., Sousa, A. A. de, Costa, A. I. S., & Batista, T. de S. 2012. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de orem

- para pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev. Ciênc. Ext*, 81, 60–81. https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/533
- Bisca, M. M., & Marques, I. R. 2010. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 435–439. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000300014>
- Cavalcanti, M. I. D. C. D. F., De Andrade Silva, P. K., De Medeiros Dantas, A. L., Mariano Nunes de Paiva, M. G., De Azevedo Araújo, M. G., & Brandão de Carvalho Lira, A. L. 2015. Pacientes em hemodiálise com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo: aspectos socioeconômicos e clínicos. *Cogitare Enfermagem*, 20, 160–168. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i1.37627>
- Costa, A. G. de S., Santos, R. M. B. dos, Vitor, A. F., & Araujo, T. L. de. 2010. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento de hemodiálise em hospital-escola. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 44, 1477–1483. http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1047/pdf_126
- Dallé, J., & Lucena, A. D. F. 2012. Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25, 504–510. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400004>
- Fernandes, M. I. da C. D., Bispo, M. de M., Leite, É. M. D., Lopes, M. V. de O., Silva, V. M. de, & Lira, A. L. B. de carvalho. 2015. Acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico volume de líquidos excessivo de pacientes em hemodiálise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 1057–1064. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000601057&script=sci_arttext&tlng=es
- Frazão, C. M. F. de Q. 2012. *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE: semelhanças entre o Modelo de Adaptação e a NANDA Internacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14773>
- Frazão, C. M. F. de Q., Fernandes, M. I. da C. D., Nunes, M. das G. M., Sá, J. D. de, Lopes, M. V. de O., & Lira, A. L. B. de C. 2013. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 45–52. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000400006>
- Holanda, R.-H., & Silva, V. M. Da. 2009. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Rene Fortaleza*, 10, 37–44. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/13647>
- Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., Hogg, R. J., Perrone, R. D., Lau, J., Eknoyan, G., & Willis, K. 2003. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Annals of Internal Medicine*, 139, 137–147. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-2-200307150-00013>
- Lira, A. L. B. de C. 2005. *UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Lira, A. L. de C., & Lopes, M. V. de O. 2008. PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem a. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 108–114. <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11072>
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. D. L. D., & Pauletto, M. R. 2008. FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO NA DOENÇA CRÔNICA: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29, 647–653. <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>
- Medeiros, M. C. W. C. de, & Sá, M. da P. C. de. 2011. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 12, 65–72. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027974009.pdf>
- Meirelles, R. M. R., & Hohl, A. 2009. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. In *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia* Vol. 53, Issue 8, pp. 899–900. <https://doi.org/10.1590/s0004-27302009000800001>
- Muniz, G. C., Aquino, D. M. C. de, Rolim, I. L. T. P., Chaves, E. S., & Sardinha, A. H. de L. 2015. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Revista Pesquisa Saúde*, 16, 34–40. <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/revistaufma/article/view/4074>
- Neves, P. D. M. de M., Sesso, R. de castro C., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Nascimento, M. M. 2020. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Brazilian Journal Nephrology*, 42, 191–200. <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0234>
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION 2012. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. *Artmed*.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION 2015. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. In *Artmed*.
- Pereira, J. dos S., Pinho, A. S. D. S., Costa, M. S., & Lira, A. L. B. de C. 2012. SABERES DE ENFERMEIROS ACERCA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À LUZ DO MODELO CONCEITUAL DE WANDA DE AGUIAR HORTA. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 4, 2437–2447. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750893014.pdf>
- Poveda, V. de B., Alves, J. da S., Santos, E. de F., & Garcia, A. E. M. 2014. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Sometidos a Hemodiálise Nursing Diagnoses in Patients Undergoing Hemodialysis irreversível da função renal , tendo como causas principais o diabetes. *Enfermeria Global, Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaria*, 3, 70–81. <https://doi.org/10.1108/S0278-120420150000034009>
- Rocha, L. A. da. 2008. CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: relação entre diagnósticos NANDA, modos adaptativos de Roy e intervenções da NIC. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. http://www.uece.br/cmactis/dmdocuments/luciana_alves_da_rocha.pdf
- Santos, I. dos, Rocha, R. de P. F., & Berardinelli, L. M. M. 2011. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e

- necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. *Escola Anna Nery*, 151, 31–38. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000100005>
- Silva, A. S. da, Silveira, R. S. da, Fernandes, Farias Machado, G., Tomaszewski, J. G., & Bordignon, S. S. 2013. PERCEPÇÕES DO PACIENTE RENAL SUBMETIDO À HEMODIÁLISE E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7. www.jornalavozdopovo.com/colunistas/index.
- Siviero, P., Machado, C. J., & Rodrigues, N. R. 2013. Doença Renal Crônica: Um Agravado De Proporções Crescentes Na População Brasileira. *Cedeplar/UFMG*, 1–17. <https://ideas.repec.org/p/cdp/texdis/td467.html>
- Souza, E. F. de, Martino, M. M. F. do, & Lopes, M. H. B. de M. 2007. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP*, 414, 629–635. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400013&script=sci_arttext
