



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

FERNANDA BEATRIZ BATISTA LIMA E SILVA

ANÁLISE DE CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE

NATAL

NOVEMBRO/2014

FERNANDA BEATRIZ BATISTA LIMA E SILVA

**ANÁLISE DE CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção à saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

**NATAL
NOVEMBRO/2014**

UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede
Catalogação da Publicação na Fonte

Silva, Fernanda Beatriz Batista Lima e.

Análise do conceito do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise / Fernanda Beatriz Batista Lima e Silva. – Natal, RN, 2013.

70 f.: il.

Orientadora: ~~Prof.~~ ~~Dr.~~ Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Diagnóstico de enfermagem - Dissertação. 2. Estudos de validação - Dissertação. 3. Hemodiálise - Dissertação. 4. Autocontrole - Dissertação. I. Lira, Ana Luisa Brandão de Carvalho. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083

FERNANDA BEATRIZ BATISTA LIMA E SILVA

**ANÁLISE DE CONCEITO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), como exigência parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 07 de Novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira - Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Profa. Dra. Nirla Gomes Guedes - Avaliadora externa
Universidade Federal do Ceará - UFCE

Prof. Dr. Alessandro Silva Coura - Avaliador externo
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Profa. Dra. Alessandra Rodrigues Feijão - Avaliadora interna
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders - Avaliadora interna
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, por estar sempre ao meu lado me guiando em todas as decisões, diante da minha vida, me ajudando desde os momentos os mais felizes e principalmente nos de maior dificuldade.

*Eu sei, se aqui cheguei, se conquistei o que eu queria
Cheguei porque teimei, porque apostei na travessia
Não fiz tudo o que eu quis, mas sou feliz, não fui perfeito.
Errei, mas procurei fazer direito.*

*Andei, corri, voei, me atrapalhei, perdi o prumo. Voltei, recomecei,
replanejei, achei meu rumo! Não fiz tudo o que eu quis, mas sou feliz,
não fui perfeito. Errei, mas eu tentei fazer direito.*

*Se eu me enganei, e eu me enganei, e me engasguei por querer demais!
Mas reagi, cuspi pra fora e aprendi a mastigar. E me refiz, e sou feliz,
não tenho pressa.*

*Amei, sofri, chorei, perdi, ganhei, joguei errado. Cresci, envelheci,
e agora vejo como é engraçado pensar no que eu já fiz pra ser feliz,
quanta loucura! Errei, mas acabei de alma pura.*

*Pra ser alguém a gente tem que se guardar, tem que se doar,
e ser leal, e ser fiel, e não mentir e não fingir. Se eu errei, errei tentando fazer direito.*

Antônio Cardoso

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pela sabedoria e pelo cuidado de sempre que me possibilitaram realizar este trabalho. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado durante toda esta jornada, me apoiando em todas as minhas decisões e me ajudando em tudo que eu precisei. Assim como compreendendo as minhas ausências nos momentos de mais trabalho.

À minha família, que se orgulha de cada conquista minha, me apoia nos meus trabalhos e também compreendeu as minhas ausências.

À minha orientadora, professora Ana Luísa, pela paciência e por todos os ensinamentos não somente acadêmicos, mas de vida também, durante esta jornada que já percorremos juntas desde a iniciação científica.

Às amigas desde a graduação e que dividiram comigo esta etapa do mestrado: Dândara, Rhayssa e Quinidia. Foi muito bom poder dividir com vocês as experiências novas que o mestrado nos proporcionou.

Às amigas de turma e de orientadora que o mestrado me presenteou: Anna Lívia e Érida, obrigada por dividirem comigo estes dois anos de trabalho, cheio de desafios, mas especialmente de muito aprendizado.

A todos os meus amigos que me ajudaram a percorrer esta jornada e torcem pelo meu sucesso.

À minha turma do mestrado obrigada por partilharem comigo conhecimentos e experiências.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem – PAESE, pelos ensinamentos divididos durante cada reunião, especialmente às orientandas da professora Ana: Kadyjina, Cecília, Jéssica, Millena, Maria Isabel e Maria das Graças.

Aos professores Alexandra Rodrigues Feijão, Alexsandro Silva Coura, Bertha Cruz Enders e Nirla Gomes Guedes, pelas importantes contribuições tecidas para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento obtido através do processo 477559/2013-1.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela disponibilidade, ensinamentos e apoio durante esta jornada acadêmica.

RESUMO

O processo de análise de conceito examina criteriosamente a descrição e os usos de uma palavra ou termo, possibilitando a padronização da linguagem, além de fornecer representatividade à profissão, e facilitar o trabalho das taxonomias. Assim, o objetivo do trabalho foi analisar o conceito do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise. Estudo de análise de conceito, baseado no modelo Walker e Avant e operacionalizado através da revisão integrativa da literatura. As bases de dados pesquisadas foram: SCOPUS, CINAHL, PUBMED, LILACS e COCHRANE, com os descritores: *Self-management*, *Adherence* e *Hemodialysis*. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados nos últimos 5 anos, artigos completos disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas; artigos disponíveis nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; e artigos que abordam o conceito autocontrole da saúde, os antecedentes e os consequentes. E os de exclusão: editoriais, cartas ao editor, teses e dissertações. O levantamento dos artigos ocorreu nos meses de janeiro a março de 2014. A amostra inicial foi de 16785 artigos, sendo 11748 na PUBMED, 4767 na Scopus, 174 na CINAHL, 70 na Cochrane e 26 na LILACS. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 76 artigos, sendo 19 na CINAHL, 18 na PUBMED, 30 na Scopus e nove na LILACS. Na análise dos dados, tendo em vista que o conceito buscado na literatura foi autocontrole da saúde, realizou-se a interpretação para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, através da transposição para a negação dos atributos, antecedentes e consequentes identificados. Ressalta-se que termos identificados na literatura como características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em estudo foram acrescentados à pesquisa, mesmo não sendo possível a transposição para o termo oposto. Os resultados mostram que o conceito elaborado para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde foi: Inabilidade do paciente para controlar hábitos e alcançar as metas terapêuticas acordadas com os profissionais, resultando em complicações à saúde. Foram identificados 33 antecedentes, relacionados a aspectos sociais, psicológicos e da terapêutica, e 16 consequentes, envolvendo aspectos fisiológicos, sociais, psicológicos e da terapêutica. Dessa forma, conclui-se que o conceito autocontrole ineficaz da saúde é amplo e envolve aspectos individuais do paciente, da terapêutica e da relação entre o paciente e os profissionais. Acredita-se que o estudo contribuiu para o aprimoramento desse diagnóstico na clientela renal, além de ser uma base importante para o crescimento do corpo científico da enfermagem, subsidiando o desenvolvimento de tecnologias próprias da área.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Estudos de validação. Hemodiálise. Autocontrole.

ABSTRACT

The concept analysis process carefully examines the description and uses of a word or term, enabling the standardization of language, in addition to providing representation to the profession, and facilitate the work of taxonomies. The aim of the study was to analyze the concept of nursing diagnosis ineffective self-health in patients undergoing hemodialysis. Study concept analysis, based on Walker and Avant model and operationalized through integrative literature review. The databases searched were: SCOPUS, CINAHL, PUBMED, LILACS and COCHRANE, with descriptors: Self-management, Adherence and Hemodialysis. The inclusion criteria were: articles published in the last five years, complete articles are available free in selected databases; articles available in Portuguese, English or Spanish; and articles that address the self-concept of health, the antecedents and the consequent. And Exclusion: editorials, letters to the editor, theses and dissertations. The survey of the articles occurred in the months from January to March 2014. The initial sample of 16785 articles, with 11748 in PUBMED, 4767 in Scopus, 174 in CINAHL, the Cochrane 70 and 26 in LILACS. After applying the criteria, 76 articles were selected, 19 in CINAHL, 18 in PUBMED, 30 in Scopus, and 9 in LILACS. In analyzing the data, given that the concept was sought in the literature was self-health, was held interpretation to ineffective self-health diagnosis through the transposition in the denial of the attributes, antecedents and consequences identified. It is noteworthy that the terms identified in the literature as defining characteristics and related factors of the diagnosis under study were added to the survey, not even the transposition into opposite term is possible. The results show that the concept developed for the inefficient self-health diagnosis was: the patient's inability to control habits and achieve the negotiated with professionals therapeutic targets, resulting in health complications. 33 antecedents relating to social, psychological and therapeutic aspects and 16 consequential, involving physiological, social, psychological and therapeutic aspects were identified. Thus, it is concluded that the ineffective self-health concept is broad and involves individual patient factors and the therapeutic relationship between patient and professionals. It is believed that the study contributed to the improvement of diagnosis in renal clientele, besides being an important base for the growth of the scientific body of nursing, subsidizing the development of own technology area.

Descriptors: Nursing diagnosis. Validation studies. Hemodialysis. Self-Management. Adherence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE	11
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL:	18
2.2 ESPECÍFICOS:	18
3 MATERIAIS E MÉTODO	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT (2010)	19
3.3 REVISÃO INTEGRATIVA.....	22
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.5 VARIÁVEIS	29
4 RESULTADOS	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS	30
4.2 ANÁLISE DO CONCEITO AUTOCONTROLE DA SAÚDE	31
4.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito	31
4.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito autocontrole da saúde.....	32
4.2.3 Identificação da definição do autocontrole da saúde.....	32
4.2.4 Identificação de um caso modelo	32
4.2.5 Identificação de um caso contrário	33
4.2.6 Determinação dos antecedentes do conceito.....	33
4.2.7 Determinação dos consequentes do conceito	33
4.3 PROPOSTA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE.....	34
4.3.1 Atributos críticos do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde	34
4.3.2 Identificação da definição do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde	35
4.3.3 Identificação dos fatores relacionados para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde	35
4.3.4 Identificação das características definidoras para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde	42
4.3.5 Relação entre características definidoras e fatores relacionados da NANDA-Internacional e encontrados na análise conceitual.....	44

5 DISCUSSÃO	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE	66
APÊNDICE A – Protocolo de revisão integrativa	67
ANEXO	68
ANEXO 1 – Escala de autoeficácia do “Chronic disease self-management program questionnaire code book” 2007	69

1 INTRODUÇÃO

A validade de um diagnóstico de enfermagem (DE) reflete a medida daquilo que se propõe mensurar e sua exatidão ou precisão, isto é, refere-se ao grau de representatividade da resposta manifestada pelo paciente, indivíduo, família ou comunidade, que demanda intervenção de enfermagem (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CARVALHO et al., 2008).

Para Chaves, Carvalho e Rossi (2008), validar, dentre outras definições, remete a legitimar, tornar o DE verdadeiro para uma dada condição clínica e para os profissionais de enfermagem. O processo de validação é uma preocupação constante na mensuração de fenômenos de enfermagem, através do qual são colhidas evidências capazes de estabelecer exatidão e a autenticidade desses fenômenos.

Dentre os tipos de validação utilizados, que diferem de acordo com a forma de análise, destacam-se a validade teórica (ou de construto), a validade relacionada a critérios e a validade empírica (ou de conteúdo). O tipo mais frequentemente empregado é a validação de conteúdo; que engloba duas fases distintas, a saber, a análise conceitual, que é feita junto à literatura, e a avaliação por especialistas. Qualquer elemento do diagnóstico pode ser submetido a este tipo de validação, apesar de boa parte dos estudos ter contemplado as características definidoras (CARVALHO et al., 2008). Assim, a análise de conceito caracteriza-se como etapa inicial para a concretização da validação de um diagnóstico de enfermagem ou de seus componentes.

Através da validação do DE, bem como de seus componentes, torna-se possível o estabelecimento de um diagnóstico acurado, embasado nos problemas de saúde vivenciados pelo paciente, nos seus aspectos psicológicos, sociais, físicos e espirituais, isto é, integralmente, além de contribuir para uniformização e padronização da linguagem em âmbito mundial (SILVA, 2011).

A validação de qualquer elemento do diagnóstico se dá por meio de uma análise de conceito. Conforme proposto por Walker e Avant (2010), a análise de conceito consiste em examinar criteriosamente a descrição e os usos de uma palavra ou termo, associar a estes uma explicação de outras palavras ou termos relacionados. Isso possibilita a padronização da linguagem, fornecendo representatividade à profissão, além de facilitar o trabalho das taxonomias.

Como vantagens da análise de conceito são destacadas a construção de definições conceituais e referências empíricas precisas para o uso na teoria e na prática; o esclarecimento de termos em enfermagem; o desenvolvimento de instrumentos; e a padronização da linguagem da profissão (WALKER; AVANT, 2010).

As definições operacionais dos componentes do diagnóstico fornecem significados práticos às definições conceituais, especificando as atividades e procedimentos necessários para avaliação dele. Além disso, elas são peças fundamentais das pesquisas que envolvem diagnóstico de enfermagem, na medida em que preenchem uma lacuna entre a observação e a investigação científica. Assim, aumentam a confiabilidade e validade dos dados quanto aos DEs e, por consequência, contribuem para eleger os critérios de avaliação das intervenções de enfermagem (BOERY; GUIMARÃES; BARROS, 2005).

A etapa de validação do DE realizada pelos especialistas é mediada pela experiência clínica e pesquisas de um diagnóstico especificamente, relacionando as definições criadas à prática. Este processo torna possível o julgamento crítico e, com isso, assegura-se que os DEs sejam mais fidedignos (SANTOS, 2011).

Nesse sentido, a validação do diagnóstico de enfermagem é uma fase imprescindível no desenvolvimento do conhecimento para a prática clínica e deve ser foco importante para o enfermeiro. O diagnóstico de enfermagem é uma ferramenta útil na prática clínica, direcionando o estabelecimento das intervenções e na avaliação propriamente dita (CARVALHO et al., 2008).

Destarte, a presente pesquisa teve como objeto de estudo a análise do conceito do diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise. O processo de Análise de Conceito foi baseado no Modelo proposto por Walker e Avant (2010).

1.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

A doença renal crônica (DRC) é a diminuição das funções dos rins por período igual ou superior a três meses. É classificada em cinco estágios de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG). O quinto estágio, o terminal, é caracterizado pela TFG inferior a 15 mL/min/1,73 m², com perda progressiva e irreversível das funções renais (SESSO, et al., 2012).

Os fatores que contribuem para a instalação da DRC são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), idade avançada, doença cardiovascular, história familiar, uso indiscriminado de fármacos nefrotóxicos, dislipidemia, obesidade e tabagismo (MARTÍNEZ; MORATO; MOREIRA, 2011). A Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (2011) destaca a hipertensão e o diabetes como as principais afecções de base da DRC.

Com a progressão da doença renal, diversas outras complicações se instalam, como anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral, desnutrição, doença óssea articular e complicações cardiovasculares (CAPELLARI, 2007; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

No último estágio da DRC, torna-se imperativa a realização de uma terapia renal substitutiva – hemodiálise (HD), diálise peritoneal ou transplante renal – como alternativa para o restabelecimento do equilíbrio orgânico e manutenção da vida (SMELTZER; BARE, 2012). Dentre as opções de tratamento, a hemodiálise destaca-se quantitativamente no Brasil e no mundo, pois cerca de 90% dos pacientes em terapia substitutiva realizam HD (SESSO et al., 2012).

A hemodiálise é caracterizada pela depuração artificial extracorpórea do sangue realizada através de uma máquina. O tratamento é programado, em geral, para três sessões semanais com duração de quatro horas cada, que podem variar de acordo com as necessidades individuais (CRAVO et al., 2011).

A doença renal crônica e o tratamento hemodialítico causam restrições e prejuízos às pessoas quanto ao estado físico, mental, funcional e de bem-estar geral, assim como interferem na sua interação social e satisfação pessoal, comprometendo sua independência e autonomia (CRAVO et al., 2011).

O paciente com DRC vivencia uma série de limitações. Percebe-se, então, que ele deve adaptar-se a várias mudanças. A forma de reagir diante da doença difere entre os indivíduos. Todavia, a necessidade de reaprender a viver é indispensável. A qualidade de vida dos indivíduos é influenciada pelo processo de aceitação de sua condição. A adaptação não acontece de maneira simples, é um processo complexo que mobiliza estruturas individuais (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Segundo as mesmas autoras, no momento em que o indivíduo toma consciência da perda de autonomia para viver no mundo consigo, com os outros, acaba perdendo a esperança na continuidade de sua própria vida. Isto porque as

doenças crônicas são caracterizadas pela ausência de cura ou por sua duração prolongada e, a longo ou curto prazo, conduzem à morte.

Nesse cenário, o enfermeiro tem papel imprescindível no cuidar, que envolve uma ação interativa, a qual deve prezar pela ética entre cuidador e paciente. Particularmente a hemodiálise requer um cuidado de enfermagem especializado, que não se reduz ao cuidado técnico, mas vai além deste, assistindo o usuário na sua integralidade (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Para tal cuidado integral, a melhor ferramenta a ser utilizada é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), através processo de enfermagem (VARGAS; FRANÇA, 2007).

O processo de enfermagem (PE) reflete um importante instrumento de trabalho do enfermeiro na medida em que são realizadas ações sistemáticas, viabilizando uma assistência organizada, ética e humanizada, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de cada indivíduo (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

O PE apresenta seis etapas, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1979).

Dentre as etapas do PE, destaca-se o diagnóstico de enfermagem (DE), pois o mesmo dá suporte e direcionamento ao cuidado, além de fornecer critérios para a avaliação da assistência prestada e do plano terapêutico. Possibilita ainda o estímulo à participação do paciente no seu tratamento, facilita a pesquisa e o ensino, delimita as funções independentes de enfermagem e contribui para a expansão de conhecimentos próprios da profissão. Constituindo, assim, ferramenta essencial para orientar a prestação do cuidado humanizado e o atendimento das necessidades individuais (HOLANDA; SILVA, 2009).

Uma das classificações mais utilizadas no Brasil e mundialmente divulgada para a determinação dos diagnósticos de enfermagem é a NANDA Internacional (VARGAS; FRANÇA, 2007). Para a NANDA-Internacional (2010, p. 436), o diagnóstico de enfermagem é definido como: “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”.

Uma diversidade de diagnósticos pode ser aplicada à população de pacientes em hemodiálise e alguns estudos têm sido desenvolvidos nessa área nos últimos

anos. Todavia, nem sempre eles convergem nos resultados. Os principais DEs identificados nesta clientela são: Risco de infecção, Proteção ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Perfusão tissular ineficaz: renal e Controle ineficaz do regime terapêutico (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007; LATA et al., 2008; HOLANDA; SILVA, 2009; COSTA et al., 2010). Destaca-se que o DE Controle ineficaz teve uma alta representatividade (acima de 50%).

Ressalta-se que esses estudos tiveram o objetivo de traçar o perfil diagnóstico, sem o aprofundamento da definição dos termos e conceitos em populações específicas. Observando-se, aí, a necessidade de compreensão detalhada acerca de um diagnóstico já constatado com uma elevada prevalência na população de pacientes renais submetidos à hemodiálise, mas que não foi estudado com o enfoque que o presente estudo propõe.

Nesse âmbito, o diagnóstico Autocontrole ineficaz da saúde (AIS) reflete as dificuldades vivenciadas pelos pacientes submetidos à hemodiálise. Segundo Herdman (2012), esse DE pertence ao domínio Promoção da saúde e à classe Controle da saúde da taxonomia II da Nanda Internacional.

Leggat et al. (1998) afirmam que a não adesão ao regime terapêutico da DRC (dieta, ingestão de líquidos, medicamentos e terapia dialítica) é um achado comum em pacientes que fazem hemodiálise, sendo a idade, cor, sexo, estado civil, nível salarial e escolaridade os fatores que podem influenciar nessa adesão.

Corroborando, Bastos et al. (2004) comentam que permanecer no regime terapêutico é uma das grandes dificuldades do doente renal crônico, sendo os fatores socioeconômicos e o desconhecimento do processo patológico os principais responsáveis por acelerar o curso da doença. Queiroz et al. (2008) enfatiza também a fragilidade do suporte desse doente para a vivência em sociedade e em família, fato que pode contribuir para a não aderência ao regime terapêutico.

Assim, dentro dessa problemática, entende-se que o diagnóstico de enfermagem que melhor se adapta ao paciente que não adere eficazmente ao regime terapêutico é AIS. Esse DE é definido por Herdman (2012) como: padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico, para tratamento de doenças e suas sequelas, insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde. Possui cinco características definidoras, a saber: escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde; expressão de desejo de controlar a doença; expressão de

dificuldade com os regimes prescritos; falha em agir para reduzir fatores de risco; falha em incluir regimes de tratamento à vida diária.

Aliada à literatura, percebeu-se, no decorrer de estágios curriculares e extracurriculares em hospitais e clínicas de hemodiálise, esta dificuldade junto a pacientes renais em hemodiálise. A partir disso foi possível constatar que esses pacientes evidenciam dificuldades no controle do tratamento e demais fatores que influenciam na sua qualidade de vida, apesar da efetividade de orientações incessantes de toda a equipe multiprofissional que os assiste, no que tange à doença, tratamento e suas complicações. Fato que despertou o interesse pelo estudo.

Dessa forma, objetivou-se analisar o conceito do DE supracitado, observado nessa clientela, para que sejam obtidos os atributos, antecedentes (fatores relacionados) e consequentes (características definidoras), definições dos componentes do diagnóstico e referências empíricas dos indicadores clínicos de Autocontrole ineficaz da saúde nessa população e o cuidado possa ser prestado de forma mais direcionada às necessidades.

Embora a NANDA Internacional disponha de um número significativo de diagnósticos aprovados até o momento, nem todos foram submetidos a estudos de validação. Sabe-se também que eles foram definidos em realidades distintas, fato que estimula a realização de estudos para a adequação desses diagnósticos para outras realidades. Além disso, estudos de análise de conceito, precisão e validação dos diagnósticos são importantes contribuições que os enfermeiros podem realizar para cooperar com a precisão dos DEs da NANDA-Internacional e, conseqüentemente, com uma melhor assistência aos usuários. Estudos de validação compõem a base para o aperfeiçoamento dos diagnósticos já aprovados e para o desenvolvimento de novos (HERDMAN, 2012).

As definições dos diagnósticos já aprovados pela NANDA Internacional carecem ser testadas através da pesquisa clínica. Justifica-se aí a importância de estudos dessa natureza para a prática de enfermagem (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Destarte, com o intuito de ampliar a confiabilidade de cada diagnóstico faz-se necessário submetê-los a um processo de validação, ou seja, refinando os seus indicadores clínicos (características definidoras) e tornando sua utilização confiável, na teoria e na prática. Além disso, a investigação e validação dos diagnósticos de enfermagem e de seus componentes permitem o aperfeiçoamento e legitimação dos

elementos da taxonomia da NANDA-Internacional, aumentando a capacidade de generalização e de predição dos diagnósticos ali presentes (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Como supracitado, a DRC é algo crescente e limitante na vida dos portadores, fato que influencia para a necessidade de uma capacitação contínua da equipe que lida com os pacientes em tratamento. Além disso, é um tema alvo de pesquisas dentre as prioridades em saúde no Brasil, segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008).

A análise de conceito de um DE específico identificado nessa clientela possibilita o estabelecimento de um diagnóstico mais acurado, elevando sua confiabilidade e validade. Ademais, isto contribui para a tomada de decisão quanto às intervenções de enfermagem.

Estudos dessa natureza na população de renais crônicos em hemodiálise ainda são pouco evidentes na literatura identificada, fato que estimula ainda mais a evolução desta e de outras pesquisas semelhantes.

Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo contribuirá para uma melhor fundamentação no momento da determinação do DE autocontrole ineficaz da saúde, no direcionamento da assistência de enfermagem e que seja utilizado pelos enfermeiros na prática clínica, beneficiando de forma mais concreta a nossa atuação.

Acredita-se ainda na facilitação do estabelecimento do DE em estudo, na medida em que será especificamente definido cada componente do DE, de modo que não haja dúvidas na hora de inferir o diagnóstico. E, com isso, o ganho é unânime: para o paciente, para o profissional e para a profissão como um todo.

Destarte, diante do crescente número de pacientes portadores de doença renal em tratamento hemodialítico e da dificuldade de controle das ações percebidas para a manutenção da qualidade de vida, viu-se a necessidade da elaboração deste estudo, a fim de contribuir para o cuidado com esses pacientes que já vivenciam tantas dificuldades.

Para tanto, formularam-se as seguintes questões de pesquisa: As características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz da saúde da NANDA Internacional estão presentes nos pacientes em hemodiálise? Há outras características definidoras e fatores relacionados para esse diagnóstico que não estão contemplados na NANDA Internacional? Os atributos abrangem a definição do diagnóstico? As definições de

cada componente do diagnóstico refletem o que o rótulo caracteriza? O que caracteriza esse DE em pacientes em hemodiálise?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Analisar o conceito do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar os atributos, antecedentes (fatores relacionados) e consequentes (características definidoras) do conceito autocontrole da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise;
- Revisar os componentes do diagnóstico Autocontrole ineficaz da saúde proposto pela NANDA Internacional (definição, características definidoras e fatores relacionados), a partir das evidências da literatura para indivíduos em hemodiálise;
- Construir as definições dos componentes do diagnóstico e as definições operacionais dos indicadores clínicos de Autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de análise de conceito do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise, baseado no modelo proposto por Walker e Avant (2010). Para operacionalizar a análise, foi realizada uma revisão integrativa da literatura utilizando-se o método de Whitemore e Knafl (2005).

Assim, inicialmente buscou-se identificar o conceito autocontrole da saúde e, então, foi feita a interpretação direcionada ao referido diagnóstico. Destaca-se que na análise dos dados, tendo em vista que o conceito buscado na literatura foi autocontrole da saúde, realizou-se a interpretação para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, através da transposição para a negação dos atributos, antecedentes e consequentes identificados. Ressalta-se que termos identificados na literatura como características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em estudo foram acrescentados à pesquisa, mesmo não sendo possível a transposição para o termo oposto.

3.2 ANÁLISE DE CONCEITO PROPOSTA POR WALKER E AVANT (2010)

Walker e Avant (2010) consideram o conceito como uma construção mental, expressa de alguma forma. O conceito é formado a partir da identificação de componentes comuns a uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração ou junção desses. Os conceitos são constantemente reconstruídos através das experiências cotidianas e dos conhecimentos apreendidos.

O conceito de uma palavra está relacionado à compreensão que temos dela e ao uso que faremos da mesma. Esse fenômeno é contextual, depende de um referencial espacial, temporal e cultural (WILSON, 2005).

A análise conceitual proposta por Walker e Avant (2010) permite o desenvolvimento de uma linguagem padronizada, fornecendo representatividade à profissão e facilitando o trabalho taxonômico. Para essas autoras, a análise de conceito é fundamentalmente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou

termos e seus usos, associada a uma explicação de outras palavras ou termos relacionados.

Oito etapas para a realização da análise de conceito são propostas por Walker e Avant (2010), a saber: 1- seleção do conceito; 2- determinação dos objetivos da análise conceitual; 3- identificação dos possíveis usos do conceito; 4- determinação dos atributos definidores; 5- identificação de um caso modelo; 6- identificação de casos adicionais; 7- identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; e 8- definição das referências empíricas. A descrição de cada etapa será apresentada a seguir:

1- Seleção do conceito: Deve ser feita com cuidado, reflete o tópico ou área de maior interesse, sendo recomendável a escolha de um conceito, baseado no interesse do pesquisador, sua prática ou problema de pesquisa. O conceito que for mais crítico para as necessidades da pesquisa deve ser selecionado (WALKER; AVANT, 2010). O conceito selecionado nesta pesquisa foi Autocontrole da saúde.

Destaca-se que o conceito eleito para esta análise foi autocontrole da saúde, pois este caracteriza o foco do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde. Segundo a NANDA-Internacional, o foco do diagnóstico reflete a parte essencial, raiz do seu conceito. Além disso, esse elemento representa a essência da implicação prática que o termo representa. Ressalta-se que em alguns casos o foco do diagnóstico e seu respectivo conceito são um só, mas em outros casos não (HERDMAN, 2012). Como exemplo, tem-se o diagnóstico alvo maior desta pesquisa: autocontrole ineficaz da saúde. Nesse caso, além do foco observa-se a presença do julgamento do diagnóstico, caracterizado pelo termo “ineficaz”. Diante disso, optou-se por buscar na literatura o foco do diagnóstico e, posteriormente, foi feita a interpretação direcionada ao diagnóstico completo.

2- Determinação dos objetivos da análise conceitual: Devem ser selecionados pelo próprio pesquisador, com antecedência, para indicar o motivo da realização da análise (WALKER; AVANT, 2010). Nesta pesquisa, os objetivos foram: - Elaborar a definição do diagnóstico Autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise e identificar seus atributos, antecedentes e consequentes. Bem como as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos do diagnóstico. Para responder a esses objetivos, inicialmente realizou-se a busca da definição, atributos, antecedentes e consequentes do conceito autocontrole da saúde. Assim, realizou-se a adaptação para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, através da

transposição para a negação dos atributos, antecedentes e consequentes identificados. Ressalta-se que termos identificados na literatura como características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico em estudo foram acrescentados à pesquisa, mesmo não sendo necessária a transposição para o termo oposto.

3- Identificação dos possíveis usos do conceito: Corresponde a uma busca ampliada da literatura para identificar os possíveis usos do conceito. É importante não limitar a busca da literatura para a enfermagem ou medicina, mas buscar de forma ampla, procurando compreender a verdadeira essência do conceito (WALKER; AVANT, 2010). Esta etapa e as próximas cinco do Modelo de análise de conceito foram realizadas concomitantemente à revisão integrativa da literatura, que será detalhada no próximo tópico.

4- Determinação dos atributos definidores: É um passo fundamental da análise do conceito. Nesta etapa, foi identificado o conjunto de atributos mais frequentemente associado ao conceito, permitindo uma visão mais ampla e que mostra a essência do conceito (WALKER; AVANT, 2010). À medida que era feita a leitura e interpretação dos artigos, foram identificados os atributos essenciais do conceito.

5- Construção de um caso modelo: É a criação de caso clínico fictício, com o intuito de exemplificar o conceito de autocontrole da saúde. Nesses casos são utilizados os atributos definidores do mesmo conceito definido na etapa anterior (WALKER; AVANT, 2010). Nesta etapa foi construído um caso clínico para a melhor compreensão do conceito autocontrole da saúde. Sendo posteriormente construído um caso oposto exemplificando o autocontrole ineficaz da saúde.

6- Construção de casos adicionais: É a identificação de um caso clínico adicional, agora contrário ao modelo, também fictício, encarregado de se opor aos conceitos de autocontrole da saúde. Nesses casos, os atributos definidores do conceito foram opostos ou contrários (WALKER; AVANT, 2010). Destaca-se que as autoras recomendam a utilização desta etapa apenas se o conceito não estiver claro no caso modelo. Todavia, optou-se pela apresentação de um caso adicional nesta pesquisa, já que ele representa o oposto do conceito, exemplificando, assim, o diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde.

7- Identificação dos antecedentes e consequentes: Esta etapa é útil para refinar ainda mais as definições dos atributos. Os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que precedem a ocorrência do conceito. Por outro lado, os consequentes são os acontecimentos ou incidentes que resultam da ocorrência do conceito. No caso

dos diagnósticos de enfermagem, os antecedentes e os consequentes são os fatores relacionados e as características definidoras, respectivamente (WALKER; AVANT, 2010). A identificação dos antecedentes e consequentes do conceito foi feita através da interpretação dos estudos, quanto àqueles fatores que influenciavam para a ocorrência do conceito ou que ocorrem como consequência do mesmo, respectivamente.

8- Definição das referências empíricas: É outro passo fundamental e deve ser guiado pela pergunta: Para medir esse conceito ou determinar a sua existência no mundo real, como se deve fazer isso? O pesquisador deve definir como o conceito será mensurado. As referências empíricas são classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua presença ou existência, demonstram a ocorrência do conceito em si (WALKER; AVANT, 2010). Os artigos selecionados, juntamente com outras publicações de livros-texto e o senso crítico dos pesquisadores envolvidos forneceram subsídios para a formulação das referências empíricas dos antecedentes e consequentes do conceito autocontrole ineficaz da saúde.

Conforme referido, destaca-se que, apesar de as etapas da análise de conceito estarem apresentadas de modo sequencial, elas são interativas e ocorreram concomitantemente à revisão integrativa.

3.3 REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa é um método de pesquisa amplo, na medida em que permite incluir literatura teórica, empírica e estudos com diferentes abordagens metodológicas. Tem como finalidade básica a síntese dos estudos realizados sobre determinado assunto, construindo uma conclusão, com base nos resultados evidenciados em cada estudo acerca de uma mesma temática. Este método possibilita a geração de uma fonte de conhecimento atualizada sobre o problema e determina se o conhecimento é válido o suficiente para ser transferido para a prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para elaboração da revisão integrativa, seguem-se padrões de rigor metodológico, que possibilitam a identificação das características dos estudos analisados e oferecem subsídios para o avanço da enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Além disso, pode contribuir para o aprimoramento de uma taxonomia

de diagnósticos de enfermagem útil e prática para a profissão (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Para a realização da revisão integrativa são propostas cinco fases distintas, a saber: identificação do problema de pesquisa, realização da pesquisa bibliográfica, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados identificados na revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Os questionamentos da revisão integrativa foram: Qual a definição de Autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise? Quais são os antecedentes e os consequentes de Autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise? Quais são os atributos de Autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise? Quais as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos do diagnóstico?

Destaca-se ainda que, antes da execução da revisão integrativa, foi realizado seu planejamento, sob a forma de construção de um protocolo de revisão envolvendo: tema da revisão, problema de pesquisa, objetivo, questões norteadoras, estratégias de busca, bases de dados selecionadas, descritores adotados na busca, critérios de inclusão e de exclusão, instrumento avaliação da evidência dos estudos, estratégia para avaliação crítica dos estudos e estratégia para síntese dos dados.

A amostra foi composta por artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados da área da saúde e enfermagem. As bases foram: SCOPUS, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PUBMED (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e COCHRANE.

Com relação aos descritores para busca na SCOPUS, no CINAHL e no PUBMED, foi adotado o vocabulário Medical Subject Headings (MeSH) of U.S. National Library of Medicine (NLM), em língua inglesa, e, para as demais bases de dados, o vocabulário estruturado e trilingue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponível pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Inicialmente foi realizada uma busca com os descritores *Self-management* e *Hemodialysis*, que resultou num quantitativo pequeno de artigos e muitos deles remetiam ao conceito de autocontrole relacionado à adesão. Assim, em consenso com a orientadora, optou-se por incluir o descritor *Adherence* à busca, sendo realizada uma nova investigação.

Destarte, os descritores controlados utilizados foram: *Self-management*, *Adherence* e *Hemodialysis*, com os seguintes cruzamentos: *Self-management AND Hemodialysis* e *Adherence AND Hemodialysis*. E o operador booleano AND. Os dois cruzamentos foram realizados igualmente em todas as bases de dados com o intuito de identificar o maior número possível de artigos.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados nos últimos 5 anos, artigos completos disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas; artigos disponíveis nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; e artigos que abordam o conceito autocontrole da saúde, os antecedentes e os consequentes. E como critérios de exclusão foram adotados: editoriais, cartas ao editor, teses e dissertações. Destaca-se que a inclusão do critério de artigos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas nos últimos 5 anos foi uma estratégia recomendada pela NANDA Internacional.

Durante a amostragem, com o intuito de garantir maior fidedignidade, cada base de dados selecionada foi acessada por dois pesquisadores, ao mesmo tempo, em computadores diferentes, e nela foi esgotada a busca por publicações. Em caso de divergência na triagem entre os pesquisadores, eram feitas a leitura completa e a discussão para se chegar a um consenso sobre a seleção ou não do referido artigo. Após o procedimento da busca bibliográfica nas bases de dados mencionadas, fez-se a triagem dos artigos.

A triagem dos estudos selecionados foi realizada através da leitura do título e, quando este não era elucidativo, realizava-se a leitura do resumo; se, mesmo assim, não fossem encontrados o conceito e seus componentes (definição, antecedentes e consequentes), realizava-se a leitura do texto completo. A amostra inicial foi de 16785 artigos, sendo 11748 na PubMed, 4767 na Scopus, 174 na CINAHL, 70 na Cochrane e 26 na LILACS. Após a aplicação dos critérios, foram selecionados 76 artigos, sendo 19 na CINAHL, 18 na PUBMED, 30 na Scopus e nove na LILACS. O processo de seleção dos estudos está apresentado nas Figuras de 1 a 6.

Após a triagem, ocorreu a identificação da amostra inicial dos artigos, os quais passaram para as fases de leitura completa de todos os estudos, com análise quanto ao conteúdo e permanência nesta pesquisa. Nesse momento alguns artigos foram excluídos por não abrangerem completamente os objetivos da pesquisa. A seguir, foi feita a segunda leitura (agora mais criteriosa e direcionada), na qual se procedeu à categorização, avaliação, interpretação e síntese. Na fase de análise dos estudos

buscou-se identificar as características metodológicas de cada trabalho: local de publicação, idioma, nível de evidência, ano de publicação, temática do estudo, atributos, antecedentes e consequentes.

Figura 1: Diagrama do processo de seleção dos estudos na base de dados CINAHL. Natal/RN, 2014

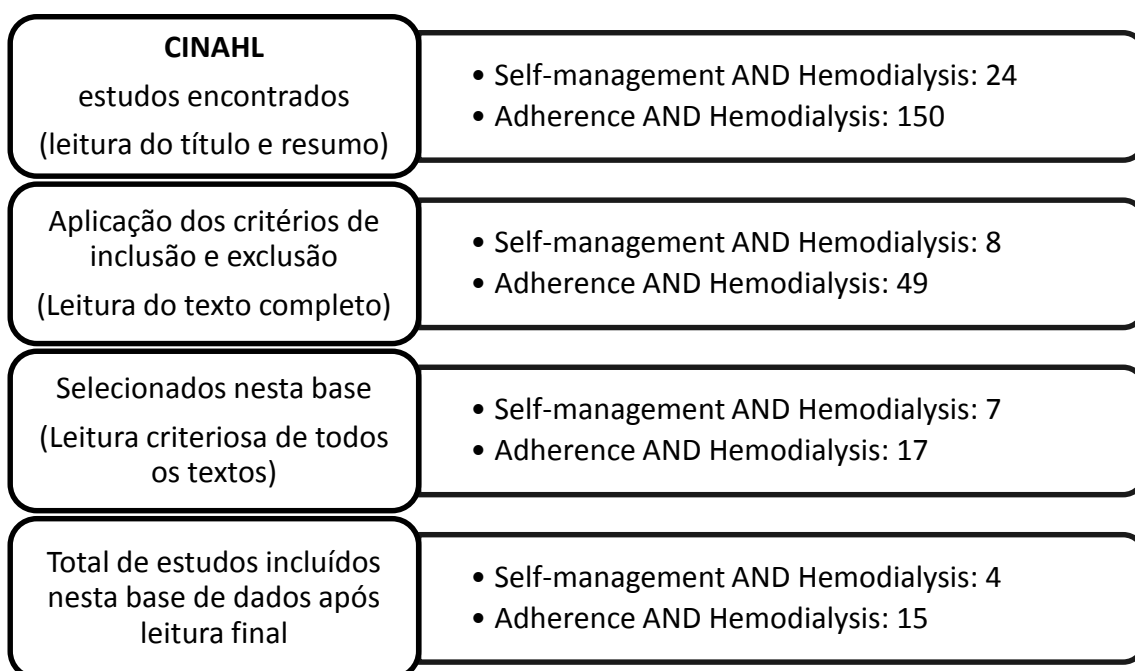


Figura 2: Diagrama do processo de seleção dos estudos na base de dados PUBMED. Natal/RN, 2014

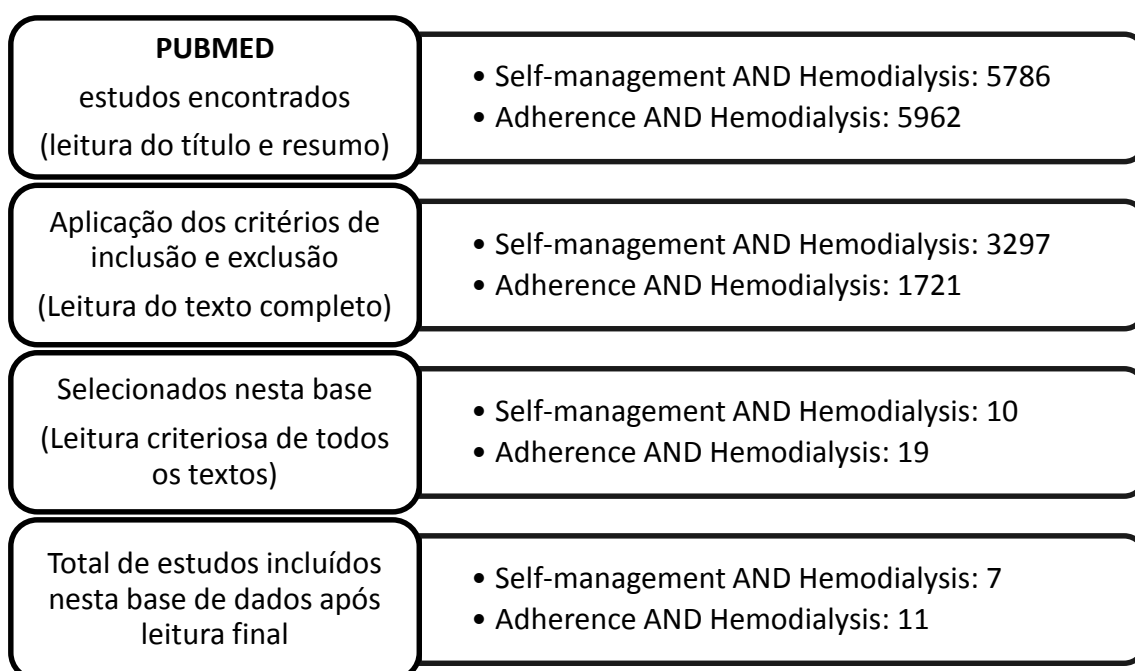
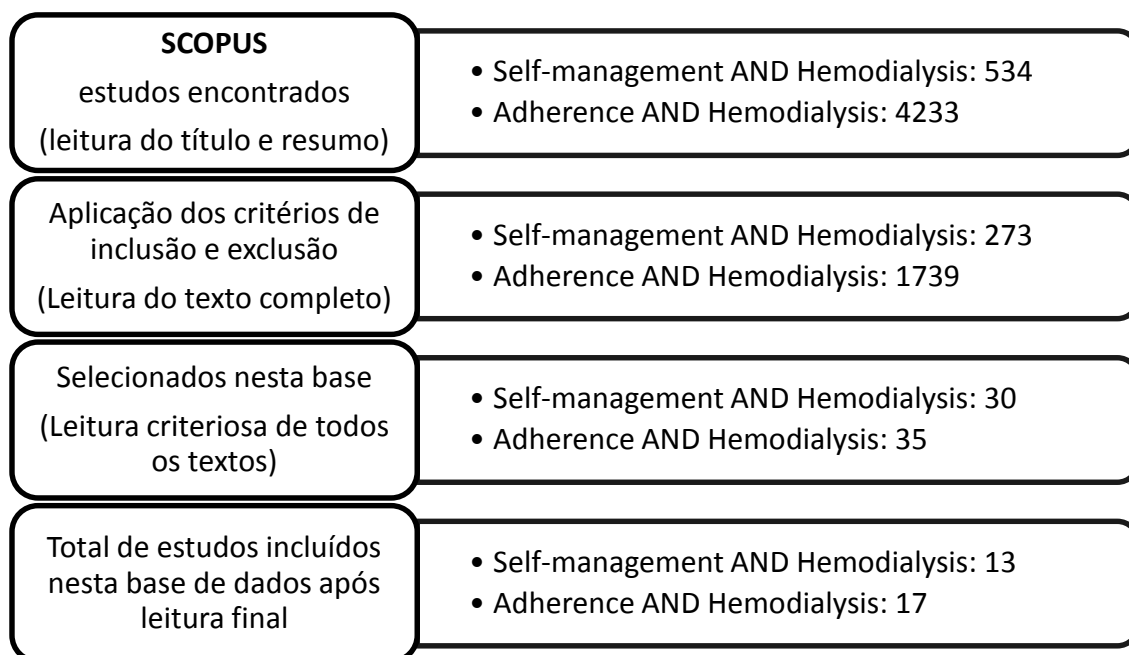


Figura 3: Diagrama do processo de seleção dos estudos na base de dados SCOPUS.

Natal/RN, 2014

**Figura 4:** Diagrama do processo de seleção dos estudos na base de dados LILACS.

Natal/RN, 2014

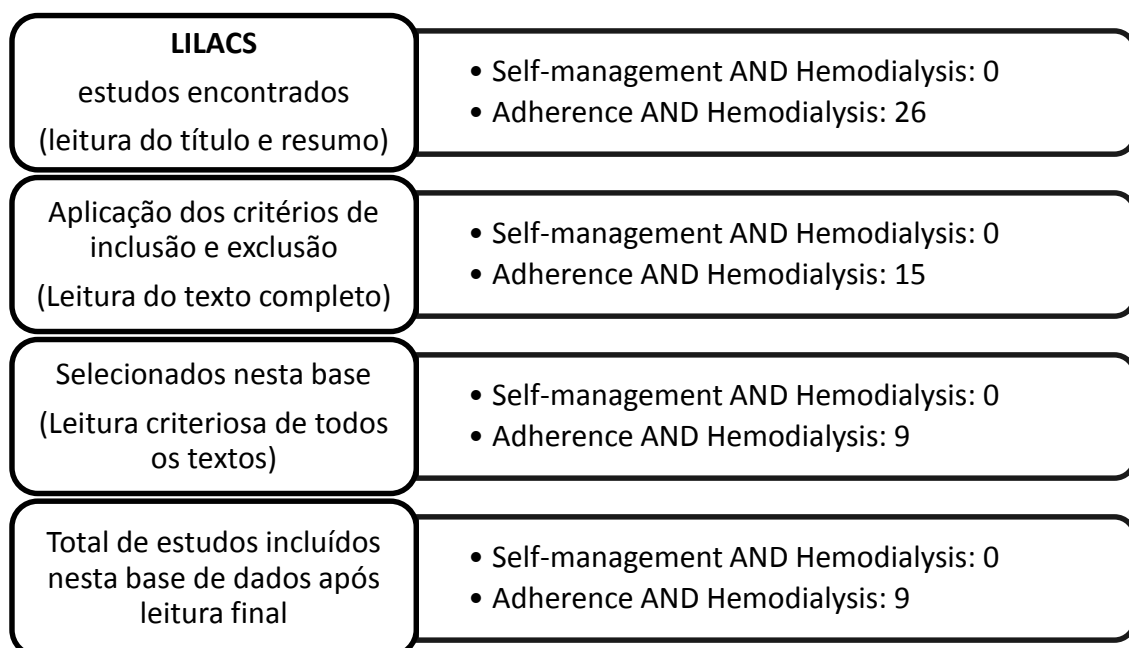


Figura 5: Diagrama do processo de seleção dos estudos na base de dados COCHRANE. Natal/RN, 2014

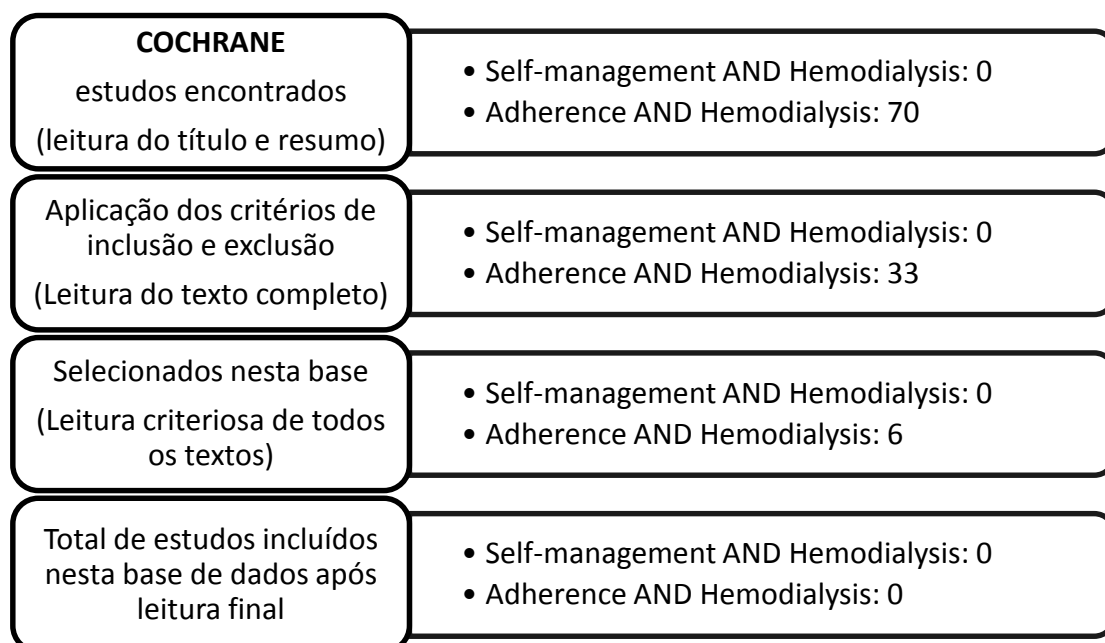
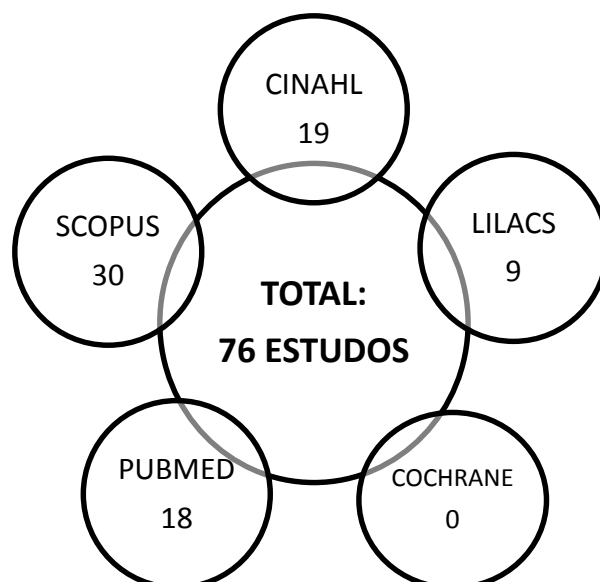


Figura 6: Total de estudos selecionados nas bases de dados, na etapa de revisão integrativa. Natal/RN, 2014



3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a fase de análise dos estudos incluídos na revisão integrativa, foram elaborados quadros com as sínteses dos artigos, com intuito de facilitar a visualização


dos resultados e conclusões identificados em cada artigo. Na fase da interpretação dos resultados, além da amostra final dos artigos da revisão integrativa foram inclusos os livros-texto. Uma vez que, nesta fase, foram construídas a definição do DE e dos indicadores, assim como suas definições operacionais em pacientes submetidos à hemodiálise.

Por fim, para a síntese do conhecimento evidenciado, os resultados foram apresentados através da caracterização dos artigos selecionados por meio da exposição em forma de quadros dos agrupamentos das seguintes etapas da análise de conceito: Identificação dos possíveis usos do conceito; Determinação dos atributos definidores; Identificação de um caso modelo e do caso adicional; e Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito.

Destaca-se que foi realizada a aplicação de termos opostos para os atributos, os antecedentes e os consequentes evidenciados na análise de conceito de autocontrole da saúde para identificar os componentes do diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise.

Além disso, os estudos foram avaliados quanto ao nível de evidência de acordo com a metodologia de estudo adotada em cada trabalho, sendo estes categorizados entre I e VII (quanto ao nível de evidência), conforme a classificação utilizada por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), apresentada no Quadro 1.


Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidência dos estudos

NÍVEL DE EVIDÊNCIA		Força de evidência
I	Evidências originárias de revisões sistemáticas ou metanálises de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.	Maior  Menor
II	Evidências oriundas de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados.	
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.	
IV	Evidências resultantes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados.	
V	Evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.	

Continua

Continuação

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidência dos estudos

NÍVEL DE EVIDÊNCIA		FORÇA DE EVIDÊNCIA
VI	Evidências derivadas de estudos descritivos ou qualitativos.	Maior  Menor
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.	

Quadro baseado no estudo de MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005), apud GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 2, 2006.

3.5 VARIÁVEIS

Uma variável, como o próprio nome sugere, indica algo que varia. Na abordagem quantitativa das pesquisas, os pesquisadores buscam compreender a mudanças das variáveis e a associação entre cada variável do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As variáveis deste estudo serão: domínio do diagnóstico, classe do diagnóstico, definição do diagnóstico, características definidoras, fatores relacionados e referências empíricas. Além destas, os estudos identificados na revisão bibliográfica foram caracterizados quanto às seguintes variáveis: ano de publicação, país, temática do estudo, idioma e cenário da pesquisa.

4 RESULTADOS

A partir da revisão foram identificados 76 estudos que subsidiaram a análise do conceito autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise. Os resultados estão apresentados em tabelas com a caracterização dos estudos, definição do conceito, identificação dos atributos, dos antecedentes e consequentes. Ademais, é apresentada a interpretação do conceito autocontrole da saúde para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, através da apresentação do conceito, atributos, fatores relacionados e características definidoras, além da comparação entre os elementos da revisão e os presentes na NANDA-Internacional (2012).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Abaixo será apresentada a tabela de caracterização dos estudos conforme o local de publicação, ano, idioma, cenário, temática e nível de evidência.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos conforme o local de publicação, ano, idioma, cenário do estudo, temática do estudo e nível de evidência, Natal/RN, 2014

Variável	FA	%
Local		
América	34	44,7
Europa	17	22,4
Ásia	17	22,4
Não identificado	5	6,6
África	1	1,3
Oceania	1	1,3
Multicêntrico	1	1,3
Total	76	100,0
Ano de Publicação		
2014	6	7,9
2013 ----- 2012	42	55,3
2011 ----- 2010	28	36,8
Total	76	100,0
Idioma		
Inglês	62	81,6
Espanhol	11	14,5
Português	3	3,9
Total	76	100,0

Continua

Continuação

Tabela 1 – Distribuição dos artigos conforme o local de publicação, ano, idioma, cenário do estudo, temática do estudo e nível de evidência, Natal/RN, 2014

Variável	FA	%
Cenário		
Clínica de hemodiálise	47	61,8
Hospital	16	21,1
Não se Aplica	12	15,8
Hospital e Clínica de Hemodiálise	1	1,3
Total	76	100,0
Temática do estudo		
Fatores que influenciam a adesão de pacientes em hemodiálise a algum dos componentes do tratamento	37	48,7
Autogestão ou autoeficácia de pacientes em hemodiálise	15	19,7
Influência da educação na autogestão, autocuidado e adesão de pacientes com doença renal crônica	12	15,8
Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise	5	6,6
Dispositivo eletrônico para auxiliar na gestão de pacientes em hemodiálise	4	5,3
Percepção dos pacientes em hemodiálise quanto à doença	1	1,3
Implementação de um plano de cuidados na hemodiálise	1	1,3
Função cognitiva de pacientes em hemodiálise	1	1,3
Total	76	100,0
Nível de evidência		
I	3	3,9
II	10	13,2
III	4	5,3
IV	8	10,5
V	9	11,8
VI	42	55,3
Total	76	100,0

4.2 ANÁLISE DO CONCEITO AUTOCONTROLE DA SAÚDE

A seguir serão apresentados os elementos identificados na revisão conforme a frequência dos possíveis usos do conceito, atributos, antecedentes e consequentes, assim como a definição do conceito autocontrole da saúde, e apresentação de um caso modelo e um contrário exemplificando o conceito.

4.2.1 Identificação dos possíveis usos do conceito

Abaixo estão apresentadas as formas mais comuns como o conceito “autocontrole da saúde” é utilizado rotineiramente.

O presente estudo buscou analisar o conceito autocontrole da saúde para, então, compreender o conceito do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde. Nesse sentido, Autocontrole é definido como “controle de si mesmo, domínio dos seus próprios impulsos, emoções e paixões, e saúde é “Bom estado do organismo, cujas funções fisiológicas se vão fazendo regularmente e sem estorvos de qualquer espécie; Bem-estar físico, econômico, psíquico e social (conceito moderno)” (MICHAELIS, 2010). Agregando os dois conceitos tem-se que o autocontrole da saúde é identificado como “o controle de si mesmo, domínio de seus próprios impulsos para o bom estado do organismo, bem-estar físico, econômico, psíquico e social”.

4.2.2 Atributos críticos ou essenciais do conceito autocontrole da saúde

A seguir, serão apresentados os atributos críticos ou essenciais do conceito, isto é, termos mais frequentemente identificados inerentes à definição do conceito.

Tabela 3 – Apresentação dos atributos do conceito. Natal/RN, 2014

ELEMENTO	TÍTULO	n
ATRIBUTOS	Cumprimento do complexo terapêutico	15
	Tomada de decisões	9
	Parceria/acordo paciente-profissionais	5
	Alcance de metas	2

4.2.3 Identificação da definição do autocontrole da saúde

O conceito proposto para autocontrole da saúde e no contexto da hemodiálise é: “tomada de decisões necessárias para cumprimento do complexo terapêutico e do acordo estabelecido com os profissionais de saúde, para o alcance de metas”.

4.2.4 Identificação de um caso modelo

A apresentação de casos clínicos possibilita uma melhor compreensão do conceito explorado, através da explanação de forma realística dos elementos que compõem o conceito. A seguir será apresentado um caso clínico modelo acerca do conceito autocontrole da saúde.

Sra. A. M. B., 46 anos, sexo feminino, casada, possui um filho. Tem apoio e auxílio da família no seu tratamento. Refere cumprir o regime de tratamento, tendo

como fator importante para isso o bom relacionamento estabelecido com os profissionais de saúde, assim alcançando as metas estabelecidas. Diabética. Diagnosticou a doença renal crônica há 4 anos e está em tratamento hemodialítico há 1 ano. Mantém as recomendações dietéticas de sódio e restrição hídrica adequadamente, faz uso das medicações prescritas. Comparece regularmente às sessões de diálise. Não fuma, nem bebe. Nos últimos 12 meses buscou o serviço de emergência uma vez, não necessitando de internação. Com isso, percebe-se um seguimento adequado do tratamento que contribuiu para uma melhora da qualidade de vida, dos exames laboratoriais e da autoestima.

4.2.5 Identificação de um caso contrário

Agora, será apresentado um caso clínico contrário, no qual é possível a compreensão do que não caracteriza o conceito.

Sr. R. P. D. L., 67 anos, sexo masculino, divorciado, possui 2 dois filhos. Hipertenso, portador de doença renal crônica em estágio terminal, em tratamento hemodialítico há 3 anos. Não segue as recomendações dietéticas e restrição hídrica, não faz uso adequado das medicações prescritas, justificando isso devido à terapêutica ser complexa. Falta às sessões de diálise com certa frequência. É etilista e tabagista. Teve dois episódios de internação nos últimos 12 meses. Não tem auxílio da família no seu tratamento.

4.2.6 Determinação dos antecedentes do conceito

Os antecedentes refletem elementos identificados que precedem a ocorrência do conceito.

Tabela 4 – Apresentação dos antecedentes do conceito. Natal/RN, 2014

ELEMENTO	TÍTULO	n
	Fatores sociodemográficos	20
	Estado psicológico positivo	19
	Motivação	15
	Adesão ao tratamento	13
	Rede de apoio social estruturada	10
	Sintomatologia da doença	1

4.2.7 Determinação dos consequentes do conceito

Os consequentes ocorrem a partir do conceito, isto é, em consequência dele, como o próprio nome sugere.

Tabela 5 – Apresentação dos consequentes do conceito. Natal/RN, 2014

ELEMENTO	TÍTULO	n
CONSEQUENTES	Melhora na qualidade de vida	21
	Diminuição dos sinais e sintomas	16
	Melhora da autoestima	10
	Melhora de exames laboratoriais	9
	Seguimento adequado do tratamento	3
	Remoção facilitada de líquidos durante a hemodiálise	1

4.3 PROPOSTA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AUTOCONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE

A seguir serão apresentados os elementos identificados na revisão que foram interpretados para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, sendo identificados novos aspectos e, assim, proposta uma nova abordagem para o diagnóstico.

Nos itens adiante estão apresentados o conceito, atributos, fatores relacionados e características definidoras por meio de tabelas, assim como a relação entre os fatores relacionados e as características definidoras identificados na revisão e com os presentes na NANDA-Internacional.

4.3.1 Atributos críticos do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde

Aqui serão apresentados os atributos críticos ou essenciais do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde, isto é, termos mais frequentemente identificados inerentes à definição do conceito.

Tabela 6 – Apresentação dos atributos do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde. Natal/RN, 2014

ELEMENTO	TÍTULO	n
-----------------	---------------	----------

ATRIBUTOS	Complexo terapêutico	15
	Parceria/acordo paciente-profissionais	5
	Alcance de metas	2
	Controle de hábitos	1

4.3.2 Identificação da definição do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde

O Quadro 2 traz as definições do diagnóstico em estudo a partir da análise de conceito e a partir da NANDA-Internacional.

Quadro 2 – Apresentação da definição do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde. Natal/RN, 2014

Definições do diagnóstico
Definição da Análise de conceito: Inabilidade do paciente para controlar hábitos e alcançar as metas terapêuticas acordadas com os profissionais, resultando em complicações à saúde.
Definição da NANDA-Internacional: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde.

4.3.3 Identificação dos fatores relacionados para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde

Os fatores relacionados ou antecedentes do conceito refletem elementos identificados que precedem a ocorrência do diagnóstico.

Tabela 7 – Apresentação dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde. Natal/RN, 2014

FATOR RELACIONADO	n
Conhecimento deficiente	37
Dificuldade de cumprimento do regime terapêutico	30
Estado psicológico afetado	24
Falha de suporte social	15
Dificuldades socioeconômicas	14
Falha na comunicação	6
Comorbidades	3
Desistências de metas	1
Disfunção neurocognitiva	1
Natureza assintomática da doença	1
Identificação de barreiras para mudanças	1

Cada fator relacionado ou antecedente foi definido conceitualmente e elaborada sua referência empírica a partir dos artigos que compuseram a revisão, somados a outras literaturas e ao senso crítico e experiência da autora[,] junto com sua orientadora. Essas definições completas estão apresentadas nos quadros a seguir.

Fatores relacionados com seus respectivos conceitos e referências empíricas

Conhecimento deficiente		Nº de estudos
		37
Conceito	Inabilidade para adquirir, assimilar e aplicar informações relacionadas à saúde de maneiras apropriadas para a saúde.	
Referência empírica	Dimensionar numa escala o nível de alfabetização com componentes separados em alfabetização funcional, comunicativa e crítica. Com cinco itens para cada subescala de alfabetização funcional e comunicativa; e quatro para alfabetização crítica – este, de 14 itens, autorrelata medida que foi avaliada em uma escala de 1 a 4 pontos (de nunca mais a frequentemente) para cada item. A pontuação para os itens de cada subescala foi somada e dividida pelo número de itens da subescala, para dar um resultado. Mais baixos escores indicam menores níveis de alfabetização.	
Referência	LAI, A. Y. et al. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. Patient Education and Counseling , Singapura, n. 91, p. 221–227, 2013. ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T. Health literacy and health communication. Bio Psycho Social Medicine . 2010, v, 4, n, 18, p. 2-5.	

Dificuldade de cumprimento do regime terapêutico		Nº de estudos
		30
Conceito	Dificuldade percebida para cumprimento do regime terapêutico, envolvendo aspectos da terapia medicamentosa, adesão ao regime terapêutico, adesão à restrição hídrica e alimentar, complexidade do regime terapêutico, cuidados com o acesso vascular, planejamento inadequado da diálise. Além disso, avaliar o ganho de peso interdialítico pode apontar para a dificuldade de manutenção da restrição hídrica e o monitoramento da frequência às sessões de diálise vai manter sob controle a regularidade deste paciente.	
Referência empírica	Colher informações sobre as dificuldades enfrentadas pelo paciente e identificar através de prontuários sobre o enfrentamento do regime terapêutico. Indagar também os profissionais de saúde que lidam com este paciente, pois estes são capazes de perceber as limitações.	

Referências	<p>RIFKIN, D. E. et al. Medication Adherence Behavior and Priorities Among Older Adults With CKD: A Semistructured Interview Study. American Journal of Kidney Diseases, Estados Unidos, v. 56, n. 3, p. 439–446, 2010.</p> <p>STANGE, D. et al. Medication complexity, prescription behaviour and patient adherence at the interface between ambulatory and stationary medical care. The Journal of Clinical Pharmacology, Alemanha, n. 69, p. 573–580, 2013.</p> <p>MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010.</p> <p>BELLAZZI, R. et al. Implementation of an automated system for monitoring adherence to hemodialysis treatment: A report of seven years of experience. International Journal of Medical Informatics, Itália, n. 8, p. 320-331, 2012.</p> <p>WELCH, J. L. et al. Merging Health Literacy with Computer Technology: Self- Managing Diet and Fluid Intake among Adult Hemodialysis Patients. Patient Education and Counseling, v. 79, n. 2, p. 192–198, 2010.</p> <p>HEIDARZADEH, M.; ATASHPEIKAR, S.; JALILAZAR, T. Relação entre qualidade de vida e capacidade de autocuidado em pacientes submetidos a hemodiálise. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, Irã, v. 15, n. 2, p. 71-76, 2010.</p> <p>GRIVA, K. et al. The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. BMC Nephrology, Singapura, v.12, n. 4, p. 1-11, 2011.</p> <p>CORMIER, T. et al. Physiologic and psychosocial approaches to global management of the hemodialysis patient in the Southern Alberta Renal Program. Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists, v. 22, n. 2, p. 36-41, 2012.</p> <p>KIM, Y. et al. The End-Stage renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, Estados Unidos, v. 37, n. 4, p. 377-393, 2010.</p> <p>CICOLINI, G. et al. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. Journal of Advanced Nursing, Itália, v. 68, n. 11, p. 2410– 2417, 2012.</p> <p>SMITH, K. et al. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. Journal of Renal Nutrition, África, v. 20, n. 5, p. 334–341, 2010.</p> <p>CICOLINI, G. et al. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. Journal of Advanced Nursing, Itália, v. 68, n. 11, p. 2410– 2417, 2012.</p>
-------------	---

	MARTINS, R. R.; ALCHIERI, J. C. Avaliação psicológica na aderência terapêutica de tratamento hemodialítico. Psicologia Argumento , Curitiba, v. 31, n. 72, p. 127-136, 2013.
--	---

Estado psicológico afetado		Nº de estudos
		24
Conceito	Paciente apresenta sentimentos de tristeza acentuada, pensamentos negativos, alterações de sensação corporal, distorção cognitiva que conduzem a perturbações emocionais, resultando num mau comportamento e respostas comportamentais inadequadas a viver com uma doença crônica.	
Referência empírica	Questionar o paciente sobre a expressão de emoções, bem como luto pela perda de saúde, senso de si, e encontrar significado da experiência da doença.	
Referência	<p>LI, H.; JIANG, Y.; LIN, C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. International Journal of Nursing Studies, China, n. 51, p. 208–216, 2014.</p> <p>KIM, J. et al. Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. Quality of Life Research, Coréia do Sul, n. 22, p.753–758, 2013.</p> <p>NOVAK, M. et al. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. Seminars in Dialysis, Canadá, v. 26, n. 2, p. 88–194, 2013.</p> <p>MICHOPOULOS, I. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. Annals of General Psychiatry. 2008, v. 7, n, 4, p. 1-5.</p> <p>OH, H. S.; PARK, J. S.; SEO, W. S. Psychosocial influencers and mediators of treatment adherence in haemodialysis patients. Journal of Advanced Nursing, Coréia do Sul, v. 69, n. 9, p. 2041–2053, 2012.</p> <p>MICHOPOULOS, I. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. Annals of General Psychiatry, v. 7, n, 4, p. 1-5, 2008.</p> <p>MELLON, L.; REGAN, D.; CURTIS, R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. Patient Education and Counseling, Irlanda, n. 92, p. 88–93, 2013.</p>	

Falha de suporte social		Nº de estudos
		15
Conceito	Interação social com outras pessoas (familiares, amigos, vizinhos) falha que pode influenciar na tomada de decisões.	
Referência empírica	Questionar o paciente/familiar/cuidador sobre a interação social do paciente.	

Referência	<p>WELCH, J. L. et al. Benefits of and barriers to dietary sodium adherence. <i>Western Journal of Nursing Research</i>. 2006, v, 28, p. 162-180.</p> <p>WALSH, E.; LEHANE, E. An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. Journal of Clinical Nursing, Irlanda, n. 20, p. 331–340, 2011.</p> <p>SHAHGHOLIAN, N.; TAJDARI, S.; NASIRI, M. Analisando e comparando o autoconceito em pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, Irã, v. 17, n. 2, p. 8590, 2012.</p>
------------	---

Dificuldades socioeconômicas		Nº de estudos
		14
Conceito	Custo para o sistema de saúde com o programa de hemodiálise, além de dificuldade financeira do paciente que o limita a comprar medicações ou mesmo a comparecer às sessões de diálise. Bem como fatores individuais que influenciam da adesão do indivíduo ao tratamento, tais como: idade, sexo, estado civil, nível de educação, emprego, seguro médico, a duração e frequência de hemodiálise, presença de complicações.	
Referência empírica	-	
Referência	<p>LI, H.; JIANG, Y.; LIN, C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. International Journal of Nursing Studies, China, n. 51, p. 208–216, 2014.</p> <p>HANGHOJ, S.; BOISEN, K. A. Self-Reported Barriers to Medication Adherence Among Chronically Ill Adolescents: A Systematic Review. Journal of Adolescent Health, Dinamarca, n. 54, p. 121-138, 2014.</p> <p>SHAHGHOLIAN, N.; TAJDARI, S.; NASIRI, M. Analisando e comparando o autoconceito em pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, Irã, v. 17, n. 2, p. 8590, 2012.</p> <p>PINHEIRO, J. Autonomia e aderência na pessoa com doença renal crônica. Revista Bioética, Brasil, v. 19, n. 1, p. 219- 29, 2011.</p> <p>RIFKIN, D. E. et al. Medication Adherence Behavior and Priorities Among Older Adults With CKD: A Semistructured Interview Study. American Journal of Kidney Diseases, Estados Unidos, v. 56, n. 3, p. 439–446, 2010.</p>	
SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Questionar o paciente/familiar/cuidador sobre as dificuldades financeiras manifestadas que podem limitar o cumprimento do programa terapêutico. Assim como sobre idade, sexo, estado civil, nível de educação, emprego, seguro médico, a duração e frequência de hemodiálise, presença de complicações do paciente.		

Falha na comunicação		Nº de estudos
		6
Conceito	Ausência, má orientação, falha no entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, ou ainda acordo entre profissionais de saúde e pacientes que NÃO é condizente com as demandas entre a doença e a vida cotidiana.	
Referência empírica	-	
Referência	RIFKIN, D. E. et al. Medication Adherence Behavior and Priorities Among Older Adults With CKD: A Semistructured Interview Study. American Journal of Kidney Diseases , Estados Unidos, v. 56, n. 3, p. 439–446, 2010. NOVAK, M. et al. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. Seminars in Dialysis , Canadá, v. 26, n. 2, p. 88–194, 2013.	
SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Questionar o paciente/familiar/cuidador sobre as práticas rotineiras orientadas pelos profissionais de saúde para ver o entendimento dele, assim como questionar o paciente e a equipe de saúde sobre a rotina de orientações e sobre dificuldades existentes para negociar as demandas para a saúde ao paciente.		

Comorbidades		Nº de estudos
		3
Conceito	Presença de outras doenças além da doença renal.	
Referência empírica	Aplicar o Índice Charlson de comorbidades.	
Referência	HEMMELGARN, B. R. et al. Adapting the Charlson Comorbidity Index for use in patients with ESRD. <i>Am J Kidney Dis.</i> 2003, v. 42, p. 125-132. ARENAS, M. D. et al. Challenge of phosphorus control in hemodialysis patients: a problem of adherence?. Journal of Nephrology , Espanha, v. 23, n. 5, p. 525-534, 2010.	

Desistências de metas		Nº de estudos
		1
Conceito	Redução na capacidade de atingir metas de longo prazo da vida.	
Referência empírica	-	
Referência	SHAHGHOLIAN, N.; TAJDARI, S.; NASIRI, M. Analisando e comparando o autoconceito em pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research , Irã, v. 17, n. 2, p. 8590, 2012.	
SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Questionar o paciente/cuidador/familiares e profissionais sobre o cumprimento das metas estabelecidas.		

Disfunção neurocognitiva		Nº de estudos
		1
Conceito	Distúrbio de concentração, memória recente, memória do passado, de orientação e de funcionamento, e de autocuidado identificado no paciente.	
Referência empírica	Aplicar Escala Breve de Avaliação Cognitiva (BCRS).	
Referência	REISBERY, B.; FERRIS, S. H. Breve escala cognitiva rating. <i>Psychopharmacol.</i> 1988, v. 24, p. 629-36. THIMMAIAH R.; MURTHY K. K.; PINTO, D. Disfunção cognitiva em pacientes com insuficiência renal que necessitam de hemodiálise. Indian Journal of Psychological Medicine , Índia, v. 34, n. 3, p. 237241, 2012.	

Natureza assintomática da doença		Nº de estudos
		1
Conceito	Doença não manifesta sintomas notáveis inicialmente, fato que desmotiva os pacientes a aderir ao plano terapêutico.	
Referência empírica	-	
Referência	KARDAS, P.; LEWEK, P.; MATYJASZCZY, M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. Frontiers in Pharmacology , Poland, v. 4, n. 91, p. 1-16, 2013.	
SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Interrogar o paciente sobre a presença de sintomas da doença renal.		

Identificação de barreiras para mudanças		Nº de estudos
		1
Conceito	Identificação de barreiras reais que impedem a mudança no estilo de vida para a autogestão do programa de hemodiálise.	
Referência empírica	-	
Referência	GRIVA, K. et al. The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. BMC Nephrology , Singapura, v.12, n. 4, p. 1-11, 2011.	
SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Questionar o paciente/familiar/cuidador sobre a presença de barreiras que dificultam a gestão do programa de tratamento.		

4.3.4 Identificação das características definidoras para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde

As características definidoras ou consequentes são eventos que ocorrem a partir do conceito, no caso, do diagnóstico. Isto é, em consequência dele, como o próprio nome sugere.

Tabela 8 – Apresentação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde. Natal/RN, 2014

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	n
Agravamento dos sinais e sintomas	30
Piora na qualidade de vida	20
Ausência ao tratamento	4
Busca a serviços de emergência	2

Cada característica definidora ou consequente foi definida conceitualmente e elaborada sua referência empírica a partir dos estudos identificados na revisão, somados a outras literaturas e ao senso crítico e experiência da autora, junto com sua orientadora. Essas definições completas estão apresentadas nos quadros a seguir.

Agravamento dos sinais e sintomas		Nº de estudos
		30
Conceito	Agravamento e complicações da doença renal crônica (anemia, osteodistrofia, calcificação de tecidos moles, doença cardiovascular, desnutrição, deficiência visual), além de piora de sintomas como fadiga, câimbras, hipo/hipertensão, náuseas, cefaleia, edema, dispneia, dores musculares, inapetência, alteração de exames laboratoriais, elevado ganho de peso interdialítico.	
Referência empírica	-	
Referência	LI, H.; JIANG, Y.; LIN, C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. International Journal of Nursing Studies , China, n. 51, p. 208–216, 2014. GREEN, J. A. et al. Associations of Health Literacy With Dialysis Adherence and Health Resource Utilization in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases , Estados Unidos, v. 62, n.1, p.73-80, 2013. RUSSELL, C. L. et al. Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). Nephrology Nursing Journal , Estados Unidos, v. 38, n. 3, p. 229-236, 2011.	

	<p>OH, H. S.; PARK, J. S.; SEO, W. S. Psychosocial influencers and mediators of treatment adherence in haemodialysis patients. Journal of Advanced Nursing, Coréia do Sul, v. 69, n. 9, p. 2041–2053, 2012.</p> <p>HORIGAN, A. E. et al. The Experience and Self-Management of Fatigue in Patients on Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, Estados Unidos, v. 40, n. 2, p. 113-122, 2013.</p> <p>WALSH, E.; LEHANE, E. An exploration of the relationship between adherence with dietary sodium restrictions and health beliefs regarding these restrictions in Irish patients receiving haemodialysis for end-stage renal disease. Journal of Clinical Nursing, Irlanda, n. 20, p. 331–340, 2011.</p> <p>WEISBORD, S. D. et al. Comparison of Symptom Management Strategies for Pain, Erectile Dysfunction, and Depression in Patients Receiving Chronic Hemodialysis: A Cluster Randomized Effectiveness Trial. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, Estados Unidos, v. 8 n. 1, p. 90-99, 2013.</p>
<p>SUGESTÃO DE REFERÊNCIA EMPÍRICA: Investigar presença de complicações da doença renal através da entrevista, exame físico e avaliação de exames complementares.</p>	

Piora na qualidade de vida		Nº de estudos
		20
Conceito	Elevado nível de estresse físico, psicológico e social que pioram qualidade de vida dos pacientes.	
Referência empírica	Aplicar o instrumento Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)-36.	
Referência	<p>HEIDARZADEH, M.; ATASHPEIKAR, S.; JALILAZAR, T. Relação entre qualidade de vida e capacidade de autocuidado em pacientes submetidos a hemodiálise. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, Irã, v. 15, n. 2, p. 71-76, 2010.</p> <p>SORENSEN, E. P. et al. The Kidney Disease Quality of Life Cognitive Function Subscale and Cognitive Performance in Maintenance Hemodialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases, Estados Unidos, v. 60, n. 3, p. 417–426, 2012.</p>	

Ausência ao tratamento		Nº de estudos
		4
Conceito	Paciente falta a uma ou mais sessões de diálise e/ou não adere ao tratamento, abandonando-o.	
Referência empírica	-	
Referência	BRANCO, J. M. A.; LISBOA, M. T. L. Adesão de Clientes Renais Crônicos ao Tratamento Hemodialítico: Estratégias de	

	Enfermagem. Revista Enfermagem , Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-583, 2010.
SUGESTÃO DE CONCEITO: Identificar com paciente/familiar/cuidador e profissionais de saúde sobre a falta rotineira às sessões de diálise, bem como sobre a não adesão do paciente ao plano terapêutico e o abandono.	

Busca a serviços de emergência		Nº de estudos
		2
Conceito	Busca a serviços de emergência e hospitalizações por razões relacionadas com a insuficiência renal terminal.	
Referência empírica	Interrogar o paciente sobre a procura por serviços de emergência e/ou hospitalizações relacionadas com a insuficiência renal.	
Referência	GREEN, J. A. et al. Associations of Health Literacy With Dialysis Adherence and Health Resource Utilization in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases , Estados Unidos, v. 62, n.1, p.73-80, 2013.	

4.3.5 Relação entre características definidoras e fatores relacionados da NANDA-Internacional e encontrados na análise conceitual

Abaixo está apresentado o quadro contendo as semelhanças entre os fatores relacionados provenientes da revisão e os fatores existentes na NANDA-I referentes ao DE autocontrole ineficaz da saúde.

Quadro 3 – Relação entre os fatores relacionados identificados na revisão e os existentes da NANDA-Internacional. Natal/RN, 2014

Fatores relacionados provenientes da revisão integrativa	Fatores relacionados da NANDA Internacional 2012-2014
Identificação de barreiras para mudanças	Barreiras percebidas
	Benefícios percebidos
	Complexidade do regime terapêutico
	Complexidade do sistema de atendimento de saúde
	Conflito familiar
Falha na comunicação	Conflitos de decisão
Falha de suporte social	Déficit de apoio social
Conhecimento deficiente	Déficit de conhecimento
Estado psicológico afetado	Demandas excessivas (p. ex., individuais, familiares)

Continua

Continuação

Fatores relacionados provenientes da revisão integrativa	Fatores relacionados da NANDA International 2012-2014
Dificuldades socioeconômicas	Dificuldades econômicas
	Gravidade percebida
	Impotência
Desistências de metas	Número inadequado de indícios à ação
	Padrões familiares de cuidados de saúde
Dificuldade de cumprimento do regime terapêutico	Regime
	Susceptibilidade percebida
Comorbidades	
Disfunção neurocognitiva	
Natureza assintomática da doença	

A seguir, está apresentado o quadro contendo as semelhanças entre as características definidoras provenientes da revisão e características existentes na NANDA-I referentes ao DE autocontrole ineficaz da saúde.

Quadro 4 – Relação entre as características definidoras identificadas na revisão e as existentes da NANDA-I. Natal/RN, 2014

Características definidoras provenientes da revisão integrativa	Características definidoras da NANDA International 2012-2014
	Escolhas de vida diária ineficazes para atingir metas de saúde
	Expressão de desejo de controlar a doença
	Expressão de dificuldade com os regimes prescritos
Ausência ao tratamento	Falha em agir para reduzir risco
	Falha em incluir regimes de tratamento à vida diária
Agravamento dos sinais e sintomas	
Piora na qualidade de vida	
Busca a serviços de emergência	

5 DISCUSSÃO

O doente renal crônico, pela própria doença e o tratamento hemodialítico, vivencia uma série de restrições de vida. Tal condição acarreta ao paciente prejuízos, em aspectos físicos, mentais e funcionais, além de interferir na sua interação social e satisfação pessoal, fato que compromete a independência e autonomia do indivíduo (CRAVO et al., 2011).

Corroborando, Santos, Rocha e Berardinelli (2011) identificam que o paciente com doença renal em estágio terminal enfrenta uma série de limitações que abrangem desde fatores físicos até fatores emocionais. Diante dessa condição, é clara a necessidade de adaptação à nova rotina desses indivíduos. Embora cada indivíduo tenha uma forma diferente de reação diante da mudança, é comum a todos a necessidade de reaprender a viver. E a esse aprendizado está atrelada a qualidade de vida dos indivíduos, a qual será influenciada pelo processo de aceitação de sua condição.

Nesse contexto, o diagnóstico de enfermagem Autocontrole ineficaz da saúde é frequente nessa clientela (FRAZÃO et al., 2014), representando as dificuldades e limitações vivenciadas durante a hemodiálise. Segundo Herdman (2012), esse DE pertence ao domínio Promoção da saúde e à classe Controle da saúde da taxonomia II da Nanda Internacional.

Diante do exposto, é evidente a importância de compreender o conceito autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise, visto que serão fornecidos esclarecimentos acerca do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde, tornando-o mais específico às necessidades dessa clientela. E, a partir disso, será possível a formulação de intervenções direcionadas às necessidades de cada paciente. Nesse sentido, justifica-se a produção de conhecimento capaz de gerar evidências científicas que forneçam subsídios para a prática clínica, isto é, para uma assistência de enfermagem ao cliente renal embasada cientificamente.

Destaca-se a importância do desenvolvimento de estudos que forneçam boas evidências clínicas capazes de auxiliar os cuidados de enfermagem na prática clínica (VITOR; ARAÚJO, 2011).

O conhecimento oriundo de pesquisas deve ser vinculado à prática clínica, para que se faça a diferença no que tange à assistência à saúde e de enfermagem. Nesse contexto, a revisão integrativa é um método de pesquisa que fornece inegável contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar. Isto porque a síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a incorporação de evidências à prática, fundamenta as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Adesão, segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), reflete “o comportamento de uma pessoa doente ao tomar medicamentos, seguir uma dieta, adotar estilos de vida acordados com o médico”.

Para a pesquisa foram eleitos como descritores os seguintes termos: autocontrole, adesão e hemodiálise. A inclusão do descritor “adesão” foi decidida após a realização de uma primeira busca somente com os descritores “autocontrole” e “hemodiálise”, na qual foi evidenciado um quantitativo expressivo de publicações relevantes relacionadas à adesão. Diante disso, chegou-se a um consenso junto à orientadora em incluir o termo “adesão” e realizar uma nova busca. Todavia, destaca-se a importância de diferenciar os termos “autocontrole” e “adesão”. Adesão remete à concordância do paciente sobre sua saúde, representando um elemento do autocontrole, sendo este mais amplo (BEUTER et al., 2013).

A maior parte dos estudos identificados foi produzida no continente americano (34), ficando logo após empatados em número de publicações os continentes europeu e asiático, com 17 publicações cada um. Destaca-se que cinco estudos não identificaram o local de publicação.

Percebe-se um grande avanço de pesquisas na área de autocontrole da saúde e hemodiálise, especialmente no continente americano, conforme observado na predominância de estudos desenvolvidos nesta localidade. Isso provavelmente deve estar relacionado ao elevado número de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico nesta localidade.

Todos os estudos identificados foram publicados nos últimos cinco anos, conforme adotado nos critérios de inclusão, como estratégia recomendada pela NANDA-Internacional (HERDMAN, 2012) com o intuito de obter publicações mais atuais acerca da temática em estudo.

Observa-se que a maior parte dos artigos foi publicada entre os anos de 2012 e 2013 (42), o que aponta que os trabalhos acerca do autocontrole da saúde estão em desenvolvimento crescente.

Quanto ao idioma é notória a predominância do inglês (62), refletindo a consolidação da língua como universal, já que, mesmo se observando uma diversidade de locais de publicação dos trabalhos, a língua inglesa tem destaque.

O cenário de realização dos estudos foi predominantemente a clínica de hemodiálise (47), em seguida os hospitais (16). Algumas pesquisas não se aplicaram a este item (12), pois representaram trabalhos de revisão e um estudo ocorreu em hospital e clínica de hemodiálise. Isso aponta a predominância de estudos realizados com pacientes clínicos, que se encontram em tratamento nas clínicas de hemodiálise. Tal fato é positivo, visto que o indivíduo que frequenta a clínica de hemodiálise para o tratamento, provavelmente, estará mantendo o equilíbrio da saúde do doente renal.

As temáticas dos estudos foram variadas, mesmo abrangendo sempre ao objetivo maior do estudo. Os estudos versaram sobre os fatores que influenciam a adesão de pacientes em hemodiálise a algum dos componentes do tratamento (37), a autogestão ou autoeficácia de pacientes em hemodiálise (15), a influência da educação na autogestão, autocuidado e adesão de pacientes com doença renal crônica (12), qualidade de vida de pacientes em hemodiálise (5), dispositivo eletrônico para auxiliar na gestão de pacientes em hemodiálise (4), percepção dos pacientes em hemodiálise quanto à doença (1), implementação de um plano de cuidados na hemodiálise (1) e função cognitiva de pacientes em hemodiálise (1).

Os estudos foram julgados quanto ao nível de evidência, com o intuito de determinar o grau de confiabilidade dos resultados e fortalecer as conclusões geradas acerca da temática em estudo (POLIT; BECK; 2011).

A maior parte dos estudos correspondeu ao nível VI de evidência segundo a classificação Melnyk e Fineout-Overholt (2005), que representa evidências derivadas de estudos descritivos ou qualitativos (42). Em seguida, ficaram os estudos derivados de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados (10). E, em terceiro lugar, ficaram as evidências resultantes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, nível V (9).

Observa-se, ainda, uma predominância de estudos com abordagem descritiva na área da enfermagem. Embora se tenha percebido um quantitativo considerável de trabalhos com elevado nível de evidência e que fornecem melhores bases e

fundamento para aplicação na prática clínica, tais como os ensaios clínicos (GALVÃO, 2006). Nesse contexto, reforça-se a importância do desenvolvimento de estudos na área de enfermagem que forneçam melhores evidências, para subsidiar a abordagem do cuidado clínico e do ensino.

O conceito identificado para autocontrole da saúde no contexto da hemodiálise foi: tomada de decisões necessárias ao alcance de metas para cumprimento do complexo terapêutico e do acordo estabelecido com os profissionais de saúde. Esse conceito expressa a resposta do indivíduo frente à sua saúde, buscando cumprir o regime terapêutico que abrange todos os aspectos do tratamento, não devendo ser considerado somente um isoladamente; esses aspectos compreendem a manutenção do controle da dieta, ingestão hídrica adequada, comparecimento regular às sessões de diálise, uso adequado das medicações, comparecimento às consultas (ANSON; BYRD; KOCH 2009; STANGE et al., 2013). Isso deve ser somado ao relacionamento estabelecido junto aos profissionais de saúde, no qual são feitos esclarecimento e orientações, possibilitando a compreensão acerca da doença e do tratamento e, assim, tornando facilitado o alcance de metas (BROWNE; MERIGHI, 2010).

A partir da identificação do caso modelo é possível a compreensão nítida dos elementos que compõem o conceito, bem como de seus antecedentes e consequentes (WALKER; AVANT, 2010). Diante disso, a partir do caso exposto é possível a visualização prática dos componentes do conceito, ganhando destaque os atributos cumprimento do complexo terapêutico, parceria paciente-profissionais e alcance de metas. Como antecedentes, identificam-se: a rede de apoio social, cumprimento do regime terapêutico. E como consequentes foram identificados: o seguimento adequado do tratamento, a melhora da qualidade de vida, dos exames laboratoriais e da autoestima.

No caso clínico contrário exposto, percebe-se a apresentação do oposto ao conceito buscado na análise, evidenciando o autocontrole ineficaz da saúde, diagnóstico de enfermagem que é alvo maior deste estudo. Observa-se a presença dos seguintes antecedentes no paciente renal no contexto hemodialítico: dificuldades para seguimento das recomendações dietéticas e hídrica, uso inadequado de medicações, e como atributo foi apresentado o complexo terapêutico. Fatores que resultam no consequente episódio de internação, que remete ao atributo crítico “complicações de saúde”.

Percebe-se, então, que o indivíduo que vivencia o contexto de tratamento de hemodiálise tende a ter um autocontrole de saúde dificultado, ou ineficaz. Este é influenciado por uma série de fatores, como exemplificado no caso oposto apresentado. O paciente necessita seguir complexo regime terapêutico, todavia percebem-se limitações na expressão de dificuldade para o seguimento da dieta e da restrição hídrica recomendadas pela equipe de saúde. Tal fato resulta em consequências ao indivíduo refletidas por complicações à saúde, necessitando de internações hospitalares.

Dentre os atributos identificados na literatura sobre o conceito autocontrole da saúde, destacam-se a tomada de decisões, o cumprimento do complexo terapêutico, o alcance de metas e a parceria/acordo entre paciente e profissionais.

A tomada de decisões dos pacientes é fator preponderante para o autocontrole da saúde, visto que determinadas atitudes do tratamento dependem individualmente de cada paciente. Nesse contexto, Royani et al. (2013) destacam como fator facilitador para a tomada de decisões sobre seu tratamento o conhecimento dos pacientes sobre sua doença e tratamento, fazendo-os desempenhar um papel ativo nas atividades de saúde. Além disso, o nível de autonomia e autocuidado dos pacientes tem excelente relação com o estabelecimento de um programa de educação. Dessa forma, os enfermeiros devem considerar para os pacientes um programa de educação capaz de torná-los autônomos para tomarem decisões favoráveis à sua saúde.

O contexto em que o indivíduo vive tende a influenciar as suas decisões. Este contexto se modifica a partir do diagnóstico da doença renal e, por consequência, início do tratamento (ANSON; BYRD; KOCH, 2009). Na hemodiálise, o paciente precisa incorporar à sua rotina o cumprimento de um complexo terapêutico que abrange as sessões do tratamento conforme o planejamento individual, a dieta, a ingesta hídrica adequada e o uso de medicações (STANGE et al., 2013). Portanto, a equipe multiprofissional precisa agir junto ao paciente auxiliando-o na incorporação das rotinas necessárias à nova forma de viver, de modo a manter uma qualidade de vida melhor.

O paciente deve ser um sujeito ativo no seu tratamento, destacando a importância do diálogo profissional-paciente para uma melhor efetividade das informações prestadas, compreensão e parceria (GLIDEWELL et al., 2013). Além disso, Pinheiro (2011) enfatiza que a relação pessoal entre profissional e paciente é ponto primordial da adesão ao tratamento, devendo ser permeada pela interação e

parceria, onde ambas as partes buscam atingir os melhores resultados. Desse modo, deve-se priorizar o uso de abordagem colaborativa da pessoa doente, com partilha das decisões.

Assim, por meio da parceria entre profissionais e pacientes, são facilitados a implementação e o alcance de metas referentes ao tratamento, tornando-se visível a participação dos pacientes de maneira ativa no seu processo saúde e doença (BROWNE; MERIGHI, 2010; PINHEIRO, 2011).

Quanto aos antecedentes foram identificados: o estado psicológico, a motivação, a rede de apoio social, os fatores sociodemográficos, a sintomatologia da doença, a adesão ao tratamento e o cumprimento do regime terapêutico.

O estado psicológico dos pacientes renais no contexto da hemodiálise é permeado por variáveis críticas, capazes de influenciar fortemente no tratamento e manutenção da saúde. As principais variáveis que podem estar associadas à adesão ao regime terapêutico pelo paciente são: depressão e ansiedade. Um estudo relatou que pacientes com níveis mais baixos de depressão apresentaram maior qualidade de vida e exibiam níveis elevados de aderência ao regime terapêutico (MELLON; REGAN; CURTIS, 2013). Os fatores psicossociais influenciam no comportamento do paciente sobre sua saúde, e envolvem aspectos com autoeficácia, percepção do indivíduo sobre sua doença, apoio familiar, suporte do provedor da saúde e depressão (OH; PARK; SEO, 2012).

Outro fator que antecede o autocontrole da saúde é a motivação. Um indivíduo motivado expressa desejo de mudança e age por meio de novos comportamentos, desenvolvendo estratégias para estabelecer compromissos com sua saúde e tratamento. Pacientes submetidos à hemodiálise mostraram-se mais aderentes e aceitando melhor o tratamento após a aplicação de uma palestra motivacional (RUSSELL et al., 2011).

O antecedente rede de apoio social também foi identificado na revisão. A rede de apoio social representa importante papel durante a vida, pois ampara o paciente no contexto enfrentado, diante de todas as mudanças vivenciadas no trabalho, na autoimagem e no autoconceito. Desse modo, as relações sociais adaptadas resultam no apoio social e são essenciais para auxiliar no suporte das tensões vivenciadas por esses pacientes (SHAHGHOLIAN; TAJDARI; NASIRI, 2012; MELLON; REGAN; CURTIS, 2013;).

Os fatores sociodemográficos também são aspectos capazes de influenciar o autocontrole da saúde, a saber: idade, sexo, renda, estado civil, nível de escolaridade. Para Novak, Costantini e Schneider (2013), deve ser empregado o conceito de assistência bio-psico-social, envolvendo o indivíduo em sua integridade de cuidados. Pinheiro (2011) aponta que pacientes idosos têm melhor controle, assim como as pessoas que vivem com companheiro apresentam melhor aderência ao tempo de diálise.

O autocontrole da saúde pode ser influenciado pela sintomatologia da doença, isto porque, na medida em que o paciente manifesta sintomas relativos à doença, estes agem como sinalizadores e, assim, os pacientes buscam assistência e cuidados precocemente a fim de obter melhora clínica (KARDAS; LEWEK; MATYJASZCZYK, 2013).

Outro termo identificado como antecedente foi adesão terapêutica, que reflete a aceitação e disposição do indivíduo em viver o novo estilo de vida em concordância com sua doença e seu tratamento. Essa nova condição de vida, proporcionada pela doença renal e pela hemodiálise, pode causar ao paciente sentimentos de medo, raiva, ansiedade e falta de esperança (BRANCO; LISBOA, 2010). Assim, planos de cuidados individualizados devem ser utilizados no cuidado desses pacientes, com o intuito de melhorar o comportamento aderente (MELLON; REGAN; CURTIS, 2013).

Além disso, o cumprimento do regime terapêutico foi identificado como fator causal para o autocontrole da saúde. Esse elemento envolve diversos fatores da terapêutica, dentre eles: adesão à restrição hídrica e alimentar, comparecimento regular às sessões de diálise e uso adequado de medicações (STANGE et al., 2013). Desse modo, o paciente necessita de um controle em vários aspectos da terapêutica, sendo importante o apoio da equipe de saúde e da família para facilitar o cumprimento desse regime.

Quanto aos consequentes, os artigos analisados apontaram seis para o conceito autocontrole da saúde em indivíduos submetidos à hemodiálise, a saber: diminuição dos sinais e sintomas, melhora na qualidade de vida, remoção facilitada de líquidos durante a hemodiálise, melhora de exames laboratoriais, melhora da autoestima e seguimento adequado do tratamento.

Sabe-se que a redução dos sinais e sintomas referentes às complicações da DRC, como, por exemplo, dispneia, inapetência, edemas, cefaleia, náuseas, vômitos, hipertensão, letargia, cansaço físico e ganho de peso, está diretamente relacionada

ao comportamento de adesão à hemodiálise e às restrições hídricas e dietéticas do paciente renal crônico (BRANCO; LISBOA, 2010). Diante disso, o enfermeiro deve intervir na educação em saúde, explicitando sobre a DRC, opções de tratamento e os benefícios em relação à aceitação e cuidados realizados na terapia.

Um estudo (HEIDARZADEH; ATASHPEIKAR; JALILAZAR, 2010) revelou relação significativa entre o autocuidado e a qualidade de vida. Indivíduos com DRC em tratamento hemodialítico tiveram melhor capacidade de se autocuidar em relação à terapêutica e preservação da fístula arteriovenosa, apresentando, assim, melhor qualidade de vida. Nesse contexto, a enfermagem deve atuar em ações que busquem o autocuidado desses pacientes, e conseqüentemente, uma melhoria na qualidade da clientela.

A ingesta hídrica e de sódio adequadas agem de forma a melhorar a remoção de líquidos durante diálise. Fatores psicológicos, sociais e de conhecimento têm influenciado esse hábito (SMITH et al., 2010). Dessa maneira, a equipe de enfermagem deve promover ações que auxiliem a ingesta adequada de líquidos, utilizando de ferramentas que promovam o conhecimento sobre a DRC e sua terapêutica.

Resultados dos exames laboratoriais são considerados excelentes marcadores pela sua sensibilidade para mensurar a adesão às restrições alimentares dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise (MELLON; REGAN; CURTIS, 2013). Níveis de sódio, fósforo e potássio no sangue podem servir como fortes marcadores para pacientes em diálise, refletindo o seguimento adequado ou não do regime terapêutico (KIM; EVANGELISTA, 2010).

Outro conseqüente identificado foi a melhora da autoestima, pois os fatores psicossociais exercem forte influência no controle do tratamento, assim como são influenciados. Autores (OH; PARK; SEO, 2012) apontam que a autoestima é um importante mediador da adesão, juntamente com o apoio familiar, e os pacientes com melhor poder de adesão apresentam uma autoestima elevada. Assim, a equipe multiprofissional deve atentar para o apoio social dos pacientes, reforçando sua rede de suporte e promovendo sua autoestima.

Além disso, observou-se o conseqüente seguimento adequado do tratamento. O cliente renal crônico, ao compreender a importância do tratamento para a manutenção da sua vida, adere ao tratamento, incorporando-o ao seu cotidiano,

atentando às orientações da equipe multiprofissional e evitando faltar às sessões de tratamento (BRANCO; LISBOA, 2010).

Desse modo, percebe-se que o conceito revisado na literatura, autocontrole da saúde, foi definido como: tomada de decisões necessárias ao alcance de metas para cumprimento do complexo terapêutico e do acordo estabelecido com os profissionais de saúde. Ele apresenta antecedentes relacionados aos aspectos psicológicos, sociais, fisiológicos e da terapêutica, sendo evidente a participação no processo de controle da saúde tanto do paciente, como da rede de apoio social e dos profissionais de saúde. E, com os consequentes do conceito, obtém-se melhora de aspectos psicológicos, fisiológicos e da terapêutica.

A partir da análise do conceito autocontrole da saúde foi possível a identificação também de um novo conceito para o diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde.

A análise de conceito possibilitou, através da interpretação e transposição para a negação, identificar alguns antecedentes ou fatores relacionados e consequentes ou características definidoras do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde.

Foram observados 11 antecedentes ou fatores relacionados do conceito na revisão, a saber: conhecimento deficiente, dificuldade de cumprimento do regime terapêutico, estado psicológico afetado, falha de suporte social, dificuldades socioeconômicas, falha na comunicação, comorbidades, desistências de metas, disfunção neurocognitiva, natureza assintomática da doença e identificação de barreiras para mudanças. Podendo relacioná-los aos oito fatores da NANDA-I, a saber: Identificação de barreiras para mudanças-Barreiras percebidas, Falha na comunicação-Conflitos de decisão, Falha de suporte social-Déficit de apoio social, Conhecimento deficiente-Déficit de conhecimento, Estado psicológico afetado-Demandas excessivas (p. ex., individuais, familiares), Dificuldades socioeconômicas-Dificuldades econômicas, Desistências de metas-Número inadequado de indícios à ação, Dificuldade de cumprimento do regime terapêutico-Regime.

Quanto aos consequentes ou características definidoras, foram identificados quatro, a saber: Agravamento dos sinais e sintomas, Piora na qualidade de vida, Ausência ao tratamento e Busca a serviços de emergência. Destaca-se que, neste estudo com população específica, somente uma característica identificada apresentou relação com as já existentes na NANDA-I: Ausência ao tratamento-Falha em agir para reduzir risco.

Quanto ao fator relacionado conhecimento deficiente, embora o nível educacional, avaliado em anos de escolaridade, não tenha mostrado correlação com os indicadores de não aderência (PINHEIRO, 2011), um estudo (LAI et al., 2013) aponta que os esforços para educação em saúde em pacientes renais crônicos em fase terminal são importantes para melhorar a autogestão da doença. Profissionais de saúde devem considerar os níveis de educação dos pacientes, de modo a garantir a prestação de informações de saúde compreensíveis e utilizáveis por todos os pacientes.

Corroborando, Khalil et al. (2011) apontaram que uma intervenção educacional melhora a capacidade de mensurar a quantidade de fluido e avaliar os nutrientes escolhidos em alimentos e combiná-los com os valores prescritos.

Quanto ao uso inadequado de medicações, “polifarmácia”, isto é, uso de várias medicações por um único paciente com DRC, foi observado como fator predisponente para geração de escolha de determinado medicamento no momento do uso, sendo os mais complexos a primeira opção nesta população, fator que reflete a dificuldade de cumprimento do regime terapêutico. A maioria desses pacientes manifestam crenças ou prioridades que não estão de acordo com a opinião médica, todavia raras vezes esses pacientes discutem sobre suas crenças e prioridades com a equipe, ou mesmo sobre a baixa adesão à medicação. É provável que uma comunicação mais eficaz sobre a medicação poderia melhorar os resultados de saúde dos pacientes e reduzir potenciais eventos adversos a medicamentos (RIFKIN et al., 2010).

Além disso, em trabalho realizado com pacientes hospitalizados, foi observado um aumento na adesão à terapia farmacológica durante a internação, porém isso foi apenas transitório, reforçando a necessidade de intervenções com o objetivo de melhorar a aderência plena à medicação. Foi apontada, neste estudo, a preferência dos pacientes por regimes simples, além de terem sido observados como limitação os orçamentos financeiros. Dessa forma, é sugerido que as terapias medicamentosas sejam simplificadas com o intuito de promover uma melhor aderência (STANGE et al., 2013).

O antecedente não adesão à restrição hídrica é bem representativo na população estudada, refletindo a dificuldade de manutenção da restrição de volume de líquidos recomendada pelo médico e que é individual para cada paciente, caracterizando ainda o fator dificuldade de cumprimento do regime terapêutico. Vários fatores influenciam a restrição hídrica, tanto positivamente, quanto

contrariamente. Dentre eles destacam-se o conhecimento, a autoavaliação, os fatores psicológicos, sociais, físicos e ambientais. Os fatores psicológicos são destacados como barreiras mais comuns para a aderência à restrição de fluido, principalmente a falta de motivação. O conhecimento é o facilitador mais discutido com a autoavaliação precisa e de apoio social. As intervenções para melhorar a adesão à restrição hídrica de pacientes crônicos em hemodiálise devem visar questões motivacionais, avaliar e melhorar o conhecimento do paciente, aumentar o apoio social, e facilitar a autoavaliação acurada do estado de fluido (SMITH et al., 2010).

O controle do regime médico prescrito é um fator primordial para o alcance de boas metas terapêuticas em pacientes de diálise e contribui para melhores resultados de redução da morbidade e mortalidade e efeitos secundários da hemodiálise. A não adesão às restrições de líquidos recebeu a maior atenção na literatura de diálise. Além disso, observou-se que a presença de um cuidador familiar melhora a adesão dos pacientes (CICOLINI et al., 2011).

Tristeza crônica foi outro antecedente identificado para o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde. Esse antecedente envolve aspectos psicológicos, relacionados ao estado depressivo e de baixa autoestima. Sintomas depressivos são frequentes nos pacientes com doença renal em hemodiálise. Tais sintomas são preditores para a não adesão à restrição hídrica e dietética (KHALIL et al., 2011). Um estudo (OH; PARK; SEO, 2013) apontou alguns mediadores para a depressão nessa população, ganhando destaque a autoeficácia, o apoio da família, e suporte profissional de saúde.

As dificuldades socioeconômicas também foram identificadas como fator relacionado. São aspectos individuais que influenciam no autocontrole do indivíduo ao tratamento: idade, sexo, estado civil, nível de educação, emprego (LI, JIANG, LIN, 2014).

Pinheiro (2011) gera hipóteses sobre a maior prevalência da não adesão ser na faixa etária de jovens: seria maior tolerância a desvios, mais confiança em si ou maior prazer em assumir riscos. Os empregados e os casados mostraram frequência elevada de hiperfosfatemia, desequilíbrio hidroeletrólítico comumente associado à doença renal crônica, fato que evidencia a dificuldade de controle da saúde (PINHEIRO, 2011).

Ainda, foi identificado antecedente falha no suporte social, que reflete a falta de apoio social que o indivíduo vivencia, fator que interfere sobre seu autocontrole da

saúde. Uma rede de apoio social estruturada fornece ao paciente suporte necessário para que ele enfrente a situação de mudança e adapte-se melhor ao tratamento (SHAHGHOLIAN; TAJDARI; NASIRI, 2012; KHALIL et al., 2011).

Outro antecedente foi a não adesão ao tratamento, que, segundo Pinheiro (2011), pode transformar-se em oportunidade para que o médico passe de uma postura paternalista a outra em que a pessoa doente exerça o controle pessoal sobre sua vida, tratamento, autodeterminação, como concretização da autonomia, isto é, cabe ao médico e aos demais profissionais adotarem uma postura não paternalista tentando intervir na não adesão manifestada pelos pacientes.

Estudo realizado com pacientes em hemodiálise apontou uma baixa adesão ao uso de medicamento e recomendações de dieta, mesmo com bom nível de conhecimento quanto às consequências e ao tratamento da hiperfosfatemia. Com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento, podem-se promover ações integradas com supervisão e orientação contínuas, com a participação da equipe multidisciplinar. Além disso, os familiares e os cuidadores devem ser envolvidos para que estes tomem conhecimento da importância e participem efetivamente do tratamento (NERBASS et al., 2010).

Desse modo, percebe-se que os fatores relacionados ou antecedentes do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde refletem um indivíduo renal com dificuldade em manter o controle da saúde. De posse desse conhecimento, enfermeiros poderão intervir de maneira direcionada a cada cliente e com o foco nas necessidades de cada um.

Quanto aos consequentes ou características definidoras, foi identificado o elevado ganho de peso interdialítico (superior a 2 kg). O sucesso do tratamento hemodialítico depende de vários fatores, dentre os quais está o ganho de peso interdialítico, que pode estar numa faixa ideal, moderada ou ruim (RUSSEL et al., 2011).

Para se calcular o ganho de peso interdialítico (IDWG), subtrai-se o peso final do paciente da diálise anterior do peso inicial da diálise, e idealmente esse valor não deve ser superior a 2 kg (KIM et al., 2010; RUSSEL et al., 2011).

Outra característica definidora observada foi a qualidade de vida do indivíduo, que neste caso é ruim. Os pacientes em hemodiálise vivenciam estresse físico, psicológico, social e fatores complexos que levam à diminuição da sua qualidade de vida. Além disso, observa-se relação positiva e significativa entre a qualidade de vida

e capacidade de autocuidado (HEIDARZADEH; ATASHPEIKAR; JALILAZAR, 2010; KIM et al., 2010).

O conseqüente hospitalizações e com período prolongado foi observado com associação à educação em saúde, caracterizando um agravamento de sinais e sintomas, resultando num aumento da incidência de atendimentos de urgência e hospitalização relacionados a pacientes em hemodiálise (GREEN et al., 2013). Corroborando, Kim e Evangelista (2010) apontam como desfechos clínicos dos pacientes em hemodiálise as hospitalizações.

Outro conseqüente foi a intensificação de complicações da doença renal, isto é, os agravamento e complicações da doença renal, por exemplo, anemia, osteodistrofia, calcificação de tecidos moles, doença cardiovascular, desnutrição, deficiência visual (LI; JIANG; JIM, 2014; GREEN et al., 2013; RUSSEL et al., 2011).

Comparando-se os fatores relacionados e as características definidoras colhidas na revisão com as existentes na NANDA-I, percebe-se um número expressivo de elementos novos identificados na literatura como antecedentes e conseqüentes do diagnóstico.

Alguns fatores relacionados da revisão apresentam relação com os da NANDA-I, podendo até serem sinônimos; como exemplo, o “conhecimento deficiente” e o “déficit de conhecimento” e “complexidade do regime terapêutico”. Já, nas características definidoras, não foram percebidas semelhanças tão evidentes entre os elementos encontrados na revisão e os presentes na NANDA-I. Sendo identificados na revisão conseqüentes relacionados a complicações, fisiologia do paciente, tratamento do paciente e estado psicológico.

Destarte, observa-se claramente que o indivíduo renal não segue o regime terapêutico, não mantém controle de seus hábitos, sendo evidente a presença do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde. Tendo ciência dessa realidade, enfermeiros poderão avaliar com cautela esses clientes, sendo possível a formulação de um plano de cuidados individual e focado nas necessidades deles.

Entende-se que o trabalho de intervenção para o diagnóstico ora apresentado deve ser amplo e envolve os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, pacientes, cuidadores e familiares, pois o autocontrole da saúde requer um trabalho multiprofissional e abrange todas as atitudes do indivíduo que interferem na sua saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conceito autocontrole da saúde forneceu a base necessária para a análise do conceito do Diagnóstico de Enfermagem autocontrole ineficaz da saúde, que foi subsidiada por uma revisão integrativa da literatura, a qual resultou em 76 artigos. A identificação do conceito na análise possibilitou a identificação de novos elementos, trazendo uma nova proposta para o diagnóstico em estudo.

Destaca-se que a opção pela busca do conceito autocontrole da saúde foi devida o fato de este ser o foco do diagnóstico de enfermagem segundo a NANDA-Internacional. E o foco do diagnóstico é o elemento que representa a base conceitual do diagnóstico.

Assim, o conceito identificado para autocontrole da saúde foi: tomada de decisões necessárias ao alcance de metas para cumprimento do complexo terapêutico e do acordo estabelecido com os profissionais de saúde. Foram identificados também atributos do conceito: cumprimento do complexo terapêutico, tomada de decisões, parceria/acordo entre pacientes e profissionais, alcance de metas; antecedentes: cumprimento do regime terapêutico, fatores sociodemográficos, estado psicológico, motivação, adesão ao tratamento, rede de apoio social e sintomatologia da doença; e consequentes ou características definidoras: melhora na qualidade de vida, diminuição dos sinais e sintomas, melhora da autoestima, melhora de exames laboratoriais, seguimento adequado do tratamento e remoção facilitada de líquidos durante a hemodiálise.

E o conceito do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde foi: Inabilidade do paciente para controlar hábitos e alcançar as metas terapêuticas acordadas com os profissionais, resultando em complicações à saúde. Foram identificados os antecedentes ou fatores relacionados: conhecimento deficiente, dificuldade de cumprimento do regime terapêutico, estado psicológico afetado, falha de suporte social, dificuldades socioeconômicas, falha na comunicação, comorbidades, desistências de metas, disfunção neurocognitiva, natureza assintomática da doença e identificação de barreiras para mudanças. E os consequentes ou características definidoras: agravamento dos sinais e sintomas, piora na qualidade de vida, ausência ao tratamento e busca a serviços de emergência.

Algumas limitações foram identificadas no decorrer do estudo, a saber: a predominância de estudos em língua estrangeira, fato que pode ter influenciado no momento da interpretação dos conceitos e elementos buscados, a necessidade de buscar outras literaturas para a construção das definições conceituais e referências empíricas. Além disso, a necessidade de transposição do conceito para a negação para o alcance da compreensão do diagnóstico, bem como a falta de clareza dos estudos para a identificação dos indicadores.

A partir deste estudo, espera-se que o diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde seja mais facilmente identificado na clientela renal submetida à hemodiálise. Estudos dessa natureza, relacionados às classificações de enfermagem, são base importante para o crescimento do corpo de conhecimentos da enfermagem. Além disso, caracterizam a base teórica do conhecimento, representando elementos fundamentais para subsidiar o desenvolvimento das tecnologias em enfermagem. Destaca-se, ainda, que este estudo será complementado com a etapa de validação de conteúdo por especialistas, na qual os elementos definidos e identificados nesta etapa serão julgados por peritos quanto à pertinência referente ao diagnóstico supracitado, tornando ainda mais acurado este conteúdo.

REFERÊNCIAS

ANSON H. M.; BYRD, M. R.; KOCH, E. I. Cognitive Behavioral Treatment to Improve Adherence to Hemodialysis Fluid Restrictions: A Case Report. **Case Reports in Medicine**, p. 1-5, 2009.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M.. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

BASTOS, M. G.; et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p. 203-15, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. **Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia**. Brasília, DF, 2. ed. p. 17, 2008.

BEUTER, M. et al. A Adesão de Indivíduos em Terapia Hemodialítica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p. 3558-3566, 2013.

BOERY, R. N. S. de O.; GUIMARÕES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. de. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 197-202, 2005.

BRANCO, J. M. A; LISBOA, M. T. L. Adesão de Clientes Renais Crônicos ao Tratamento Hemodialítico: Estratégias de Enfermagem. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-583, 2010.

BROWNE, T.; MERIGHI, J. R. Barriers to Adult Hemodialysis Patients' Self-Management of Oral Medications. **American Journal of Kidney Diseases**, Estados Unidos, v. 56, n. 3, p. 547-557, 2010.

CAPELLARI, C. **Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem proteção ineficaz em pacientes em tratamento hemodialítico**. 2007, 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CARVALHO, E. C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades encontradas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.1, p. 235-240, 2008.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 280-289, 2009.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. de; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008.

CICOLINI, G. et al. Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. **Journal of Advanced Nursing**, Itália, v. 68, n. 11, p. 2410– 2417, 2012.

COSTA, A. G. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento de hemodiálise em hospital-escola. **Revista de enfermagem UFPE on line**. v. 4, n.3, p.1477-483, 2010.

CRAVO, C. D. L. et al; Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p.110-115, 2011.

FRAZÃO, C. M. F. Q. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 40-3, 2014.

GLIDEWELL, L. et al. Using behavioural theories to optimise shared haemodialysis care: a qualitative intervention development study of patient and professional experience. **Implementation Science**, Reino Unido, v. 8, n. 118, p. 1-17, 2013.

GREEN, J. A. et al. Associations of Health Literacy With Dialysis Adherence and Health Resource Utilization in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, Estados Unidos, v. 62, n.1, p.73-80, 2013.

HEIDARZADEH, M.; ATASHPEIKAR, S.; JALILAZAR, T. Relação entre qualidade de vida e capacidade de autocuidado em pacientes submetidos a hemodiálise. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Irã, v. 15, n. 2, p. 71-76, 2010.

HERDMAN, T. H. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

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

HOLANDA, R. H.; SILVA, V. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 2, p. 37-44, 2009.

KARDAS, P.; LEWEK, P.; MATYJASZCZY, M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. **Frontiers in Pharmacology**, Poland, v. 4, n. 91, p. 1-16, 2013.

KHALIL, A. A. et al. Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. **Journal of Renal Care**, Estados Unidos, v. 37, n. 1, p. 30-39, 2011.

KHALIL, A. A. et al. Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, Jordânia, n. 22, p. 127–136, 2012.

KIM, Y. et al. The End-Stage renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): Testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, Estados Unidos, v. 37, n. 4, p. 377-393, 2010.

KIM, Y.; EVANGELISTA, L. S. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, Estados Unidos, v. 37, n. 3, p. 271-281, 2010.

LAI, A. Y. et al. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. **Patient Education and Counseling**, Singapura, n. 91, p. 221–227, 2013.

LATA, A. G. B., et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de Hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. especial, p. 160-163, 2008.

LEGGAT, J. E. J.; et al. Noncompliance in haemodialysis: predictors and survival analysis. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 32, n.1, p. 139-45, 1998.

LI, H.; JIANG, Y.; LIN, C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**, China, n. 51, p. 208–216, 2014.

MARTÍNEZ, B. B.; MORATO, S. M. S.; MOREIRA, T. M. Fatores de risco para doença renal crônica em diabéticos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n.4, p. 259-263, 2011.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005), apud GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 2, 2006.

MELLON, L.; REGAN, D.; CURTIS, R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. **Patient Education and Counseling**, Irlanda, n. 92, p. 88–93, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MICHAELIS, C. W. **Dicionário escolar de língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Melhoramentos: 2010.

NERBASS, F. B. et al. Adesão e conhecimento sobre o tratamento da hiperfosfatemia de pacientes hiperfosfatêmicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, Santa Catarina, v. 32, n. 2, p. 149-155, 2010.

NOVAK, M. et al. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. **Seminars in Dialysis**, Canadá, v. 26, n. 2, p. 88–194, 2013.

OH, H. S.; PARK, J. S.; SEO, W. S. Psychosocial influencers and mediators of treatment adherence in haemodialysis patients. **Journal of Advanced Nursing**, Coréia do Sul, v. 69, n. 9, p. 2041–2053, 2012.

Organização Mundial de Saúde. Adherence to long term therapies: policy for action. WHO Meeting Report; 2001 4-5 Jun; Geneva. Noncommunicable Disease and Mental Health; 2001.

PINHEIRO, J. Autonomia e aderência na pessoa com doença renal crônica. **Revista Bioética**, Brasil, v. 19, n. 1, p. 219- 29, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, M. V. O; et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 55-63, 2008.

RIFKIN, D. E. et al. Medication Adherence Behavior and Priorities Among Older Adults With CKD: A Semistructured Interview Study. **American Journal of Kidney Diseases**, Estados Unidos, v. 56, n. 3, p. 439–446, 2010.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. especial-nefrologia, p. 528-530, 2009.

ROYANI Z. et al. The effect of empowerment program on empowerment level and selfcare selfefficacy of patients on hemodialysis treatment. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 18, n, 1, p. 84–7, 2013.

RUSSELL, C. L. et al. Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS). **Nephrology Nursing Journal**, Estados Unidos, v. 38, n. 3, p. 229-236, 2011.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**, v. 15, n.1, p.31-38, 2011.

SESSO, R. C. C. et al. Diálise Crônica no Brasil: Relatório do Censo Brasileiro de Diálise 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p.272-277, 2012.

SILVA, P. O. **Validação do conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem fadiga no paciente oncológico**. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SHAHGHOLIAN, N.; TAJDARI, S.; NASIRI, M. Analisando e comparando o auto-conceito em pacientes submetidos à hemodiálise e diálise peritoneal. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, Irã, v. 17, n. 2, p. 85-90, 2012.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

SMITH, K. et al. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. **Journal of Renal Nutrition**, África, v. 20, n. 5, p. 334–341, 2010.

SOUZA, E. F. de; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n.4, p. 629-635, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise SBN 2011. São Paulo, 2011.

STANGE, D. et al. Medication complexity, prescription behaviour and patient adherence at the interface between ambulatory and stationary medical care. **The Journal of Clinical Pharmacology**, Alemanha, n. 69, p. 573–580, 2013.

VARGAS, R. S.; FRANÇA, F. C. V. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p.348-352, 2007.

VITOR, A. F.; ARAÚJO, T. L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 313-322, 2011.


WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2010.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

APÉNDICE

APÊNDICE A – Protocolo de revisão integrativa

PROTOCOLO – REVISÃO INTEGRATIVA		
Tema: Validação do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise.		
1) Objetivo: Validar o diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise.		
2) Questões norteadoras:		
<ul style="list-style-type: none"> • Qual o conceito de autocontrole da saúde em pacientes renais crônicos em hemodiálise? • Quais são os componentes (características definidoras e fatores relacionados) do diagnóstico autocontrole ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise? • De que forma estes componentes são definidos e medidos? 		
3) Estratégias para buscar as pesquisas		
Base de dados		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Base de dados 1: Scopus ❖ Base de dados 2: Cinahl ❖ Base de dados 3: Pubmed ❖ Base de dados 4: Lilacs ❖ Base de dados 5: Cochrane 		
Descritores (e sinônimas em inglês)		
<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrole da saúde • Hemodiálise • Adesão 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Self-management</i> • <i>Hemodialysis</i> • <i>Adherence</i>
Cruzamentos		
<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrole da saúde AND Hemodiálise • <i>Self-management</i> AND <i>Hemodialysis</i> • Adesão AND Hemodiálise • <i>Adherence</i> AND <i>Hemodialysis</i> 		
4) Seleção dos estudos		
Critérios de inclusão:		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Artigos completos disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas; ❖ Artigos disponíveis nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; ❖ Artigos que abordam o conceito autocontrole da saúde, os antecedentes e os consequentes; ❖ Artigos publicados nos últimos cinco anos. 		
Critérios de exclusão:		
<ul style="list-style-type: none"> • Editoriais; Cartas ao editor; Teses; Dissertações. 		

ANEXO

number indicates higher self-efficacy.

Characteristics

Tested on 605 subjects with chronic disease

No. of items	Observed Range	Mean	Standard Deviation	Internal Consistency Reliability	Test-Retest Reliability
6	1-10	5.17	2.22	.91	NA

Source of Psychometric Data

Stanford/Garfield Kaiser Chronic Disease Dissemination Study. Psychometrics reported in: Lorig KR, Sobel, DS, Ritter PL, Laurent, D, Hobbs, M. Effect of a self-management program for patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4, 2001,pp. 256-262.

Comments

This 6-item scale contains items taken from several SE scales developed for the Chronic Disease Self-Management study. We use this scale now, as it is much less burdensome for subjects. It covers several domains that are common across many chronic diseases, symptom control, role function, emotional functioning and communicating with physicians. For internet studies, we add radio buttons below each number. There are 2 ways to format these items. We use the format on this document, the other is shown on the web page. Please note that this is a one to ten scale not a zero to 10 scale.

References

Lorig KR, Sobel, DS, Ritter PL, Laurent, D, Hobbs, M. Effect of a self-management program for patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4, 2001,pp. 256-262.