

Protocolo de enfermagem na prevenção de doença renal crônica em pessoas idosas na atenção primária

Nursing protocol in chronic kidney disease prevention in older adults in primary care

Protocolo de enfermería en la prevención de la enfermedad renal crónica en ancianos en atención primaria

Fernanda Ferreira Krepker¹

ORCID: 0000-0002-7403-0443

Cristina Arreguy-Sena¹

ORCID: 0000-0002-5928-0495

Luciene Muniz Braga¹

ORCID: 0000-0002-2297-395X

Paula Krempser¹

ORCID: 0000-0003-4838-6873

Jéssica de Castro Santos¹

ORCID: 0000-0002-8336-156X

Herica Silva Dutra¹

ORCID: 0000-0003-2338-3043

¹Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Krepker FF, Arreguy-Sena C, Braga LM, Krempser P, Santos JC, Dutra HS. Nursing protocol in chronic kidney disease prevention in older adults in primary care. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20220052. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0052pt>

Autor Correspondente:

Herica Silva Dutra
E-mail: herica.dutra@ufjf.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 09-03-2022

Aprovação: 09-08-2022

RESUMO

Objetivos: desenvolver um protocolo para a operacionalização do Processo de Enfermagem na abordagem de pessoas idosas com vulnerabilidade para doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde, alicerçado nos estressores de Neuman. **Métodos:** estudo metodológico, realizado em duas etapas: síntese das evidências por estratégia indutiva (estudo de método misto) e desenvolvimento do protocolo para subsidiar a operacionalização do Processo de Enfermagem com pessoas idosas adstritas a uma Unidade Básica de Saúde, utilizando estratégia dedutiva (conceitos de estressores de Neuman, taxonomias NANDA, NIC e NOC, linha de raciocínio de Risner e mapeamento cruzado), descrito segundo *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*. **Resultados:** participaram 102 idosos. Foram captados 17 diagnósticos, 34 intervenções e 26 resultados de enfermagem. **Conclusões:** o protocolo elaborado constitui uma tecnologia que possibilita operacionalizar o processo de enfermagem alicerçado nos estressores de Neuman e em referenciais taxonômicos, conceituais e assistenciais, norteando o cuidado e os registros de enfermagem.

Descritores: Protocolos; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Registros de Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica.

ASBTRACT

Objectives: to develop a protocol for Nursing Process operationalization in approaching older adults with vulnerability to chronic kidney disease in Primary Health Care, based on Neuman's stressors. **Methods:** a methodological study, carried out in two stages: 1) synthesis of evidence using an inductive strategy (mixed method study) and 2) protocol development to support the nursing process operationalization with older adults enrolled in a Basic Health Unit, using a deductive strategy (Neuman's stressor concepts, NANDA, NIC, and NOC taxonomies, Risner's line of reasoning, and cross-mapping), described according to *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*. **Results:** 102 older adults participated, and 17 diagnoses, 34 interventions and 26 nursing outcomes were identified. **Conclusions:** the protocol developed is a technology that makes it possible to operationalize the Nursing Process, based on Neuman's stressors and on taxonomy, conceptual and care frameworks, guiding care and nursing records.

Descriptors: Protocols; Nursing; Primary Health Care; Nursing Records; Renal Insufficiency Chronic.

RESUMEN

Objetivos: desarrollar un protocolo para la operacionalización del Proceso de Enfermería en el abordaje de ancianos con vulnerabilidad a la enfermedad renal crónica en la Atención Primaria de Salud, a partir de los estresores de Neuman. **Métodos:** estudio metodológico, realizado en dos etapas: 1) síntesis de evidencias utilizando una estrategia inductiva (estudio de método mixto) y 2) desarrollo del protocolo para apoyar la operacionalización del proceso de enfermería con personas mayores inscritas en una Unidad Básica de Salud, utilizando una estrategia deductiva (conceptos de factores estresantes de Neuman, taxonomías NANDA, NIC y NOC, línea de razonamiento de Risner y mapeo cruzado), descritos de acuerdo con *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*. **Resultados:** Participaron 102 ancianos. Se capturaron 17 diagnósticos, 34 intervenciones y 26 resultados de enfermería. **Conclusiones:** el protocolo desarrollado es una tecnología que posibilita la operacionalización del Proceso de Enfermería, a partir de los estresores de Neuman y de referencias taxonómicas, conceptuales y asistenciales, de los cuidados orientadores y de los registros de enfermería.

Descriptorios: Protocolos; Enfermería; Atención Primaria de Salud; Registros de Enfermería; Insuficiencia Renal Crónica.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está estruturado em níveis poliárquicos organizados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), operacionalizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, que se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os serviços, a busca por uma abordagem multiprofissional, contínua e integral, a inclusão de perspectivas sanitárias e econômicas e sistemas de apoio e logísticas estruturados segundo densidade tecnológica⁽¹⁾.

A estruturação da RAS no nível de Atenção Primária à Saúde (APS) para pessoas idosas é planejada para correr por meio da ligação da rede de atendimento, em seus níveis de atenção voltada para prevenção de agravos e promoção da saúde, objetivando atender às suas especificidades de prevalência das comorbidades crônicas, expressa pela tripla carga de doenças (doenças infecciosas, carenciais e de causas externas), devido à transição demográfica característica do processo de envelhecimento brasileiro⁽²⁾.

Entretanto, a assistência a esse segmento populacional reflete um sistema de saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado para o enfrentamento de condições agudas e agudizações das condições crônicas⁽³⁻⁴⁾. Nesse contexto, inscreve-se a vulnerabilidade das pessoas idosas para as doenças renais crônicas, orientada pela Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal, que estabelece estratégias assistenciais estruturadas em um cuidado equânime, qualificado e centrado nas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação⁽⁵⁾.

Dentre as ações terapêuticas passíveis de serem desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), estão a detecção precoce das doenças crônicas, o controle de comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM), as doenças autoimunes e as alterações renais operacionalizadas por busca ativa e visitas domiciliares⁽⁶⁾. A doença renal crônica (DRC) cursa entre pessoas idosas com comorbidades e polifarmácia, intensificando o agravo ou perda da função renal, a ponto de dificultar a adaptação desse segmento às instabilidades do balanço de fluidos e eletrólitos⁽⁷⁾. Tal fato justifica a estruturação do cuidado de enfermagem, na medida em que a DRC constitui um problema de saúde pública associado aos elevados gastos e atuação profissional sobre a exposição, a instalação e o seu desenvolvimento.

A inserção do enfermeiro e sua equipe na APS pode ser estruturada, nesse contexto, a partir do Processo de Enfermagem (PE), metodologia científica utilizada para orientar e qualificar a assistência de enfermagem, sistematizando o cuidado disponibilizado aos usuários, por meio de etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem⁽⁸⁾.

No cenário da APS, a coexistência de profissionais com formação de graduação, pós-graduação (*latu sensu* e *stricto sensu*) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) favorece que esse cenário seja propício ao desenvolvimento de Prática Avançada de Enfermagem, para a qual a construção de um protocolo de enfermagem poderá auxiliar e direcionar a atuação de enfermeiros brasileiros nesse contexto⁽⁹⁾.

Para padronizar a linguagem e os registros de enfermagem, optou-se pelo uso das taxonomias do diagnóstico, intervenções e

resultados de enfermagem (NANDA-I - taxonomia dos diagnósticos, *Nursing Intervention Classification* (NIC), das intervenções e *Nursing Outcome Classification* (NOC), dos resultados de enfermagem), por elas permitirem a consensualização e compartilhamento de informações entre profissionais e serviços em nível internacional e nacional⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Os estressores estão sendo concebidos como situações/problemas de origem intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, geradores de estímulos e produtores de tensões e instabilidades no sistema de energia (linhas: flexível de defesa, normal de defesa e de resistência) da pessoa idosa, que impacta sobre sua estrutura energética, cuja identificação de sua origem, natureza, intensidade e reações pode nortear o cuidado de enfermagem e a busca do equilíbrio energético (saúde)⁽¹³⁾.

No sentido de contribuir para a superação da lacuna na estruturação do cuidado de enfermagem utilizando tecnologias (modelos teóricos, taxonômicos e conhecimentos técnicos especializados) adaptáveis à prática clínica de enfermeiros da APS, esta investigação se inscreve tendo como objeto o desenvolvimento de um protocolo para operacionalizar o PE na abordagem de pessoas idosas da APS que possuem vulnerabilidade para DRC alicerçado nos estressores de Neuman.

Daí surgiu a seguinte indagação: é possível desenvolver um protocolo para subsidiar o PE na APS com pessoas idosas vulneráveis a DRC alicerçada em referenciais teórico-filosóficos, taxonômicos e legais?

A presente investigação se justifica a partir das seguintes argumentações: atendimento das recomendações do Conselho Federal de Enfermagem com relação ao PE nos cenários em que o enfermeiro atua; necessidade de alicerçar a prática da equipe de enfermagem na APS em referenciais filosóficos, taxonômicos e científicos que possibilitem a permuta de experiência entre enfermeiros que atuam em nível internacional e nacional; estruturação de um protocolo para nortear a atuação de estudantes e enfermeiros, ao cuidarem de pessoas idosas vulneráveis à DRC, compatibilizando com sua informatização e agregando resolutividade ao cuidado na APS.

OBJETIVOS

Desenvolver um protocolo para a operacionalização do PE na abordagem de pessoas idosas com vulnerabilidade para DRC na APS alicerçado nos estressores de Neuman.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo atendeu aos requisitos éticos e bioéticos para realização de pesquisas com seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, o projeto foi aprovado em 2019. A participação no estudo foi precedida de leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes do estudo.

Desenho, período e local do estudo

Estudo metodológico, construído de acordo com a ferramenta *Methodological Study reporting Checklist* (MISTIC). O cenário de estudo compreendeu a área de abrangência de uma UBS, com população estimada de 21 mil habitantes, em uma cidade do estado de Minas Gerais de aproximadamente 560 mil habitantes. A obtenção dos dados ocorreu entre os meses de junho de 2019 e março de 2020, com a participação de idosos em suas respectivas residências.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Trata-se de amostra por conveniência. Foram critérios de inclusão ter idade ≥ 65 anos e morar em ruas adstritas à UBS. Os critérios de exclusão foram pessoas que apresentarem deficiência da fala ou audição, ausentes no período de coleta de dados ou que adiaram a participação por mais de cinco vezes, que não participaram em mais de 50% da investigação e não concordaram em gravar entrevista ou realizar os testes.

Protocolo do estudo

Estudo operacionalizado em duas etapas: 1) síntese das evidências por estratégia indutiva (estudo de método misto paralelo convergente)⁽¹⁴⁾; e 2) desenvolvimento do protocolo para subsidiar a operacionalização do PE com pessoas idosas adstritas a uma UBS, utilizando estratégia dedutiva (conceitos de estressores de Neuman, taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, linha de raciocínio de Risner e mapeamento cruzado)⁽¹⁰⁻¹³⁾, descrita segundo *A Step-by-Step Guide to Developing Protocol*⁽¹⁵⁾.

Na primeira etapa, os resultados de um estudo de método misto paralelo convergente⁽¹⁴⁾ compuseram as evidências. Foi utilizada estratégia indutiva, para sintetizar as principais situações-problemas que necessitam de intervenção terapêutica e que servem de alicerce para o cuidado de enfermagem. Foram resultados advindos de uma etapa qualitativa alicerçada nas abordagens processual⁽¹⁶⁾ (n=50) e estrutural⁽¹⁷⁾ (n=102) da Teoria das Representações Sociais (TRS)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, utilizando questão norteadora (conte-me sua experiência, o que ouviu dizer ou conhece sobre a possibilidade de uma pessoa idosa ter DRC) e termo indutor “problema-doença nos rins em idosos”.

Na etapa quantitativa (n=102), utilizou-se a caracterização dos participantes quanto ao gênero, idade, escolaridade, doenças e medicamentos autorreferidos, tabagismo, atividade física, aferições dos níveis pressóricos, glicemia capilar, Índice de Massa Corporal (IMC) e Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)⁽²⁰⁾, aferindo associações com os desfechos doenças e uso de medicamentos. A triangulação dessas informações subsidiou a identificação de situações-problema passíveis de serem abordadas no nível de APS de pessoas idosas vulneráveis a DRC.

Na segunda etapa, foi realizada a construção de protocolo, descrito segundo *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*. Foram utilizados nove dos 12 passos do protocolo. A não utilização dos passos 10 (implementar o protocolo no serviço), 11 (monitorar as variações) e 12 (revisar o protocolo) ocorreu devido

ao surgimento da pandemia de COVID-19 e aos períodos de recomendação de isolamento social e bloqueio intervalar pelos quais passou o cenário da investigação.

Passo 1: Selecionar e priorizar um tópico: na presente investigação, a temática elegível foi a assistência de enfermagem, com pessoas com idade ≥ 65 anos e vulnerabilidade para DRC.

Passo 2: Montar um time: a partir das atividades desenvolvidas com pessoas idosas no grupo de pesquisa Tecnologia, Cultura, Comunicação em Saúde e em Enfermagem (TECCSE-UFJF), foram desenvolvidos estudos (2010 a 2021) sobre o processo de envelhecimento, tendo em vista que eram adstritas a uma UBS e alvos de atividades de pesquisa, ensino e extensão. Tal iniciativa motivou o aprofundamento da vulnerabilidade desse segmento populacional para doenças crônicas e, em especial, para a DRC (foco da presente investigação).

Passo 3: Inclusão dos usuários: estudos sobre a concepção de ser idoso e envelhecido, ter incontinências urinárias e fecais, ter comorbidades, apresentar vulnerabilidade para queda no domicílio e peridomicílio, aferir o *status* mental e a ocorrência de depressão evidenciaram que algumas dessas situações poderiam ser prevenidas, tratadas precocemente ou abordadas terapêuticamente no nível de APS. Tal fato motivou a aproximação dos pesquisadores e profissionais das pessoas com idade ≥ 65 anos, sendo criado um cadastro que norteava ações de assistência realizada por meio de atividades relacionadas ao ensino de graduação, a projetos de pesquisa com vinculação à iniciação científica e a dissertações de mestrado e atividades extensionistas. Essas atividades permitiram a aproximação do grupo de investigação com os usuários, criando um vínculo que assegurava a intermediação da UBS com os usuários, por meio de, pelo menos, três visitas semestrais a cada um deles.

Passo 4: Estabelecer os objetivos do protocolo: o protocolo objetivou a elaboração de uma ferramenta tecnologicamente compatível com a identificação de situações-problema de pessoas idosas vulneráveis para DRC, alicerçado nos estressores de Neuman, referenciais taxonômicos, conceituais e assistenciais e em evidências científicas nacionais e internacionais. Tal objetivo se justifica pelas morbidades coexistentes identificadas entre os idosos (HAS, DM, doenças cardíacas e autoimunes e de situações de automedicação) e pela possibilidade de minimizar eventos de agudização, surgimento e agravamento dessas doenças crônicas.

Passo 5: Criação de compromisso e consciência: a aproximação do grupo de pesquisa com a equipe multiprofissional da UBS e a continuidade das atividades de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidas em um mesmo cenário caracterizam um vínculo e a reunião de esforços de todos, no sentido da identificação por um protocolo que maximize as atividades profissionais e deem resolutividade às necessidades dos usuários da UBS que são idosos, seus familiares e cuidadores.

Passo 6: Reunião de informações: as informações utilizadas foram advindas das seguintes fontes: 1) experiência no serviço; 2) investigação empírica advinda da síntese das evidências por estratégia indutiva (estudo de método misto); 3) referenciais taxonômicos (dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem), pois permitem a consensualização e o compartilhamento de informações entre os profissionais e os serviços, em nível nacional e internacional⁽¹⁰⁻¹²⁾, referenciais

teórico-filosóficos (estressores da Teoria do sistema de Neuman)⁽¹³⁾ e referenciais temáticos (*guidelines* e diretrizes advindas de evidências nacionais e internacionais respaldadas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre a prevenção e abordagem da DRC)⁽⁶⁾.

Passo 7: Avaliação inicial: a reunião de uma equipe de enfermeiros com atuações e funções distintas (professores, discentes de mestrado, da residência e da graduação) que possuíam, em comum, atuação junto a pessoas idosas, motivou o aprofundamento da temática da vulnerabilidade desse segmento populacional para DRC. A reunião de *experts* permitiu identificar a ausência de um protocolo estruturante para as ações terapêuticas de enfermagem no contexto da ESF de uma UBS e que pudesse ser operacionalizado pela visita domiciliar, consulta realizada na UBS ou consulta *online* motivada pela pandemia de COVID-19⁽²¹⁾. Com base nos resultados do estudo de método misto, foram identificadas evidências passíveis de serem abordadas pelo cuidado de enfermagem, motivando a identificação dos focos de intervenções evidenciados no grupo investigado e que podem ser abordados por um cuidado sistematizado. Diante do exposto, foram elencados conteúdos, evidências científicas, possíveis problemas de enfermagem, ações terapêuticas e parâmetros avaliativos, utilizando, para isso, as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC (NNN), para exprimir e padronizar esses elementos, alicerçando-os no protocolo.

Passo 8: Produção do protocolo: o protocolo, enquanto ferramenta tecnológica, foi intitulado "Protocolo de enfermagem para o cuidado de pessoas idosas vulneráveis a DRC- (PECPIV-DRC)", sendo estruturado segundo legislação do Conselho Federal de Enfermagem sobre o PE e o conceito de estressores de Neuman⁽¹³⁾ no contexto da vulnerabilidade das pessoas idosas para a DRC. A produção desse protocolo incorporou procedimentos como: roteiro para a coleta de dados (histórico de enfermagem estruturado a partir dos estressores e das variáveis humanas); uma lista de possíveis diagnósticos de enfermagem descritas segundo a taxonomia NANDA-I; os resultados de enfermagem descritos segundo taxonomia NOC; e lista de ações e intervenções terapêuticas segundo taxonomia NIC.

Passo 9: Aplicação teste piloto na academia: a reunião de *experts* em gerenciamento do cuidado, PE, utilização de sistema de linguagem padronizada de enfermagem segundo taxonomias NNN e cuidado a pessoas idosas no contexto da APS permitiu a consensualização de componentes que alicerçaram a construção do protocolo PECPIV-DRC para o contexto de uma UBS, cujos parâmetros utilizaram como pontos de corte: $\geq 90\%$ de consenso de totalmente concordante e 80% para parcialmente concordante⁽²²⁾.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados da etapa qualitativa utilizou a análise de conteúdo, a temática categorial (abordagem processual) e a elaboração do quadro de quatro casas, tratado por análise prototípica e teste de coocorrência, respectivamente (abordagem estrutural)^(17,23). Para análise dos dados da etapa quantitativa, foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência e porcentagem) e inferenciais (Teste do Qui-Quadrado). Foi adotado $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram 102 pessoas idosas, assim caracterizadas: mulheres (68,2%); idade ≥ 80 anos (35,2%); baixa escolaridade (< 8 anos – 70,5%); com um a três doenças autorreferidas e medicamentos em uso (57,9% e 43,3% respectivamente); autodeclarando-se hipertensas (72,7%), diabéticas (21,6%) e dislipidêmicas (25%); com alteração dos níveis glicêmicos por aferição da glicemia capilar (81,8%) e da pressão arterial sistólica (35,2%) e diastólica (15,9%); tabagistas (13,6%) e não praticantes de atividade física (72,7%), com IMC ≥ 27 Kg/m² (36,4%). Foi também avaliado o IVCF-20 de 88 participantes, com escore de 0 a 6: risco de baixa vulnerabilidade clínico-funcional, escore de 7 a 14: risco aumentado de vulnerabilidade (35,2%) e escore de 15 a 40: alto risco de vulnerabilidade (44,3%). Foi identificada associação estatisticamente significativa entre uso de medicamentos e ter filhos ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), idade ($p = 0,044$), hipertensão ($p < 0,001$) e atividade física ($p < 0,001$); e doença autorreferida e ter filho ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), idade ($p = 0,038$) e atividade física ($p = 0,001$).

O estudo de método misto permitiu triangular as informações, conforme consta na Figura 1.

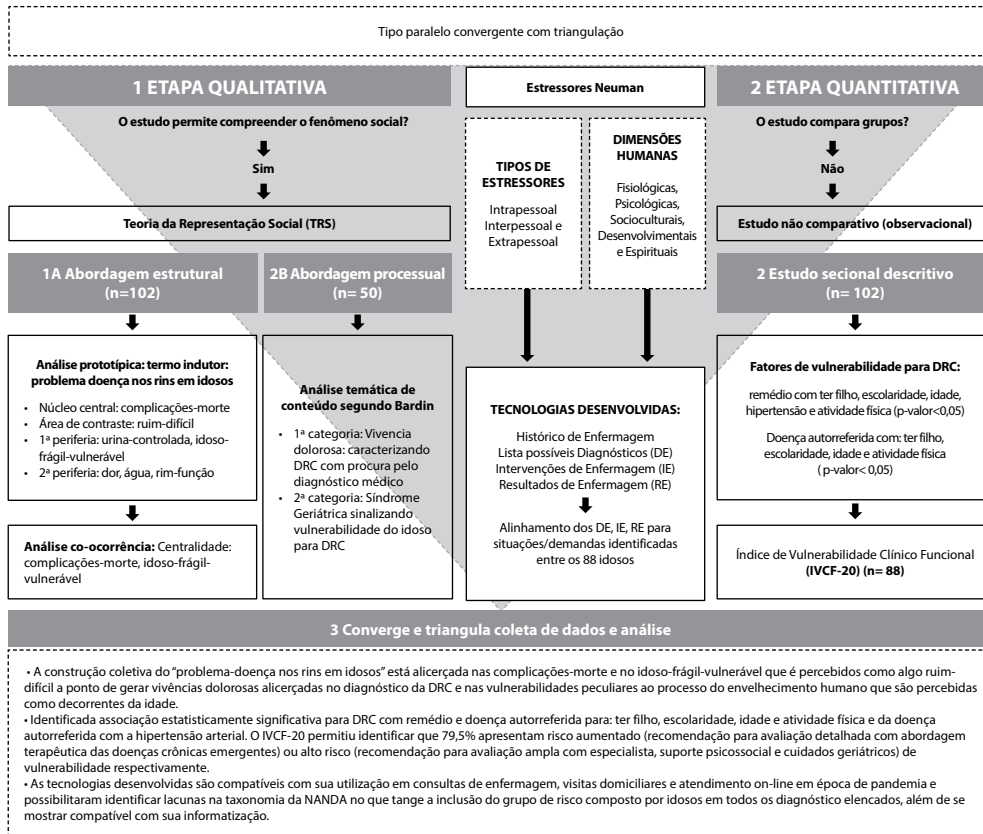
Na segunda etapa, foi realizada a construção de protocolo PECPIV-DRC, operacionalizado por meio de roteiro para a realização do histórico de enfermagem (HE), coleta de dados, listas de possíveis diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Para subsidiar a elaboração do roteiro de coleta de dados, foi prevista a realização de entrevista semiestruturada com as pessoas idosas vulneráveis à DRC e/ou seus familiares/cuidadores, objetivando obter informações sobre suas condições do processo saúde-doença. Tais conteúdos emergiram dos resultados do estudo seccional em um *layout* com três colunas verticais e cinco linhas horizontais, permitindo acomodar os estressores de Neuman (intrapessoal, interpessoal e transpessoal) e as variáveis que integram as linhas de energia concêntricas da estrutura básica do ser humano (fisiológica, sociocultural, psicológica, desenvolvimental e espiritual). Na presente proposta, ele se destina à coleta de dados, viabilizado por meio da consulta de enfermagem (CE), visita domiciliar (VD) ou pelo contato virtual.

Os possíveis diagnósticos de enfermagem foram obtidos pela aplicação da técnica de análise (etapa de deliberação) e de dedução (etapas de julgamento e decisão), proposta por Risner, possibilitando deduzir do conteúdo advindo do roteiro para o HE as situações-problema de pertinência da competência profissional do enfermeiro e que retratam as necessidades básicas das pessoas idosas com vulnerabilidade para DRC, advindas da triangulação dos resultados do estudo de método misto.

O *layout* do agrupamento de diagnóstico foi apresentado em duas colunas: à esquerda, numerados de forma crescente, e à direita, contendo seu título e componentes (fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e populações de risco). Foram incluídos 17 possíveis diagnósticos de enfermagem, compatíveis com os problemas identificados na captação do HE, dos quais cinco possuíam foco na promoção de saúde, cinco, foco no risco, e sete foco, no problema em curso.

Delineamento do estudo de Método Misto



O IVCF-20 foi realizado com 88 participantes, devido à interrupção da coleta de dados em decorrência da pandemia de COVID-19.

Figura 1 - Síntese do processo e resultados de triangulação do estudo de método misto

Para a seleção das atividades terapêuticas compatíveis com as demandas identificadas no HE e nomeadas nos possíveis diagnósticos selecionados, foram elencadas 35 intervenções com suas respectivas atividades terapêuticas, segundo a taxonomia NIC. Cabe mencionar que, entre 79,5% dos participantes, houve a influência do nível de vulnerabilidade clínico-funcional, que possibilitou categorizá-los como tendo estressores interpessoais que requerem apoio terapêutico para atividades da vida diária ou instrumental da vida diária. Para explicitar os indicadores e as escalas mensurativas a serem utilizadas na avaliação das intervenções de enfermagem, segundo a taxonomia NOC, foi construído um protocolo com os componentes compatíveis com as situações/problemas elencadas. Foram elencados 24 resultados de enfermagem com suas respectivas escalas e parâmetros mensurativos.

Cabe mencionar que o *layout* das intervenções foi estruturado em linhas sequenciais, contendo intervenções terapêuticas e respectivas ações terapêuticas. No *layout* dos resultados de enfermagem, constam o título da intervenção, as escalas utilizadas e os parâmetros apresentados em três colunas independentes.

Os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem foram obtidos pela técnica do mapeamento cruzado, sendo utilizadas as taxonomias da NANDA-I, NIC e NOC para exprimir e nomear tais situações. Para operacionalizar a aproximação entre diagnósticos, resultados e intervenções, foi construído instrumento que alinha visualmente os parâmetros e escalas dos indicadores

com as intervenções terapêuticas e situações-problema identificadas.

Na estruturação do *layout* desse instrumento, foi prevista sua utilização em um mesmo impresso, durante oito consultas subsequentes, retratados nos oito quadros que antecedem à lista de resultados e intervenções de enfermagem, cujo preenchimento permite a visualização e o acompanhamento do estado de saúde e das condutas terapêuticas. Ele é apresentado em três eixos: 1) dados de identificação; 2) alinhamento entre o título do diagnóstico, os resultados a serem parametrizados e as intervenções terapêuticas preconizadas/compatíveis, com espaço adicional previsto para inclusão de situações peculiares que emergirem; e 3) local destinado para o registro da data, assinatura e carimbo profissional de cada uma das consultas realizadas⁽²⁴⁾.

Cabe mencionar que há espaço disponível para novas inclusões, modificações, suspensão ou cancelamento de conteúdos registrados, agregando dinamicidade ao processo, favorecendo o acompanhamento da dinâmica do estado de saúde da pessoa idosa e para identificação do profissional responsável por cada encontro (assinatura, registro e data), sendo prevista possibilidade de sua utilização eletrônica.

Exemplo das etapas inseridas no protocolo PECPIV-DRC completo está na Figura 2.

DISCUSSÃO

Características pessoais e sociais foram relacionadas à ocorrência da DRC em um inquérito epidemiológico, que identificou a prevalência da DRC autorreferida no Brasil e caracterizou os fatores associados. Corroborou os achados que subsidiam o protocolo apresentado, ao concluir que a prevalência da doença foi maior em pessoas com idade mais avançada, baixa escolaridade, tabagistas, hipertensas, com hipercolesterolemia e avaliação regular ou ruim do estado de saúde, subsidiando ações para sua prevenção e estruturação de políticas públicas de saúde⁽²⁵⁾. A prevalência de mulheres no estudo é corroborada pela feminização do envelhecimento, justificando as diferenças nas causas de morbimortalidade, cobertura de intervenções, hábitos de vida, exposição a fatores de risco e os determinantes do processo de envelhecimento entre homens e mulheres⁽²⁶⁾.

Histórico de Enfermagem			
Dados de identificação: nome; estado civil; anos de estudo; gênero; idade; endereço; contato; ocupação; profissão.			
DIM	Estressores Intrapessoais	Estressores Interpessoais	Estressores Extrapessoais
FS	História pessoal pregressa de doenças: HAS, DM, doença cardiovascular, autoimune, glomerulopatias, outras.	Percepção/gestão do estado de saúde/doença/ autocuidado e rede de apoio social: avaliações periódicas; doenças familiares pregressas conhecidas.	Percepção/gestão da saúde: acesso ao serviço de saúde para controle e frequência de busca pelo serviço.
	Medicamentos autodeterminados	Fitoterápicos e suplementos alimentares influenciados por crenças e valores	Medicações de uso regular e ocasional (sedativos, diuréticos, anti-inflamatórios, analgésicos, antibióticos, anticoagulante), suplementos alimentares, fitoterápicos e prescritos
	Nutricional/metabólico: ingesta hídrica, nível glicêmico em jejum e pós-prandial, tipo de alimentos e bebidas (corantes, conservantes, refrigerante, etc.), acréscimo de sal e açúcar aos alimentos, restrições autodefinidas ou recomendadas terapêuticamente, controle do peso.	Gerenciamento da alimentação quanto ao tipo, quantidade, frequência, preparo e consumo.	Gerenciamento e acompanhamento nutricional: local e horário de acesso e consumo, acondicionamento de alimentos.
	Eliminação urinária e fecal: cor, odor, frequência, controle esfinteriano, consegue chegar ao banheiro, infecção, uso de dispositivos/acessório, higiene pessoal, avaliar integridade da pele.	Privacidade, respeitar o tempo do indivíduo, avaliação da rede de apoio para auxiliar no autocuidado.	Necessita de algum instrumento de apoio, suporte de material para o autocuidado da higiene.
	Estado cognitivo e perceptivo: auto e heteroavaliação da capacidade comunicacional, cognitiva, perceptiva e status mental.	Orientado, comunicação, interação interpessoal: pessoa significativa e relação entre disponibilidade e demandas.	Condições ambientais: estressores e riscos; acessibilidade a ambiente domiciliar e via pública: adaptação de mobiliário, irregularidade e tipo do piso, obstáculos, corrimão, interruptores inacessíveis.
	Atividade e exercício: mobilidade, frequência semanal, duração, tipo de atividade, resposta pessoal e de bem estar a atividade física; atividade básica e instrumental de vida diária; avaliação da autonomia e (in)dependência.	Necessidade de orientação e apoio para atividades físicas e companhia para a realização; interação interpessoal e sensação de pertencimento; Integração em grupos para doenças de base.	Local e horário em que realiza, engajamento em atividades no cotidiano, de lazer e de recreação; integração em atividades e ações educativas na unidade básica de saúde.
	Sono e repouso: horas de sono, interrupção do sono, sono reparador, rotina e preparo para o sono.	Pessoas com que compartilham o domicílio e privacidade para período de sono e repouso.	Higiene do sono, relação moradores e cômodos para o período de sono.
	Conforto físico: dor aguda e crônica, náuseas, indisposição, fadiga.	Conforto social: isolamento, rede de apoio pessoal.	Conforto ambiental: uso de medicamento, rede de apoio instrumental e ambiental.
PS	Coping/enfrentamento do estresse: medo de morrer, de ficar dependente, de passar mal, de ficar sozinho, depressão e tristeza, aceitação e enfrentamento da doença. Conhecimento prévio sobre as doenças incidentes no idoso, como a DRC. Tempo dedicado ao autocuidado e as atividades preferenciais.	Padrão e satisfação do relacionamento interpessoal com vizinhos, familiares, cuidadores, profissionais de saúde. Avaliação da qualidade e quantidade das relações interpessoais (segurança, satisfação, atendimento das expectativas pessoais, sensação de pertença, evidências de maus tratos, sobrecarga familiar). Pessoa significativa em caso de necessidade.	Rede de apoio ambiental, acessibilidade, deslocamento, resolutividade e relação com as instituições de saúde. Satisfação com rede de apoio social, de lugares e de objetos; acompanhamento especializado; justificativas que motivam a busca pela rede de apoio ambiental.
	Relacionamentos e desempenho de papéis: atividades que realiza no cotidiano: autoavaliação, autorrealização e satisfação.	Padrão, diversidade e satisfação do relacionamento interpessoal com vizinhos, familiares, cuidadores e profissionais de saúde.	Padrão, diversidade e satisfação dos ambientes preferenciais e que acessa no cotidiano, necessidades e tipo de equipamentos assistivos.
SC	Sexualidade e reprodução: disposição para atividade sexual, distúrbios de ereção ou de lubrificação vaginal, autoproteção.	Satisfação e significado do relacionamento, da convivência e do companheirismo.	Relação entre uso de medicações e condições/proteção para relação sexual. Busca por serviço e orientação quanto a educação sexual do idoso.
	Autoconceito: autopercepção de suas capacidades e habilidades, autoimagem.	Heteroimagem: percepção da qualidade da interação social e grau de satisfação com a mesma (isolamento social).	Capacidade para lidar com adversidades ambientais e estruturais.
ES	Autoavaliação de hábitos, crenças, valores, preferências e rituais: significado que atribui a vida, ao envelhecimento, a doença e a morte.	Necessidade e significado de compartilhamento existencial e pertença.	Hábitos e comportamentos vinculados a crenças e valores: ambientes, acessibilidade, deslocamento e horários.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - Taxonomia NANDA Internacional Inc 2021-2023	
1	Disposição para melhorar o autogerenciamento da saúde ⁽⁰⁰²⁹³⁾ caracterizado por expressa desejo de <input type="checkbox"/> melhorar aceitação da condição <input type="checkbox"/> melhorar escolhas da vida diária para alcançar objetivos de saúde <input type="checkbox"/> aumentar o compromisso para acompanhamento de cuidados <input type="checkbox"/> melhorar a tomada de decisão <input type="checkbox"/> aumentar a inclusão do regime de tratamento na vida diária <input type="checkbox"/> melhorar o gerenciamento de fatores de risco <input type="checkbox"/> melhorar o gerenciamento de sinais <input type="checkbox"/> melhorar o gerenciamento de sintomas <input type="checkbox"/> aumentar o reconhecimento de sinais de doença <input type="checkbox"/> aumentar o reconhecimento dos sintomas da doença <input type="checkbox"/> aumentar a satisfação com qualidade de vida
2	Disposição para melhora do autocuidado ⁽⁰⁰¹⁸²⁾ caracterizado por expressa desejo de aumentar/melhorar <input type="checkbox"/> a independência na saúde <input type="checkbox"/> a independência na vida <input type="checkbox"/> a independência no bem-estar <input type="checkbox"/> o conhecimento sobre estratégias de autocuidado <input type="checkbox"/> o autocuidado
3	Disposição para enfrentamento melhorado ⁽⁰⁰¹⁵⁸⁾ caracterizado por expressa desejo de aumentar/melhorar <input type="checkbox"/> o conhecimento sobre estratégias para controle do estresse <input type="checkbox"/> o controle de estressores <input type="checkbox"/> o uso de estratégias voltadas à emoção <input type="checkbox"/> o uso de estratégias voltadas ao problema <input type="checkbox"/> o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> o apoio social.
4	Disposição para tomada de decisão melhorada ⁽⁰⁰¹⁸⁴⁾ caracterizada por expressa desejo de aumentar <input type="checkbox"/> a coerência das decisões com a meta sociocultural <input type="checkbox"/> a compreensão das escolhas na tomada de decisão <input type="checkbox"/> a compreensão do significado das escolhas <input type="checkbox"/> o uso de evidências confiáveis para as decisões <input type="checkbox"/> a análise de riscos-benefícios das decisões
5	Disposição para resiliência melhorada ⁽⁰⁰²¹²⁾ caracterizada por expressa desejo de aumentar <input type="checkbox"/> a própria responsabilidade pelas ações <input type="checkbox"/> o uso de recursos
6	Risco de glicemia instável ⁽⁰⁰¹⁷⁹⁾ relacionado à <input type="checkbox"/> estresse excessivo <input type="checkbox"/> ganho de peso excessivo <input type="checkbox"/> perda de peso excessiva <input type="checkbox"/> adesão inadequada ao regime terapêutico <input type="checkbox"/> automonиторamento inadequado de glicose no sangue <input type="checkbox"/> autogerenciamento inadequado do diabetes <input type="checkbox"/> ingestão alimentar inadequada <input type="checkbox"/> conhecimento inadequado do gerenciamento da doença <input type="checkbox"/> conhecimento inadequado de fatores modificáveis <input type="checkbox"/> autogerenciamento ineficaz da medicação <input type="checkbox"/> estilo de vida sedentário populações em risco: <input type="checkbox"/> alteração no estado mental <input type="checkbox"/> estado de saúde comprometido
7	Risco para síndrome metabólica ⁽⁰⁰²⁹⁶⁾ relacionado à <input type="checkbox"/> ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde <input type="checkbox"/> a média diária de atividade física é menor do que recomendado para a idade e sexo <input type="checkbox"/> índice de massa corporal acima da faixa normal para idade e sexo <input type="checkbox"/> acúmulo excessivo de gordura para idade e sexo <input type="checkbox"/> ingestão excessiva de álcool <input type="checkbox"/> estresse excessivo <input type="checkbox"/> hábitos alimentares inadequados <input type="checkbox"/> conhecimento inadequado dos fatores modificáveis <input type="checkbox"/> desatenção ao fumo passivo <input type="checkbox"/> fumar populações em risco: indivíduos com idade > 30 anos, indivíduos com história familiar de diabetes mellitus, indivíduos com história familiar de dislipidemia, indivíduos com história familiar de hipertensão, indivíduos com história familiar de síndrome metabólica, indivíduos com história familiar de obesidade, indivíduos com história familiar de pressão sanguínea instável condições associadas: hiperuricemia, resistência a insulina

Continua

Continuação da Figura 2

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - Taxonomia Nursing Intervention Classification (NIC)
Aconselhamento nutricional ⁽⁵²⁴⁶⁾ : <input type="checkbox"/> Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito <input type="checkbox"/> Fornecer informações sobre a necessidade de saúde para modificação na dieta, conforme necessário <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a considerar fatores de idade, estágio de crescimento e desenvolvimento, experiências alimentares passadas, trauma, doença, cultura e finanças no planejamento de modo a atender suas necessidades nutricionais <input type="checkbox"/> Rever com o paciente medidas de ingestão e eliminação de líquidos, valores da hemoglobina, pressão arterial, ou ganho e perda de peso, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Discutir o significado da comida para o paciente <input type="checkbox"/> Determinar atitudes e crenças de pessoas significativas sobre o alimento, alimentação e mudança nutricional necessária para o paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a relatar sentimentos e preocupações sobre o cumprimento de metanálises
Apoio à tomada de decisão ⁽⁵²⁵⁰⁾ : <input type="checkbox"/> Determinar se há diferenças entre a visão do paciente sobre a própria condição e a visão dos profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Informar ao paciente sobre pontos de vista ou soluções alternativas de maneira clara e solidária <input type="checkbox"/> Facilitar a tomada de decisão colaborativa <input type="checkbox"/> Fornecer as informações solicitadas pelo paciente
Apoio emocional ⁽⁵²⁷⁰⁾ : <input type="checkbox"/> Discutir a(s) experiência(s) emocional(is) com o paciente <input type="checkbox"/> Facilitar a identificação do padrão habitual de resposta do paciente ao enfrentar seus medos <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional
Assistência no autocuidado ⁽¹⁸⁰⁰⁾ : <input type="checkbox"/> Monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente <input type="checkbox"/> Encorajar a independência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldade no desempenho <input type="checkbox"/> Ensinar familiares a incentivar a independência, interferindo apenas quando o paciente não conseguir <input type="checkbox"/> Estabelecer rotina de atividades de autocuidado <input type="checkbox"/> Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos adaptadores para realizar higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, realizar higiene íntima e alimentar-se

RESULTADOS DE ENFERMAGEM - Taxonomia Nursing Outcome Classification (NOC)		
<p>Aceitação: estado de saúde ⁽¹³⁰⁰⁾:</p> <p>*Nunca demonstrado (1) a consistentemente demonstrado (5) (1) (2) (3) (4) (5) Renúncia ao conceito anterior de saúde pessoal; (1) (2) (3) (4) (5) Reconhece a realidade da situação de saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Mantém relacionamentos; (1) (2) (3) (4) (5) Relata diminuição da necessidade de verbalizar sentimentos sobre saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Adapta-se às mudanças no estado de saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Enfrenta a situação de saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Toma decisões sobre a saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Esclarece prioridades de vida; (1) (2) (3) (4) (5) Executa as tarefas de autocuidado.</p>	<p>Aptidão física ⁽²⁰⁰⁴⁾:</p> <p>*Gravemente comprometido (1) a não comprometido (5) (1) (2) (3) (4) (5) Força muscular; (1) (2) (3) (4) (5) Resistência muscular; (1) (2) (3) (4) (5) Flexibilidade das articulações; (1) (2) (3) (4) (5) Desempenho das atividades físicas; (1) (2) (3) (4) (5) Desempenho de exercícios de rotina; (1) (2) (3) (4) (5) Função cardiovascular; (1) (2) (3) (4) (5) Função respiratória; (1) (2) (3) (4) (5) Aptidão aeróbica; (1) (2) (3) (4) (5) Índice de Massa Corporal; (1) (2) (3) (4) (5) Relação cintura-quadril; (1) (2) (3) (4) (5) Pressão arterial; (1) (2) (3) (4) (5) Frequência cardíaca alvo durante o exercício; (1) (2) (3) (4) (5) Frequência cardíaca em repouso.</p>	<p>Autocuidado: atividades da vida diária (AVD) ⁽⁰³⁰⁰⁾:</p> <p>*Gravemente comprometido (1) a não comprometido (5) (1) (2) (3) (4) (5) Alimentar-se; (1) (2) (3) (4) (5) Higiene íntima; (1) (2) (3) (4) (5) Banho; (1) (2) (3) (4) (5) Higiene; (1) (2) (3) (4) (5) Higiene oral.</p>
<p>Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ⁽⁰³⁰⁰⁾:</p> <p>*Gravemente comprometido (1) a não comprometido (5) (1) (2) (3) (4) (5) Compra mantimentos; (1) (2) (3) (4) (5) Prepara refeições; (1) (2) (3) (4) (5) Controla o próprio medicamento não parenteral; (1) (2) (3) (4) (5) Controla o próprio medicamento parenteral.</p>	<p>Bem-estar pessoal ⁽²⁰⁰²⁾:</p> <p>*Nada satisfeito (1) a totalmente satisfeito (5) (1) (2) (3) (4) (5) Desempenho de atividades da vida diária; (1) (2) (3) (4) (5) Desempenho de papéis habituais; (1) (2) (3) (4) (5) Saúde psicológica; (1) (2) (3) (4) (5) Relações sociais; (1) (2) (3) (4) (5) Vida espiritual; (1) (2) (3) (4) (5) Saúde física; (1) (2) (3) (4) (5) Habilidade de enfrentamento; (1) (2) (3) (4) (5) Habilidade de relaxamento; (1) (2) (3) (4) (5) Habilidade de expressar emoções; (1) (2) (3) (4) (5) Oportunidades para escolhas de cuidado(s) saúde.</p>	<p>Comportamento de adesão ⁽¹⁶⁰⁰⁾:</p> <p>*Nunca demonstrado (1) a consistentemente demonstrado (5) (1) (2) (3) (4) (5) Pesa riscos/benefícios de comportamentos relacionados à saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Utiliza estratégias para eliminar comportamento não saudável; (1) (2) (3) (4) (5) Utiliza serviços de cuidado à saúde coerentes com a necessidade; (1) (2) (3) (4) (5) Realiza automonitoração do estado de saúde;</p>
<p>Conhecimento: controle do peso ⁽¹⁸⁴¹⁾:</p> <p>*Nenhum conhecimento (1) a conhecimento amplo (5) (1) (2) (3) (4) (5) Faixa de peso pessoal ideal; (1) (2) (3) (4) (5) Índice de massa corporal ideal; (1) (2) (3) (4) (5) Estratégias para alcançar o peso ideal; (1) (2) (3) (4) (5) Estratégia para manter o peso ideal; (1) (2) (3) (4) (5) Relação entre dieta, exercício e peso; (1) (2) (3) (4) (5) Risco de saúde relacionado ao sobrepeso; (1) (2) (3) (4) (5) Risco de saúde relacionado ao baixo peso; (1) (2) (3) (4) (5) Apetite versus fome; (1) (2) (3) (4) (5) Práticas nutricionais saudáveis; (1) (2) (3) (4) (5) Ingestão adequada de líquidos; (1) (2) (3) (4) (5) Estados emocionais que desencadeiam alimentação pouco saudável;</p>	<p>Controle da dor ⁽¹⁶⁰⁵⁾:</p> <p>*Nunca demonstrado (1) a consistentemente demonstrado (5) (1) (2) (3) (4) (5) Descreve a dor; (1) (2) (3) (4) (5) Descreve fatores causadores primários; (1) (2) (3) (4) (5) Usa medidas preventivas para dor; (1) (2) (3) (4) (5) Usa medidas de alívio não analgésicas.</p>	<p>Controle de riscos ⁽¹⁹⁰²⁾:</p> <p>*Nunca demonstrado (1) a consistentemente demonstrado (5) (1) (2) (3) (4) (5) Reconhece fatores de risco pessoais; (1) (2) (3) (4) (5) Desenvolve estratégias efetivas de controle de riscos; (1) (2) (3) (4) (5) Modifica o estilo de vida para reduzir os riscos; (1) (2) (3) (4) (5) Evita exposição a riscos para a saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Participa de avaliações de risco para problemas de saúde; (1) (2) (3) (4) (5) Obtém as imunizações recomendadas; (1) (2) (3) (4) (5) Utiliza serviços de saúde coerentes com as necessidades; (1) (2) (3) (4) (5) Utiliza sistemas de apoio pessoal para reduzir riscos;</p>

Continua

Continuação da Figura 2

Registros das etapas diagnósticos, resultados e intervenções do PE utilizando estrutura taxonômica da NANDA-I, NOC e NIC para prevenção de DRC entre pessoas idosas									
Legenda: I – Iniciado; M – Mantido; F – Finalizado; A – Alterado; * - Acréscimo de registros terapêuticos									
Nome:			Estado civil:			Sexo:		Idade:	Prontuário:
Endereço:			Anos de estudo:			Profissão/ocupação:			Contato:
NANDA-I (Diagnóstico de enfermagem)		NOC ← Data (Resultados de enfermagem)				NIC ← Data (Intervenções de enfermagem)			
<input type="checkbox"/> Disposição para melhorar o autogerenciamento da saúde ⁽⁰⁰²⁹³⁾		<input type="checkbox"/> Aceitação: estado de saúde ⁽¹³⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Comportamento de adesão ⁽¹⁶⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Sinais vitais ⁽⁰⁸⁰²⁾				<input type="checkbox"/> Avaliação da saúde ⁽⁶⁵²⁰⁾ <input type="checkbox"/> Estabelecimento de metas mútuas ⁽⁴⁴¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> Modificação do comportamento ⁽⁴³⁶⁰⁾			
<input type="checkbox"/> Disposição para melhora do autocuidado ⁽⁰⁰¹⁸²⁾		<input type="checkbox"/> Aptidão física ⁽²⁰⁰⁴⁾ <input type="checkbox"/> Autocuidado: atividades da vida diária (AVD) ⁽⁰³⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (AIVD) ⁽⁰³⁰⁶⁾				<input type="checkbox"/> Assistência no autocuidado ⁽¹⁸⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Melhora das habilidades de vida ⁽⁵³⁵⁶⁾			
<input type="checkbox"/> Disposição para enfrentamento melhorado ⁽⁰⁰¹⁵⁸⁾		<input type="checkbox"/> Aceitação: estado de saúde ⁽¹³⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Bem-estar pessoal ⁽⁰⁰⁰²⁾ <input type="checkbox"/> Enfrentamento ⁽¹³⁰²⁾ <input type="checkbox"/> Nível de estresse ⁽¹²¹²⁾				<input type="checkbox"/> Melhora de habilidades de vida ⁽⁵³⁵⁶⁾ <input type="checkbox"/> Melhora do enfrentamento ⁽⁵²³⁰⁾			
<input type="checkbox"/> Disposição para tomada de decisão melhorada ⁽⁰⁰¹⁸⁴⁾		<input type="checkbox"/> Comportamento de adesão ⁽¹⁶⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Motivação ⁽¹²⁰⁹⁾ <input type="checkbox"/> Tomada de decisão ⁽⁰⁹⁰⁶⁾				<input type="checkbox"/> Apoio à tomada de decisão ⁽⁵²⁵⁰⁾ <input type="checkbox"/> Esclarecimento de valores ⁽⁵⁴⁸⁰⁾ <input type="checkbox"/> Estabelecimento de metas mútuas ⁽⁴⁴¹⁰⁾			
<input type="checkbox"/> Disposição para resiliência melhorada ⁽⁰⁰²¹²⁾		<input type="checkbox"/> Aceitação: estado de saúde ⁽¹³⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Enfrentamento ⁽¹³⁰²⁾ <input type="checkbox"/> Motivação ⁽¹²⁰⁹⁾				<input type="checkbox"/> Apoio emocional ⁽⁵²⁷⁰⁾ <input type="checkbox"/> Melhora do enfrentamento ⁽⁵²³⁰⁾			
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável ⁽⁰⁰¹⁷⁹⁾		<input type="checkbox"/> Aptidão física ⁽²⁰⁰⁴⁾ <input type="checkbox"/> Comportamento de adesão ⁽¹⁶⁰⁰⁾ <input type="checkbox"/> Conhecimento: controle do peso ⁽¹⁸⁴¹⁾ <input type="checkbox"/> Controle de riscos comunitário: doença crônica ⁽²⁸⁰¹⁾				<input type="checkbox"/> Controle da hiperglicemia ⁽²¹²⁰⁾ <input type="checkbox"/> Controle da hipoglicemia ⁽²¹³⁰⁾ <input type="checkbox"/> Controle do peso ⁽¹²⁶⁰⁾ <input type="checkbox"/> Educação em saúde ⁽⁵⁵¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> Ensino: cuidados com os pés ⁽⁵⁶⁰³⁾ <input type="checkbox"/> Ensino: dieta prescrita ⁽⁵⁶¹⁴⁾ <input type="checkbox"/> Estabelecimento de metas mútuas ⁽⁴⁴¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> Grupo de apoio ⁽⁵⁴³⁰⁾ <input type="checkbox"/> Promoção do exercício ⁽⁰²⁰⁰⁾			

DIM – dimensões; FS – fisiológica; PS – psicológica; SC – sociocultural; DS – desenvolvimental; ES – espiritual.

Figura 2 – Exemplo das etapas incluídas no protocolo PECPIV-DRC

Há evidências de que a diminuição na filtração glomerular e as lesões renais intensificam com a idade e são secundárias a doenças crônicas, havendo maior acesso à informação entre os mais jovens e melhor adesão ao cuidado entre os mais velhos, o que os tornam susceptíveis à DRC. A baixa escolaridade impacta sobre o estilo de vida e doenças preexistentes, afetando o nível de informações acerca da doença e tratamento⁽²⁷⁾.

Nesse sentido, a abordagem de promoção da saúde e prevenção de agravos ocorre na APS, considerada porta de entrada para o SUS, espaço prioritário de atuação da equipe de enfermagem. Nesse nível de atenção, a estruturação de um protocolo para subsidiar a assistência de enfermagem à pessoa idosa com doenças crônicas, incluindo a DRC, coincide com as linhas de cuidados prioritários determinadas pelo Ministério da Saúde^(2-3,5).

Há recomendações para que haja o controle de fatores de risco e comorbidades na APS, tais como HAS, DM, uso e controle de medicamentos nefrotóxicos, histórico familiar, anemia, alterações ósseas e cardiovasculares⁽²⁸⁾. A baixa adesão às Diretrizes KDIGO (inter)nacionais na monitoração e redução da evolução para DRC na APS motivou a realização de uma coorte com 6.931 pessoas que possuíam taxa de filtração glomerular <60 ml/min por 1,73 m², recrutadas em quatro países (França, EUA, Alemanha e Brasil), avaliando a adesão ao monitoramento e o adiamento da progressão da DRC. Foi detectada diferença na albuminúria (Brasil (36%) e Alemanha e EUA (43%)) e nos níveis pressóricos

entre pessoas não diabéticas e sem proteinúria (Brasil (76%) e França (49%)), com parâmetros de menor normalidade no Brasil (52%), quando comparados aos outros países (<40%). Isso ocorreu em uma faixa etária brasileira com menor idade (Brasil 65 anos e Alemanha 72 anos), quando comparada a de outros países⁽⁶⁾.

A atividade laboral do enfermeiro junto às pessoas idosas com risco para o desenvolvimento para DRC adstritas a uma UBS requer que a sua atuação profissional ocorra alicerçada na Sistematização da Assistência de Enfermagem e no PE, o que faz com que os resultados desta investigação sirvam de alicerce para a identificação de necessidades humanas básicas e respostas humanas, que podem ser moduladas por cuidados de enfermagem. Há recomendação do Conselho Federal de Enfermagem para que a estruturação do cuidado de enfermagem seja fundamentada em referencial teórico⁽⁸⁾ e taxonomias padronizadas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A escolha do referencial teórico-filosófico de Neuman se justifica por abordar as necessidades humanas básicas, com enfoque em aspectos de prevenção de complicações e promoção da saúde, retratando uma abordagem proposta para a enfermagem passível de utilização pela equipe de saúde. A avaliação detalhada do impacto dos estressores sobre o sistema energético das pessoas idosas, quando alinhada com as habilidades previstas na formação do enfermeiro, norteia intervenções terapêuticas de enfermagem que podem ocorrer no nível de prevenção primário, cuja ação poderá ser desencadeada em qualquer momento em que for identificada

vulnerabilidade ou fatores de risco para DRC para manutenção do equilíbrio no sistema. No nível de prevenção secundária, a descoberta precoce de alterações na filtração glomerular pode favorecer o encaminhamento para a atenção secundária de saúde, visando ao diagnóstico e tratamento precoce da doença. No nível de prevenção terciária, os profissionais que atuam na APS poderão se engajar na prevenção de complicações e autocuidado, para evitar agudização⁽¹³⁾, seguindo o fluxo de referência e contrarreferência, de forma a evitar a perda de vínculo com a APS⁽¹⁻⁵⁾.

A utilização de referencial taxonômico com linguagem padronizada para explicitar o problema, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem constitui estratégia para reduzir ruídos de comunicação, favorecendo o compartilhamento de informações e saberes profissionais e *benchmarking* interinstitucional nos âmbitos nacional e internacional, o que justifica a escolha da taxonomia NNN⁽¹⁰⁻¹²⁾. O protocolo apresentado atendeu às etapas do PE previstas na Resolução 358/2009⁽⁸⁾ a saber: coleta de dados de enfermagem (ou HE); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem. O alinhamento entre as etapas foi favorecido pela conexão entre as taxonomias NNN⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A documentação das ações de enfermagem está prevista na Resolução 429/2012⁽²⁴⁾, quer seja em formato tradicional ou eletrônico. Os registros de enfermagem favorecem a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional e da RAS, para continuidade do cuidado. Além disso, por meio dos registros, evita-se a duplicidade de ações, possibilitando o controle dos custos assistenciais, compondo o registro em saúde do usuário, permitindo o acompanhamento de sua situação de saúde-doença, bem como prevenindo interações terapêuticas decorrentes de múltiplos tratamentos peculiares ao processo de envelhecimento⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Nesse sentido, o protocolo apresentado subsidia a sistematização do cuidado à população investigada, com enfoque em ações de prevenção de doenças, redução de agravos e diagnóstico precoce no contexto da APS. O uso de protocolos favorece a atuação dos enfermeiros, norteando as condutas terapêuticas. Tal recomendação se justifica por sua capacidade de sintetizar o processo terapêutico, aliado à redução do tempo gasto para realização do registro de sua conduta profissional, agregando

padronização das informações disponibilizadas para a continuidade do cuidado de enfermagem.

Limitações do estudo

A limitação do estudo reside no fato de ter sido realizado durante a pandemia de COVID-19, inviabilizando as etapas 10 a 12 do protocolo *A Step-by-Step Guide to Developing Protocols*. Sugere-se a validação das etapas 10 a 12 nos formatos impresso e eletrônico.

Contribuições para a área da saúde

O protocolo PECPIV-DRC constitui uma contribuição para o PE na APS na prevenção da DRC e dos quadros de agudização das comorbidades associadas.

CONCLUSÕES

O protocolo elaborado constitui uma proposta que possibilita operacionalizar o PE alicerçado nos estressores de Neuman, o que norteia o cuidado e os registros de enfermagem planejados e executados em bases científicas e técnicas, utilizando referenciais taxonômicos, conceituais e assistenciais nos cuidados de enfermagem a idosos vulneráveis à DRC na APS.

FOMENTO

Universidade Federal de Juiz de Fora. A autora Fernanda Ferreira Krepker foi bolsista do Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o desenvolvimento deste estudo (Processo 88882.461287/2019-01).

COLABORAÇÕES

Krepker FF, Arreguy-Sena C e Dutra HS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Krepker FF, Arreguy-Sena C e Dutra HS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Krepker FF, Arreguy-Sena C, Braga LM, Krempser P, Santos JC e Dutra HS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrity of care in the Health Care Network. *Physis*. 2021;31(1): e310105 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
2. Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB. Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2): e20190154. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>
3. Mendes EV. Interview: the chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):431-6. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
4. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014 [cited 2021 May 28]. Available from: <http://abcdt.org.br/wp-content/uploads/14-03-2014-portaria-n-389-novas-diretrizes-clnicas-drc.pdf>

6. Stengel B, Muenz D, Tu C, Speyer E, Pinho NA, Combe C, et al. Adherence to the Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKD Guideline in Nephrology Practice Across Countries. *Kidney Int Rep.* 2021;6(2):437–48. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.11.039>
7. Alfaia Junior ACAC, Pantoja IJG, Barborsa EC, Pereira CEA, Dergan MRA, Vasconcelo LA. [Risk stratification for predisposition to chronic kidney disease in a group of elderly people]. *Rev Enferm Atual Derme.* 2020;94(32):e-20070. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.816> Portuguese.
8. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN no 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2009[cited 2021 May 28]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
9. Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? *Rev Bras Enferm.* 2018;71 (Supl 1):716–21. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>
10. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *Nursing Diagnoses: definitions & classification 2021-2023.* 12 Ed. New York: Thieme; 2021. 588 p.
11. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. *NIC Classificação das intervenções de Enfermagem.* 7 ed. Rio de Janeiro: GEN e Guanabara Koogan; 2020. 408 p.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. *Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC: mensuração dos resultados em saúde.* 6.ed. Rio de Janeiro: GEN e Guanabara Koogan; 2020. 584p.
13. Lawson TG. Betty Neuman: Systems Model. In: Alligood M. *Nursing Theorists and Their Work.* 10 Ed. St Louis: Mosby; 2021. 624 p.
14. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* 3 Ed. Thousand Oaks: SAGE; 2017. 520 p.
15. National Health Service, Modernisation Agency, National Institute for Clinical Excellence. a step-by-step guide to developing protocols [Internet]. United Kingdom; 2002 [cited 2021 May 5];1-19. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/view/29367087/a-step-by-step-guide-to-developing-protocols-quality>
16. Minayo MCS. [Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies]. *Rev Pesqui Qual*[Internet]. 2017 [cited 2021 May 5];5(7):1–12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59> Portuguese
17. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologia da pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Moriá; 2016. 481-511 p.
18. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones.* 13 Ed. México: Ediciones Coyoacán. 2013. 240 p.
19. Sá CP. *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015. 458 p.
20. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2016; 280p.
21. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Souza R, Azevedo CJM, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:81. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
22. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN no 634/2020. Dispõe sobre a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen, 2020 [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
23. Borel MCG, Lopes ROP, Thofehrn MB, Nóbrega MML, Arreguy-Sena C, Marcos Antônio Gomes Brandão MAG. Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e33872008. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>
24. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN n° 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2012 [cited 2021 May 28]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html
25. Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200044. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>
26. Maximiano-Barreto MA, Portes FA, Andrade L, Campos LB, Generoso FK. [The feminization of the elderly: a biopsychosocial approach of the phenomenon]. *Interfaces Cient Hum Soc.* 2019;8(2):239–52. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252> Portuguese
27. Tsai YC, Wang SL, Tsai HJ, Chen TH, Kung LF, Hsiao PN, et al. The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. *Sci Rep.* 2021;11(1):401. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79873-z>
28. Weckmann G, Chenot JF, Stracke S. The management of non-dialysis-dependent chronic kidney disease in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(44):745-751. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0745>
29. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):335–44. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
30. Chaves MRR, Rodrigues MHA, Sales SBS, Pereira ABS, Segati KD, Pinto EMH, et al. [Pharmacovigilance in the elderly: observations about the practice of polypharmacy]. *Braz J Develop.* 2020;6(11):87568–78. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-251> Portuguese.