



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM HEMODIÁLISE FUNDAMENTADOS NA TEORIA DE HORTA

NURSING DIAGNOSES IN HEMODIALYSIS BASED ON HORTA'S THEORY DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS BASADOS EN LA TEORÍA DE HORTA

Gilberto de Lima Guimarães¹, Isabel Yovana Quispe Mendoza², Vania Regina Goveia³, Fabiola Carvalho Almeida Baroni⁴, Solange Cervinho Bicalho Godoy⁵, Selme Silqueira Matos⁶

RESUMO

Objetivo: identificar o diagnóstico de enfermagem a partir do referencial da teoria de Horta e a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*. **Método:** estudo descritivo-retrospectivo, realizado na unidade de diálise de um hospital universitário em Belo Horizonte, MG. A amostra foi de 42 pessoas de ambos os sexos, idade ≥ 18 anos e < 60 anos, em hemodiálise havia, no mínimo, 90 dias. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo n° 0292.0.203.000-10. **Resultados:** diagnósticos reais: ansiedade; volume de líquidos excessivo; insônia; e dor aguda. Diagnósticos potenciais: risco de infecção; desequilíbrio eletrolítico; trauma vascular; função hepática prejudicada; e glicemia instável. **Conclusão:** os diagnósticos pertenciam às necessidades psicobiológicas e psicossociais. Não houve diagnóstico para a necessidade psicoespiritual. **Descritores:** Teoria de Enfermagem; Diálise Renal; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Insuficiência Renal.

ABSTRACT

Objective: to identify the nursing diagnosis from the referential of Horta's theory and the Taxonomy II endorsed by the North American Nursing Diagnosis Association. **Method:** descriptive retrospective study conducted in a dialysis unit of a university hospital of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. The sample consisted of 42 patients of both sexes aged ≥ 18 and < 60 years who had been undergoing hemodialysis for at least 90 days. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol No. 0292.0.203.000-10. **Results:** real diagnoses: anxiety; excessive fluid volume; insomnia; and acute pain. Potential diagnoses: risk of infection; electrolyte imbalance; vascular trauma; impaired liver function; and glycemic instability. **Conclusion:** the diagnoses were related to psychobiological and psychosocial needs. There was no diagnoses of psychospiritual need. **Descriptors:** Nursing Theory; Kidney Dialysis; Nursing Care; Nursing Diagnosis; Kidney Insufficiency.

RESUMEN

Objetivo: identificar el diagnóstico de enfermería desde el referencial de la teoría de Horta y la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association*. **Método:** estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en la unidad de diálisis de un hospital universitario en Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. La muestra la integraron 42 personas de ambos sexos, con edad de ≥ 18 años y < 60 años sometidos a hemodiálisis al menos por 90 días. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo N° 0292.0.203.000-10. **Resultados:** diagnósticos reales: ansiedad; volumen excesivo de líquidos; insomnio; y dolor agudo. Diagnósticos potenciales: riesgo de infección; desequilibrio de electrolitos; trauma vascular; función hepática deteriorada; y glucemia inestable. **Conclusión:** los diagnósticos pertenecieron a las necesidades psicobiológicas y psicossociales. No hubo ningún diagnóstico para la necesidad psicoespiritual. **Descritores:** Teoría de Enfermería; Diálisis Renal; Atención de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Insuficiencia Renal.

¹Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: drgilberto.guimaraes@hotmail.com; ² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: isabelyovana@ufmg.br; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: vaniagoveia@ufmg.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: fabiolabaroni@gmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: solange.godoy@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: selmesilqueira@gmail.com



INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) de causa multifatorial manifesta-se como uma síndrome decorrente da perda lenta e progressiva da capacidade funcional do rim para manter a homeostasia corporal. É considerada um problema de saúde pública mundial, com aumento da incidência e prevalência tanto na fase pré-dialítica quanto na dialítica.¹

No Brasil existem 87.000 pessoas em tratamento dialítico e este representa uma esperança de vida, pois a doença é irreversível, logo, todo esforço deve ser empreendido para que se evitem suas complicações. Assim, é requerido do enfermeiro que coordene a assistência prestada a partir da identificação das necessidades manifestadas pela pessoa, proporcionando meios de atendimento que visem a melhor adequação do tratamento, garantindo qualidade de vida e aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças.²⁻³

Essa coordenação da assistência se dá pela incorporação na prática profissional da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois ela organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE). O PE é um conjunto de ações que se executa mediante um determinado modo de fazer e pensar, em face das necessidades da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, que demandam o cuidado do profissional de enfermagem. Assim, é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e está subordinado a uma concepção teórica. No presente estudo utilizou-se da Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (teoria de Horta) como fundamento.⁴⁻⁶

O PE se constitui no elemento capaz de proporcionar os meios que garantam a adequação do tratamento, além de facilitar a pesquisa e o ensino, delimitar as funções independentes da enfermagem, estimular a participação do paciente em seu tratamento e contribuir para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem. Sua base é o diagnóstico de enfermagem (DE), que fornece critérios mensuráveis que orientam as intervenções, visando o alcance dos melhores resultados.⁴⁻⁶

♦ A Teoria de Horta

No Brasil, a SAE começou com os estudos de Wanda de Aguiar Horta e nas últimas

décadas os enfermeiros conquistaram não apenas um modelo, mas uma linguagem e uma legislação, além dos compromissos. Enquanto modelo conceitual, a teoria de Horta se fundamenta na Teoria de Motivação Humana de Maslow e tem como base o conceito de hierarquia das necessidades humanas básicas (NHB).⁵

As NHB são hierarquizadas em cinco níveis de prioridade e o nível mais básico inclui as necessidades fisiológicas; o segundo, as necessidades de segurança e proteção; o terceiro, as necessidades de amor e gregarismo; o quarto, as necessidades de auto-estima; e o quinto, a necessidade de auto-realização.⁵

Na enfermagem, utiliza-se a denominação de João Mohana, que classifica as NHB em três níveis, a saber: psicobiológico; psicossocial; e psicoespiritual. A necessidade psicobiológica funda-se nos aspectos necessários à vida do ponto de vista biológico; a necessidade psicossocial diz respeito à vida nas relações e interações sociais; e a necessidade psicoespiritual é entendida através da vida religiosa ou teológica, a ética ou a filosofia de vida assumida pela pessoa. Assim, constata-se que os dois primeiros níveis são comuns aos os seres vivos, mas o terceiro é característica única do homem.⁵

Ademais, além de se fundamentar na teoria de Maslow e adotar a classificação de NHB de João Mohana, a teoria se apoia e engloba três leis gerais que regem os fenômenos universais, a saber: a lei do equilíbrio (todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres); a lei da adaptação (todos os seres do universo interagem com seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manter em equilíbrio); e a lei do holismo (o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo e esse todo não é mera soma das partes constituintes de cada ser).⁵ A inter-relação dessas leis estabelece o amálgama que constitui a teoria.

Diante do exposto e considerando que a unidade cenário do estudo implantou a SAE no primeiro semestre de 2010, julgou-se de suma importância a identificação do perfil diagnóstico dos pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico.

OBJETIVO

- Identificar o diagnóstico de enfermagem a partir do referencial da teoria de Horta e a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*.



MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-retrospectivo com abordagem quantitativa, visto que representa um corte no tempo, quando as variáveis de interesse são medidas simultaneamente e não há preocupação de nova mensuração.

O cenário foi a unidade de diálise localizada no hospital universitário de uma instituição pública em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Essa unidade possuía 16 máquinas hemodialisadoras, três cicladoras para diálise peritoneal e no período de estudo estavam em atendimento 120 pessoas. Destas, 78 realizavam a hemodiálise em três sessões semanais, com duração média de quatro horas. Os critérios de inclusão foram: pessoas adultas de ambos os sexos; idade ≥18 anos e <60 anos; e em hemodiálise havia, no mínimo, noventa dias. A amostra do estudo foi de 42 pessoas.

No instrumento de coleta de dados constou: dados sociodemográficos; doença de base; títulos diagnósticos; e fator relacionado/característica definidora. Os diagnósticos atribuídos foram classificados em reais e potenciais. Diagnóstico real descreve as respostas humanas a condições de saúde existentes em um indivíduo e tem apoio de características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionadas. Diagnóstico potencial ou de risco descreve respostas humanas a condições de saúde que

podem se desenvolver em um indivíduo e tem apoio de fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.⁶

A coleta foi realizada junto aos prontuários, no período de 3 de setembro a 3 de outubro de 2010. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e discutidos à luz da literatura científica, corroborada pela teoria de Horta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/UFGM, sob o parecer nº 0292.0.203.000-10, em 02/09/2010. A pesquisa atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resguardando o anonimato das pessoas em tratamento e dos profissionais que elaboraram os diagnósticos de enfermagem.

RESULTADOS

Nos 42 prontuários analisados, 61,9% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade variou de 20 a 59 anos. Quanto ao estado civil, 54,5% eram solteiros e, quanto ao nível de escolaridade, 54,6% possuíam ensino fundamental e 2,9% ensino superior. Quanto à religião, 57,4% eram católicos e 9,53% sem religião. Sobre as doenças de base, 37,71% apresentaram-se com diagnóstico de nefropatia hipertensiva e 33,33% glomerulopatia. Esses resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Belo Horizonte, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	26	61,9
Feminino	16	38,1
Idade		
20-29	16	38,0
30-39	8	19,0
40-49	5	12,0
50-59	13	31,0
Estado Civil		
Solteiro	22	54,5
Casado	15	45,5
Escolaridade		
Fundamental	23	54,6
Ensino médio	18	42,9
Ensino superior	1	2,5
Religião		
Católicos	24	57,4
Evangélicos	12	28,6
Sem religião	4	9,5
Espírita	1	2,4
Testemunha de Jeová	1	2,4
Doenças de Base		
Nefropatia hipertensiva	15	35,7
Glomerulopatia	14	33,3
Nefropatia diabética	4	9,53
Nefropatia de refluxo vesico-urinário	4	9,53
Litíase renal	3	7,14
Rim policístico	2	4,76



Foram atribuídos diagnósticos reais e potenciais para as 42 pessoas em hemodiálise. Os reais foram: ansiedade (n=10); volume de líquidos excessivo (n=10); insônia (n=10) em 24% dos prontuários; e dor aguda (n=3) em 7%. Os potenciais foram: risco de infecção (n=42); risco de desequilíbrio eletrolítico (n=42); risco de trauma vascular (n=42) em 100% dos

prontuários; risco de função hepática prejudicada (n=14) em 33%; e risco de glicemia instável (n=4) em 9%. Os diagnósticos de enfermagem e respectivos fatores relacionados e características definidoras ou fatores de risco estão apresentados na Figura 2.

Diagnóstico de enfermagem	Fatores relacionados ou fatores de risco	Característica definidora	Necessidade humana
Risco de infecção	Procedimento invasivo: venopunção Doença crônica Defesas secundárias inadequadas	-	Psicobiológica
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Disfunção renal	-	Psicobiológica
Risco de trauma vascular	Velocidade de infusão	-	Psicobiológica
Risco de função hepática prejudicada	Infecção viral	-	Psicobiológica
Risco de glicemia instável	Monitorização inadequada da glicemia Ingestão alimentar	-	Psicobiológica
Ansiedade	Crise situacional (ganho de peso em curto período)	Sentimento de inadequação Irritabilidade	Psicossocial
Volume de líquidos excessivo	Ingesta excessiva de líquidos.	Distensão da veia jugular	Psicobiológica
Insônia	Ansiedade Medo	Relata sono não restaurador Relata dificuldade para adormecer	Psicossocial
Dor aguda	Relato verbal	Agentes lesivos (biológicos e psicológicos)	Psicobiológica

Figura 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo fatores relacionados, fatores de risco, características definidoras e necessidade humana básica afetada.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou prevalência do sexo masculino em tratamento de hemodiálise. Estudos de sobrevida de pessoas nesta condição também indicam este predomínio, sendo a doença cardiovascular a principal causa de mortalidade.⁷⁻⁸

No cenário mundial, pouco mais de um milhão de pessoas são submetidas a hemodiálise e mais da metade possui idade superior a 65 anos.⁷ No Brasil, são 26% e, na clientela estudada, 31% tinham idade entre 50 e 59 anos. A população brasileira está envelhecendo, consequentemente, haverá um crescimento do número de pessoas com idade acima da 5ª década de vida em diálise. Essa variável tem sido relacionada como fator de risco para mortalidade e declínio na qualidade de vida.⁸⁻⁹ Desta maneira, tem-se proposto a incorporação de atividades físicas regulares como forma de prevenção de problemas musculoesqueléticos em doentes renais crônicos.⁷

A maioria dos participantes deste estudo possuía o ensino fundamental. A baixa escolaridade tem sido identificada como fator que favorece a vulnerabilidade social além de comprometer a adesão ao plano terapêutico.¹⁰

Quanto à etiologia da DRC, nos Estados Unidos da América (EUA), a principal causa é a nefropatia diabética, seguida da hipertensão arterial e as glomerulopatias.⁹ Dados do Brasil apontam a nefropatia hipertensiva (35,1%) como a principal causa, seguida da nefropatia diabética (28,4%), glomerulonefrite crônica (11,4%) e rins policísticos (3,4%).²

Nesta pesquisa, a nefropatia hipertensiva foi a principal causa da DRC (35,71%). A hipertensão arterial e a função renal estão intimamente relacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência da doença renal. Na forma maligna ou acelerada, ela pode determinar um quadro grave de lesão renal, de natureza microvascular, caracterizada por proliferação miointimal ou necrose fibrinóide, i.e., a nefrosclerose maligna. Esse quadro pode acarretar, com frequência e em pouco tempo, se não for tratado, o quadro de DRC terminal.¹⁰

A hipertensão arterial crônica, não maligna, pode determinar quadro de lesão renal de natureza microvascular, caracterizado por arteriosclerose hialina, de evolução lenta e menos agressiva, conhecida como nefrosclerose benigna, mas que pode levar à DRC terminal. As formas maligna e benigna de nefrosclerose – que em conjunto



são denominadas nefrosclerose hipertensiva — determinam em números absolutos um importante contingente de portadores de disfunção renal, dada a alta prevalência da hipertensão arterial na população geral.¹⁰

O principal mecanismo da hipertensão arterial na DRC esta relacionado com a perda progressiva da capacidade renal de excretar sódio, resultando em sobrecarga salina e de volume. Outros mecanismos podem estar envolvidos, tais como: maior produção de vasoconstritores, como a angiotensina II; diminuição de vasodilatadores, como as prostaglandinas; e alterações na função endotelial com síntese prejudicada do óxido nítrico.¹⁰

Nos EUA, as glomerulopatias são a terceira causa de DRC e, no Brasil, a quarta.²⁻⁹ Tal situação atribui-se, dentre outros fatores, à não realização da biópsia renal, por ocasião do estadiamento da DRC.² Neste estudo, a glomerulopatia constituiu-se na segunda causa. Por se tratar de uma instituição de ensino e pesquisa, o acesso à propedêutica diagnóstica foi mais amplo.

Ressalta-se que as glomerulopatias, muitas vezes, apresentam curso insidioso e assintomático, fato que acarreta um retardo diagnóstico, o que contribui para pior sobrevida renal e clínica do paciente. O diagnóstico histopatológico se dá pela biópsia renal. Ela está indicada quando houver a vigência de síndrome nefrótica em pacientes adultos, insuficiência renal de causa não esclarecida e glomerulonefrite rapidamente progressiva.¹¹

Um estudo sobre a prevalência da DRC no Distrito Federal evidenciou que, em 80% dos casos suspeitos biopsiados, a doença glomerular tinha sido confirmada. Desta maneira, a suspeita clínica deve mover o rápido diagnóstico histopatológico e tratamento, a fim de prevenir ou retardar a progressão da doença renal.¹²

Nos EUA, a nefropatia diabética (ND) é a maior causa de admissão em programa de diálise e, no Brasil, a segunda (28,4%);² nesta pesquisa, a terceira (9,53%). A ND ou doença renal secundária ao diabetes melito (DM) tem sido denominada “doença renal diabética”. Esta consiste numa síndrome clínica caracterizada pela presença de proteinúria e alterações da função renal, determinadas em pelo menos duas ocasiões diferentes, com intervalo de três a seis meses. Estudos demonstraram que a prevalência de DRC no DM pode variar de 5% a 40%.¹³⁻¹⁷

Quanto a nefropatia de refluxo (NR), não há na literatura nacional dados disponíveis

referentes a este agravo e seu impacto em indivíduos adultos com DRC em hemodiálise.² No presente estudo, a NR igualou-se à ocorrência da ND. Isto se deve ao fato da instituição cenário ser especializada no atendimento em nefropediatria. Assim, muitas das crianças que chegam à fase adulta e que passam a demandar tratamento dialítico são mantidas no programa da unidade.

A NR caracteriza-se pela presença de cicatrizes renais, focais ou difusas, secundárias a lesões irreversíveis do parênquima renal, que são identificadas como zonas de hipo-captção pela cintilografia renal. Nesta patologia há que se distinguem dois tipos de cicatrizes, as primárias e as congênitas. As primárias estão associadas a um desenvolvimento metanefrico anormal e surgem na ausência de infecção do trato urinário; as congênitas são sequelas de um ou vários episódios de pielonefrite aguda, na presença de refluxo vesico-ureteral, com entrada de urina infectada para os canais coletores através das chamadas papilas refluxivas.¹²

A NR é uma causa significativa de hipertensão e DRC em idade pediátrica. Por essa razão, os doentes devem ser vigiados de forma a detectar precocemente proteinúria com ou sem elevação da pressão arterial e, assim, prevenir ou retardar a progressão para a DRC.¹²

No Brasil, dados relativos à litíase renal não foram identificados no último censo promovido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.² Neste estudo, foi a quinta causa de DRC nas pessoas em hemodiálise. Quanto à doença renal policística, esta foi a sexta principal causa, situação também encontrada em outro estudo.²

O diagnóstico de enfermagem expressa a necessidade do ser humano que precisa de atendimento e o grau de dependência desse atendimento em natureza e extensão. Os diagnósticos encontrados no presente estudo puderam ser distribuídos em dois níveis hierárquicos propostos por Horta, i.e., as necessidades psicobiológicas e psicossociais. O primeiro nível hierárquico, a necessidade psicobiológica, é fundamental para a garantia e manutenção da vida. Neste sentido, constituiu-se no nível mais elementar, pois sobre ele fundam-se os demais níveis hierárquicos. O segundo nível, a necessidade psicossocial, é característica de todas as espécies animais que possuem senso gregário para a vida. O terceiro nível, o psicoespiritual, é característica única do ser humano e o distingue dos demais animais.⁵



Neste estudo, não houve formulação de diagnóstico para a necessidade psíquica. Infere-se que a ausência da formulação de diagnósticos para a necessidade psíquica por parte do enfermeiro é fruto de sua cosmovisão centrada no modelo biológico, sob forte influência biomédica. Neste modelo, o ser humano é percebido enquanto sua funcionalidade e ignoram-se todas as faces que o compõem. Ao proceder desta forma, o enfermeiro expressa o seu conceito de homem pelo qual deixa-se conduzir.¹⁸ Neste sentido, o ser humano é maior do que a soma de suas partes e, a partir da teoria de Horta, assume-se um novo conceito de ser humano. Entendendo que, a partir dele, as necessidades estão inter-relacionadas, assim, o homem passa a ser visto como um todo indivisível.⁵ Apesar da escassez de pesquisas na área, um estudo realizado em um centro de diálise com características semelhantes ao desta pesquisa identificou disposição para bem-estar psíquica aumentado.¹⁹

Os diagnósticos de enfermagem foram discutidos relacionando os fatores de risco/relacionados e características definidoras.⁶ Assim, o diagnóstico de risco para infecção foi confirmado a partir dos fatores elencados de venopunção, doença crônica e defesas secundárias inadequadas, o que ratifica resultados de outros estudos.¹⁻³ A venopunção é realizada na fístula arteriovenosa (FAV), principal acesso para a hemodiálise. O fato de sofrer múltiplas punções aumenta o risco de infecção devido à perda da integridade da pele, o que torna necessário a adoção de medidas técnicas criteriosas pela enfermagem e a educação da pessoa em tratamento. Quanto às defesas secundárias inadequadas, a anemia é uma complicação frequente e está associada a evolução adversa. Sua causa é a deficiência de produção da eritropoietina pelos fibroblastos peritubulares renais. Contudo, a deficiência de ferro e a perda de sangue no circuito extracorpóreo a influenciam.¹

O diagnóstico de risco de desequilíbrio eletrolítico foi estabelecido a partir do fator de risco "disfunção renal". Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, pois promovem a regulação ácido-base dos eletrólitos e da água, dentre outros.¹ O enfermeiro deverá dobrar a atenção para aquisição de competência frente a identificação dos sinais e sintomas que envolvam esta manifestação clínica, objetivando prover uma assistência que garanta o atendimento com qualidade e segurança.⁷

O diagnóstico de risco de trauma vascular foi estabelecido a partir do fator de risco "velocidade de infusão". Através de uma bomba mecânica, o volume de sangue de 200 a 350mL/min é extraído por intermédio de tubos conectados ao dispositivo implantado na FAV. Após percorrer o circuito extracorpóreo, esse volume regressará e poderá produzir hematoma na FAV.³ Cabe ao enfermeiro orientar sua equipe para a inspeção do local de venopunção em FAV e tomada de decisão precisa na elevação da pressão venosa no conjunto de circulação extracorpóreo.

O diagnóstico de risco de função hepática prejudicada foi estabelecido a partir do fator de risco "infecção viral". Estudos apontam que a infecção pelo VHC continua prevalente nas unidades de hemodiálise e o VHC é considerado a principal causa de doença hepática entre os doentes com DRC em tratamento dialítico. As pessoas com DRC estão expostas a infecção viral para hepatites B e C, sendo que a transfusão de sangue e a não observância das medidas de biossegurança constituem-se nas principais causas de contaminação. Essas hepatites comprometem a qualidade de vida e a inclusão ou manutenção na fila única para o transplante renal.⁷ As ações corretivas da anemia pelo uso da eritropoietina recombinante humana, aliada à imunização para a hepatite B dos susceptíveis, produziu um descenso das taxas de infecção pelo vírus da hepatite B. Entretanto, a prevalência da hepatite C tem-se mostrado preocupante.² Não havendo imunização para a hepatite C, tem-se na adoção das medidas de biossegurança a única forma de prevenção e controle. Neste sentido, cabe ao enfermeiro prover a equipe pela educação permanente em relação a normas de precauções universais necessárias para a redução da propagação da infecção.²

O diagnóstico de risco de glicemia instável esteve associado a dois fatores, a saber: "monitorização inadequada da glicemia" e "ingestão alimentar". A hemodiálise poderá acarretar a instabilidade glicêmica pela passagem da glicose sanguínea para o dialisato.¹ Assim, torna-se fundamental monitorar a glicemia, para prevenir a ocorrência de alterações de hipo ou hiperglicemia durante o tratamento.⁷⁻¹⁶

O diagnóstico de ansiedade, insônia e volume de líquido excessivo guardam, entre si, um elo a partir das alterações psicológicas pela qual passa a pessoa submetida a hemodiálise. A pessoa em início de tratamento, geralmente, sente-se esperançosa, entretanto, depois de algum tempo, apresenta sentimentos conflitantes.



Dentre eles, o medo, que está presente nas situações vivenciadas. A pessoa tem extremo receio das complicações derivadas da doença e tratamento. Este sentimento vai desenvolvendo alterações no estado emocional, acarretando extremo temor sobre o futuro.¹⁷

Ressalta-se que a atitude da pessoa em negar a DRC, aliada à ingestão elevada de líquido e à desnutrição, desenvolve um sinergismo para a alteração no estado emocional. Igualmente, a dependência dos familiares, do serviço médico e as limitações físicas fazem com que o convívio social seja restrito, afetando sua afetividade, sexualidade e autoestima.¹⁴⁻¹⁷ Estes fatores constroem a complexa trama que funda o estado emocional e, assim, contribuem para a consecução das alterações do estado psicológico, permitindo a aparição desta tríade diagnóstica.

O diagnóstico de dor aguda teve como característica definidora o relato verbal. Analisando a qualidade de vida, um estudo anterior observou associações significativas entre: aspectos físico e emocional; dor e saúde mental; vitalidade e saúde mental; e aspectos social e emocional.¹⁴ Estes resultados apontam para a necessidade de um atendimento que procure, ao mesmo tempo, atender os aspectos biológicos, sociais, e psíquicos.¹³ Assim, diante do diagnóstico de dor aguda, caberá ao enfermeiro ter competência técnica para lidar com os caracteres objetivos que o cercam, sem negligenciar, contudo, a subjetividade humana, reconhecendo sua influência na expressão desse diagnóstico.

CONCLUSÃO

Identificaram-se nove diagnósticos de enfermagem entre os pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, classificados em reais e potenciais. Estes pertenciam às necessidades psicobiológicas e psicossociais. Não houve diagnóstico para a necessidade psicoespiritual.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente, grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [cited 2010 July 3];56(2):248-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>
2. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. J Bras Nefrol [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 20];34(3):272-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>
3. Rodrigues TA, Botti NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 20];22(spe):528-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22nspe1/15.pdf>
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 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. [Internet]. Brasília, 2009 [cited 2013 Mar 22]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EDUSP; 2005.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2009-2011). Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Azevedo DF, Correa MC, Botre L, Mariano RM, Assis RR, Grossi L, et al. Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 20];19(2):117-22. Available from: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/111/92>
8. Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006 [cited 2012 June 18];52(5):356-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a26v52n5.pdf>
9. Peres LAB, Biela R, Herrmann RBM, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. J Bras Nefrol [Internet]. 2010 [cited 2010 July 18];32(1):51-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a10.pdf>
10. Bortolotto LA. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2008 [cited 2012 June 18];15(3):152-5. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>



11. Kirsztajn GM, Vieira Neto OMV, Abreu PF, Woronick V, Sens YAS. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Indicações de biópsia renal em glomerulopatias. J Bras Nefrol [Internet]. 2005 [cited 2013 Mar 22];27(2):S1. Available from: <http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/recomendacoes.pdf>

12. Ferraz FHRP, Martins CGB, Cavalcanti JC, Oliveira FL, Quirino RM, Chicon R et al. Perfil das doenças glomerulares em um hospital público do Distrito Federal. J Bras Nefrol [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 22]; 32(3):249-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n3/v32n3a05.pdf>

13. Rembold SM, Santos DLS, Vieira GB, Barros MS, Lugon JR. Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 20]; (Especial-Nefrologia):501-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/09.pdf>

14. Martinez BB, Silva FM, Veiga VT, Custódio RP, Silva JV. Desigualdade social em pacientes renais crônicos. Rev Soc Bras Clin Med. 2011 May/June; 9(3):195-9

15. Ferreira LT, Saviolli IH, Valenti VE, Abreu LC. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arq Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2011[cited 2013 Feb 13];36(3):182-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2664.pdf>

16. Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. Rev Ciênc Méd Biol. 2011;10(3):290-6

17. Souza EF, De Martino MMF, Lopes MHB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [cited 2013 Apr 25];41(4):629-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/12.pdf>

18. Guimarães GL, Viana LO. O valor ético no ensino da Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 25];13(3):517-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a09.pdf>

19. Lima FET, Moraes VS, Coelho ELM, Neves FMO, Melo EM, Barbosa IV. Implementation of nursing process to patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Sept [cited 2014 Mar 25];6(9):2167-76. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage>

m/index.php/revista/article/view/3174/pdf_1457



Submissão: 09/05/2014

Aceito: 11/09/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Isabel Yovana Quispe Mendoza
Av do Contorno, 2250 / Ap. 304
Bairro Floresta
CEP 30110-012 – Belo Horizonte (MG), Brasil