



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO



RAMON SILVA DE SOUSA

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS À  
HEMODIÁLISE**

Recife

2023

RAMON SILVA DE SOUSA

**VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS À  
HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem e Educação em Saúde

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e Educação em saúde nos diversos cenários do cuidar

**Orientadora:** Dra.: Cecilia Maria Farias de Queiroz de Frazão

Recife

2023

Catálogo na fonte:  
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S725v Sousa, Ramon Silva de.  
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em  
pacientes submetidos à hemodiálise / Ramon Silva de Sousa – 2023.  
91 p.

Orientadora: Cecilia Maria Farias de Queiroz Frazão  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências  
da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2023.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Conhecimento. 3. Diálise renal. 4. Educação em  
saúde. 5. Estudo de validação. Frazão, Cecilia Maria de Queiroz Frazão (orientadora). II.  
Título.

610.73 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 260)

RAMON SILVA DE SOUSA

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO  
DEFICIENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem e Educação em Saúde

Aprovado em: 27/04/2023

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dra. Natália Ramos Costa Pessoa (Examinadora Externa)  
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

---

Profa. Dra. Jéssica Dantas de Sá Tinôco (Examinadora Externa)  
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Ao meu **SENHOR**, que nunca me abandonou,  
à **MAINHA**, aos meus irmãos, aos meus sobrinhos e ao meu namorado,  
por serem meu sustento e minha **FORTALEZA** e por sempre me  
incentivarem a permanecer no caminho da **EDUCAÇÃO**.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que nunca me abandonou e me ajudou a realizar os meus sonhos e a minha nossa senhora pelas graças derramadas em minha vida.

À minha família, que nunca me abandonou, mesmo em momentos difíceis estava presente e transmitindo forças.

À minha mainha, Elza Silva de Sousa, mulher nordestina, batalhadora, guerreira e principal exemplo de vida que sigo para conquistar os meus sonhos. Esse diploma é para a senhora!

À minha irmã Rebeca Sayonara Silva de Sousa e aos meus três sobrinhos, por todo carinho e apoio durante essa trajetória. Amo vocês!

Ao meu irmão, Renan Silva de Sousa, pesquisador, assim como eu, que em muitos momentos de dúvidas eu recorria a ele para me acalmar. Obrigado meu irmão, obrigado minha família. Te amo! Irmão.

Ao meu namorado, Caio Messala, que sempre me apoiou nas noites mal dormidas e em momentos de aflição, que me ajudou a suportar o processo e segurou a minha mão, obrigado por tudo, te amo!

Aos meus amigos do mestrado, principalmente ao meu grupinho de colegas que se tornaram amigos e que levarei para a vida toda, em especial aos meus amigos e amigas Anthony, Darley, Valdirene, Cibele, Thayse e Gabriela, quando, em meio a uma pandemia, aprendemos o sentido de união e companheirismo e em momentos difíceis estávamos todos nos apoiando. Quero levar todos vocês para o resto da minha vida. Vocês são especiais em minha vida! Amo vocês!

A todo corpo docente e funcionários do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, que sempre me trataram bem e com muita responsabilidade, em especial a minha orientadora. Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, que sempre sanou todas as minhas dúvidas e me acolheu como aluno, mesmo sendo de outro estado e de outra instituição. Obrigado por todo conhecimento trocado e ensinamento e por sempre me apoiar e me incentivar a avançar nesse mundo fantástico que é ser pesquisador no Brasil.

Aos funcionários e pacientes do Hospital da FAP, em Campina Grande, Paraíba, que me receberam tão bem. Essa foi a minha melhor escolha durante o mestrado, o carinho dos profissionais é repassado para os pacientes, vocês foram e são incríveis.

Aos membros do grupo de pesquisa Tecnologias de Ensino e do Cuidado nos diversos cenários da Enfermagem – TECEnf, por todo conhecimento trocado em nossos momentos online nas quartas feiras. E, para finalizar, aos alunos da graduação em enfermagem e aos profissionais do Hospital das Clínicas, que em momentos como docentes me receberam com respeito e carinho. Gratidão a todos.

Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é ser opressor  
(FREIRE, 1987).



## RESUMO

O conhecimento deficiente em indivíduos submetidos à hemodiálise repercute para um déficit do autocuidado, bem como uma má adesão ao plano de cuidados proposto pela equipe multidisciplinar. Identificar o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” de forma acurada contribui para a construção de um plano de cuidados baseado em evidências, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio da educação em saúde. O estudo tem o objetivo de analisar as evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Estudo de acurácia diagnóstica, com corte transversal, baseado na abordagem de testes diagnósticos, ancorado no método de validade do construto clínico. A amostra foi composta por 105 pacientes, submetidos à hemodiálise num hospital do nordeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2022, por meio de uma entrevista com aplicação de um instrumento contendo dados sociodemográficos, clínicos e dos elementos do diagnóstico “Conhecimento deficiente”. Ressalta-se que os elementos do diagnóstico tiveram equivalência semântica com achados de pesquisas anteriores e com a NANDA-I. A análise dos dados ocorreu por meio de medidas descritivas, de tendência central e dispersão; e o teste de Kolmogorov-Smirnov, com intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos para verificar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos e estimar a prevalência do diagnóstico. No ajuste do modelo foram aplicados os parâmetros do teste de verossimilhança e da entropia. O cálculo de probabilidades posteriores analisou a associação dos indicadores clínicos com o diagnóstico e a *Odds Ratio*, bem como a associação dos fatores etiológicos com o diagnóstico. Adotado um p valor de 0,05 para análises estatísticas. A pesquisa foi aprovada no comitê de ética sob o parecer nº 5.579.696. Em relação aos sete indicadores clínicos investigados, o mais prevalente foi “declarações imprecisas sobre a doença” (60%) e, dentre os 20 fatores etiológicos avaliados, o mais prevalente foi “participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde” (92,38%). A prevalência estimada do “Conhecimento deficiente” foi 2,9% quando incluso no modelo de classe latente com efeitos randômicos, ajustado com seis dos sete indicadores clínicos investigados. Os indicadores clínicos que apresentaram alta sensibilidade e especificidade para indicar o diagnóstico “Conhecimento deficiente” foram: declarações imprecisas sobre a doença (sensibilidade = 0,9991 / especificidade = 0,4119); seguimento inadequado de instrução (sensibilidade = 0,9795 / especificidade = 0,9995); piora na qualidade de vida (sensibilidade = 0,9992 / especificidade = 0,9996); e comportamento inadequado (sensibilidade = 0,9992 / especificidade = 0,9996).

Quando juntos, associam-se a maiores probabilidades da presença do “Conhecimento deficiente”. Em relação aos fatores etiológicos capazes de elevar as chances para desenvolver o diagnóstico, nenhum demonstrou relação para o desenvolvimento do “Conhecimento deficiente”. A validação clínica do diagnóstico “Conhecimento deficiente” oferece, ao enfermeiro, subsídios para uma prática assistencial baseada em evidência e oportuniza a realização de ações educativas direcionadas aos reais problemas da aquisição do conhecimento sobre a doença e seu tratamento entre o público-alvo.

**Descritores:** conhecimento; diálise renal; educação em saúde; diagnóstico de enfermagem; estudo de validação.

## ABSTRACT

Poor knowledge in individuals undergoing hemodialysis has repercussions for a self-care deficit, as well as poor adherence to the care plan proposed by the multidisciplinary team. Accurately identifying the nursing diagnosis Deficient knowledge contributes to the construction of an evidence-based care plan focused on health promotion and disease prevention through health education. The study aims to analyze the evidence of clinical validity of the nursing diagnosis Deficient Knowledge in patients undergoing hemodialysis. Study of diagnostic accuracy, cross-sectional, based on the approach of diagnostic tests, anchored in the method of validity of the clinical construct. The sample consisted of 105 patients undergoing hemodialysis in a hospital in northeastern Brazil. Data collection took place during the months of September and October 2022, through an interview with the application of an instrument with socio-demographic and clinical data and the elements of the diagnosis Deficient knowledge. It emphasizes that the elements of the diagnosis had semantic equivalence with findings from previous research and with the NANDA-I. Data analysis was performed using descriptive measures, central tendency and dispersion, and the Kolmogorov-Smirnov test with a 95% confidence interval. The model of two latent classes of random effects was used to verify the sensitivity and specificity of the clinical indicators and estimate the prevalence of the diagnosis. In the adjustment of the model, the parameters of the likelihood test and entropy were applied. The calculation of posterior probabilities analyzed the association of clinical indicators with the diagnosis and the Odds Ratio and the association of etiological factors with the diagnosis. A p value of 0.05 was adopted for statistical analyses. The research was approved by the ethics committee under opinion: 5,579,696. Regarding the seven clinical indicators investigated, the most prevalent was inaccurate statements about the disease (60%) and among the 20 etiological factors evaluated, the most prevalent was inadequate patient participation in the planning of their health care (92.38%). The estimated prevalence of Deficient Knowledge was 2.9% when included in the latent class model with random effects adjusted with six of the seven clinical indicators investigated. The clinical indicators that showed high sensitivity and specificity to indicate the diagnosis of poor knowledge were: Inaccurate statements about the disease (sensitivity = 0.9991 / specificity = 0.4119), inadequate follow-up of instructions (sensitivity = 0.9795 / specificity = 0.9995), worse quality of life (sensitivity = 0.9992 / specificity = 0.9996) and inappropriate behavior (sensitivity = 0.9992 / specificity = 0.9996). When together, it is associated with greater probabilities of the presence of deficient knowledge. Regarding the etiological factors capable of increasing the chances of developing the diagnosis,

none showed a relationship with the development of poor knowledge. The clinical validation of the Deficient knowledge diagnosis provides nurses with subsidies for an evidence-based care practice and provides the opportunity to carry out educational actions aimed at the real problems of acquiring knowledge about the disease and its treatment among the target audience.

**Keywords:** knowledge; renal dialysis; health education; nursing diagnosis; validation study.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Equivalência dos elementos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, presentes na versão em português da NANDA-I - 2021-2023 com os achados de Silva (2019) e da revisão integrativa. Campina Grande-PB, 2023.....	40
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização sócio demográfica e econômica dos pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande-PB, Brasil, 2023. ....	43
<b>Tabela 2</b> – Caracterização clínica dos pacientes submetidos à hemodiálise. Campina grande/PB, Brasil, 2023. ....	44
<b>Tabela 3</b> – Frequência dos indicadores clínicos relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” entre pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023. ....	45
<b>Tabela 4</b> – Frequência dos fatores etiológicos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente entre pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023. ....	45
<b>Tabela 5</b> – Medidas de acurácia diagnóstico dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023. ....	46
<b>Tabela 6</b> – Probabilidades posteriores da presença do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023. ....	47
<b>Tabela 7</b> – Análise de associação medidas de magnitude de efeito (Odds Ratio) para fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023. ....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPM	Batimentos por Minuto
BR	Brasil
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	Característica Definidora
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
DE	Diagnostico de Enfermagem
DP	Diálise Peritoneal
TR	Transplante Renal
DRC	Doença Renal Crônica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
FAV	Fístula Arteriovenosa
FG	Filtração Glomerular
FR	Fatores Relacionados
GPI	Ganho de Peso Inter Dialítico
HD	Hemodiálise
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MMHG	Milímetros de Mercúrio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PA	Pressão Arterial
PE	Processo de Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
RC	Renais Crônicos
ROC	Operador-Receptor
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco



## LISTA DE SÍMBOLOS

>	Maior
<	Menor
%	Porcentagem

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS .....	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	24
3.1	DOENÇA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE .....	24
3.2	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE.....	27
3.3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO DEFICIENTE” DA TAXONOMIA II DA NANDA-I: VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	29
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	33
4.1	TIPO DO ESTUDO.....	33
4.2	ETAPAS DO ESTUDO .....	33
<b>4.2.1</b>	<b>Etapa 1: equivalência semântica dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente nos pacientes com insuficiência cardíaca para os pacientes submetidos à hemodiálise .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Etapa 2: verificação da acurácia dos indicadores clínicos e da magnitude do efeito dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em pacientes submetidos a hemodiálise .....</b>	<b>34</b>
4.2.2.1	Local de Estudo .....	34
4.2.2.2	População, amostra e amostragem .....	35
4.2.2.3	Procedimento de coleta de dados .....	36
4.2.2.4	Análise e organização dos dados.....	37
4.3	ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE B - DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS PROPOSTOS POR SILVA (ADAPTADAS)</b> .....	<b>71</b>

<b>APÊNDICE C – DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS PRESENTES NA NANDA-I – 2021-2023.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O número de pacientes com doença renal crônica (DRC) aumentou nos últimos anos e continua aumentando gradativamente, sendo considerada como um problema de saúde pública de âmbito global, que afeta, aproximadamente, 750 milhões de pessoas ao redor do mundo, com 10 milhões concentradas no Brasil (BIKBOV et al., 2020; CREWS; BELLO; SAADI, 2019). Destaca-se que a falta de acesso ao tratamento adequado acarreta milhões de mortes todos os anos (MOHAMMADI-KALAVEH et al., 2018).

Dentre os possíveis tratamentos para a DRC, estão as terapias renais substitutivas (TRS), representadas pelas diálises (diálise peritoneal/hemodiálise) e pelo transplante renal (GOUVEIA et al., 2017). A hemodiálise (HD) representa a modalidade realizada por cerca de dois milhões de pacientes no mundo, dos quais, em média, 123.053 são submetidos ao procedimento no Brasil (LONGO et al., 2012; NEVES et al., 2020).

Ela se constitui em um tratamento complexo, pois, para a sua realização, se faz necessário o uso de uma máquina e um sistema composto de linhas e de dialisador, no qual o sangue pode ser filtrado fora do corpo do paciente. Permite substituir parte das funções renais, o que possibilita a manutenção da vida nos pacientes (ROCHA; BARATA; BRAZ, 2019).

Embora a HD possa aumentar a expectativa de vida, o paciente necessita gerenciar seu tratamento, conforme as mudanças essenciais no seu cotidiano devido a frequência consistente em uma unidade de diálise para tratamento, restrição de ingestão de líquidos e alimentos, uso de medicamentos e conflitos existenciais ou religiosos (GELA; MENGISTU, 2018; JESUS et al., 2019; LI; JIANG; LIN, 2014).

Nesse contexto, uma multiplicidade de fatores pode afetar o autogerenciamento dos pacientes com DRC em hemodiálise. Dentre esses fatores destaca-se o conhecimento sobre o tratamento (LI; JIANG; LIN, 2014). O conhecimento adequado sobre o processo de adoecimento – adquirido por meio de programas educativos, pautados nas crenças e preocupações sobre as condições de saúde/tratamento – é uma das formas para se alcançar a adesão dos pacientes no processo terapêutico, com bons resultados na prevenção de doenças e/ou complicações (FADLALMOLA; ELKAREEM, 2020; GEWEHR et al., 2018). Dessa forma, é essencial que a equipe multiprofissional avalie o nível de conhecimento dos pacientes.

Uma das formas dessa avaliação, para o enfermeiro, poderá ser dada por meio da inferência do diagnóstico de enfermagem (DE) “Conhecimento deficiente”. Esse diagnóstico se apresenta dentro da Taxonomia II da NANDA-I sob o código 00126, tendo sido aprovado em 1980, revisado em 2017 e com elevação do nível de evidência para 2.3 na Taxionomia II da

NANDA-I (edição 2021-2023), no domínio percepção/cognição, na classe cognição. É definido como a ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico e possui quatro características definidoras: afirmações imprecisas sobre um assunto, comportamento inadequado, desempenho impreciso em um teste e seguimento impreciso de instruções (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em seguida, ao inferir o DE “Conhecimento deficiente”, o enfermeiro poderá estabelecer as ações da intervenção “educação em saúde”, as quais são fundamentais no processo de autogerenciamento, uma vez que instrumentaliza e subsidia a construção de conhecimentos sobre cuidados voltados à saúde (CONCEIÇÃO et al., 2020).

As ações da intervenção “educação em saúde” podem ser realizadas durante atendimentos individuais ou coletivos e devem ser aplicadas em grupos ou rodas de conversas por toda equipe multidisciplinar. Dessa forma, permite aos envolvidos uma maior troca de saberes e incentiva a criatividade, criando um ambiente de partilha e construção de saberes (BARRETO et al., 2019).

Em adição, a prática de educação em saúde é capaz de auxiliar no processo de reflexão da população, de modo a possibilitar uma assistência integral, com caráter transformador; e auxiliar os usuários a se tornarem ativos e autônomos no processo saúde e doença. Isso permite que o indivíduo reconsidere a sua condição de saúde e opte por escolhas mais saudáveis, a fim de modificar os comportamentos de riscos e estimular mudanças positivas (BARRETO et al., 2019).

A educação em saúde é uma intervenção de enfermagem que se apresenta dentro da taxonomia do sistema de classificação da *Nursing Intervention Classification* (NIC), sob o código 5510, e apresenta como definição o desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades. Está no domínio comportamental e na classe educação do paciente e pode ser vinculada ao diagnóstico de enfermagem (DE) “Conhecimento deficiente”, da Taxonomia II da NANDA-I (BUTCHER et al., 2020).

Os diagnósticos de enfermagem, como o “Conhecimento deficiente”, requerem estudos que definam o poder de predição dos indicadores clínicos por meio da construção e validação dos componentes em populações específicas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021; MONTEIRO et al., 2016).

A validação de um DE corresponde à verdadeira representação de determinada situação de saúde dos indivíduos envolvidos, permitindo o aprimoramento do conhecimento de diversos

enfermeiros (GAZOS; MARTINS; GAZOS, 2020) e a ampliação de sua confiabilidade, rigor e autenticidade, na prática e no ensino (MONTEIRO et al., 2016).

Na busca de atender essa necessidade, Lopes e Silva (2016) desenvolveram um método de validação para DE que constitui em três etapas, a saber: validade teórico-causal, baseada no desenvolvimento das teorias de médio alcance que buscam identificar elementos de um diagnóstico e suas relações causais; validade de conteúdo, contemplando a análise de juízes por meio da sabedoria coletiva; e a validade clínica, que visa constatar se o produto resultante das etapas anteriores representa o construto diagnóstico em cenários da prática clínica e nas populações expostas.

O DE “Conhecimento deficiente” foi objeto de estudo de Silva (2019), com a realização das duas primeiras etapas do método supracitado, em pacientes com insuficiência cardíaca: a validade teórico-causal (desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance); e a validade do conteúdo (avaliação por juízes dos indicadores clínicos e fatores etiológicos identificados), sendo estabelecidas seis características definidoras: declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica; desempenho inadequado no manejo das intercorrências; seguimento de instrução inadequado; aumento das readmissões hospitalares; piora na qualidade de vida; e déficit no desempenho do autocuidado.

Em continuidade, Araújo (2022) realizou a terceira etapa – validação clínica entre pacientes com insuficiência cardíaca – e os resultados evidenciaram a prevalência estimada de 38,57% do “Conhecimento deficiente”. Entre os indicadores clínicos do DE, cinco (declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, desempenho impreciso no manejo das intercorrências, seguimento inadequado de instrução, déficit no desempenho do autocuidado e comportamento inadequado) tiveram alta capacidade de triagem diagnóstica e quatro (declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, aumento das readmissões hospitalares, déficit no desempenho do autocuidado e comportamento inadequado) possuíram alta especificidade, com vistas a serem usados para o diagnóstico confirmatório. Dentre os fatores etiológicos, idosos e indivíduos analfabetos apresentaram chances duas vezes maiores de ocorrência do diagnóstico na clientela.

Visando a elevar o nível de evidência e propiciar, aos enfermeiros, a partir da prática baseada em evidências, o fornecimento de pistas com alto grau de relevância, especificidade e consistência, e, assim, um diagnóstico acurado, este estudo propõe realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise.

A identificação de um DE acurado subsidia a tomada de decisão do enfermeiro por meio do reconhecimento de respostas humanas reais ou potenciais, possibilitando a satisfação de necessidades e desejos no encontro da qualificação do cuidado oferecido (SILVA et al., 2020). No auxílio à definição da acurácia diagnóstica, os diagnósticos de enfermagem devem ser validados em diversos cenários para assegurar as evidências científicas e, assim, proporcionar práticas assistenciais mais seguras e qualificadas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Logo, acredita-se que a identificação do DE “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, de forma acurada, poderá contribuir na elaboração de um plano de ação com aporte na educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente no autocuidado e aderência terapêutica, bem como favorecer práticas assistenciais mais seguras e qualificadas. Nesse contexto, surge a questão norteadora deste estudo: quais as evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar as evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em pacientes submetidos à hemodiálise.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Estabelecer a partir dos achados da literatura a equivalência semântica dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente nos pacientes com insuficiência cardíaca para os pacientes submetidos à hemodiálise;
- b) Verificar a frequência dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente presentes nos pacientes submetidos à hemodiálise;
- c) Verificar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente nos pacientes submetidos à hemodiálise;
- d) Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente nos pacientes submetidos à hemodiálise;
- e) Avaliar a magnitude do efeito dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em pacientes submetidos a hemodiálise.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção foi organizada didaticamente em três subtópicos: doença renal crônica e hemodiálise; atuação do enfermeiro com foco na educação em saúde nos pacientes submetidos a hemodiálise; e diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” da Taxonomia II da NANDA-I: validação clínica.

#### 3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE

Os rins são responsáveis pela manutenção do equilíbrio do corpo humano, considerados como órgãos essenciais que desempenham funções vitais, sendo elas: a eliminação de toxinas, a regulação de líquidos e a filtração do sangue. Os rins filtram, por minuto, cerca de 20% do volume sanguíneo bombeado pelo coração. A avaliação da função renal é realizada pela filtração glomerular (FG) e a redução da filtração é uma característica da doença renal crônica (DRC) (SANTOS et al., 2017).

A DRC ocasiona a diminuição lenta e progressiva da taxa de FG, provocando alterações nas disfunções endócrinas e metabólicas, perceptíveis em alterações nos exames laboratoriais dos pacientes. Com a progressão da doença, o indivíduo pode manifestar níveis altos de fósforo, potássio e de paratormônio, além de anemia, acidose, emagrecimento, sinais de desnutrição, hipertensão arterial, enfraquecimento ósseo, cansaço, redução da libido e diminuição do apetite. No último estágio da DRC, é necessária a implementação de uma terapia renal substitutiva (TRS) no paciente (SANTOS et al., 2017).

A TRS contempla a diálise peritoneal (DP), o transplante renal (TR) e a hemodiálise (HD), sendo esta última a mais realizada em todo o mundo (GUEDEZ et al., 2021).

No Brasil, a HD foi realizada pela primeira vez em 1950 e, até os dias atuais, é a TRS mais utilizada em nosso país (GUEDEZ et al., 2021; SILVA et al., 2011). Apenas no ano de 2019, no Brasil, foram realizadas cerca de 14,5 milhões de sessões de HD (BRASIL, 2020). Existe uma estimativa de que exista atualmente, no Brasil, cerca de 140 mil pacientes realizando diálise, sendo que 93% estão em HD e 7 % em DP (BARRA et al., 2023).

A HD proporciona a filtração sanguínea através de um capilar, removendo os produtos de degradação do metabolismo e os líquidos que estão em excesso (MARINHO et al., 2017). É um método impulsionado por difusão e ultrafiltração, tanto para depuração de solutos que são considerados relativamente pequenos – como os eletrólitos e ureia – quanto para os solutos que são maiores, com menor facilidade (GUEDEZ et al., 2021).

O sistema de HD possui componentes principais, que são o rim artificial, ou dialisador, e as linhas, responsáveis em realizar o bombeamento do sangue do paciente e o dialisado, que se refere aos líquidos de composição química específica, aplicados para a realização da HD. O sangue do paciente e o dialisado são bombeados em direções opostas, continuamente, no dialisador (SHOWKAT; ACCHIARDO; OWEN, 2010).

Geralmente, é realizada em nível ambulatorial, num regime de três vezes por semana, com duração média de, aproximadamente, três a quatro horas durante cada sessão. Ela é considerada um processo de alto custo e alta complexidade, com a aplicação de tecnologias avançadas, que precisa da adequação de materiais, equipamentos e profissionais com habilidades técnico-científicas para o preparo do paciente (FREITAS; MENDONÇA, 2016; MANIVA; FREITAS, 2010).

Os principais critérios para dar início ao processo de HD são: uremia, hiperpotassemia, acidose metabólica, hipervolemia e taxa de FG entre 9 e 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Para sua realização, não existe contraindicação absoluta, mas contraindicações relativas, como: a presença de doença de Alzheimer, demência multifatorial, síndrome hepatorenal, cirrose avançada com encefalopatia e malignidade avançada (BIALESKI; LOPES; ISER, 2022; SCHEIN, 2018).

Para a submissão do paciente na máquina de HD, faz-se necessária a inserção de um acesso vascular de forma eficaz. A fístula arteriovenosa (FAV) é considerada o acesso ideal, em razão do seu bom fornecimento de fluxo sanguíneo, possuir um maior tempo de utilização e baixo índice de complicações para o paciente (MANIVA; FREITAS, 2010).

A FAV corresponde a uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente que permita um acesso vascular otimizado e garanta conforto ao paciente, sendo o local de escolha os membros superiores. A fístula se classifica de acordo com a sua localização em distais (radiocefálica, no punho e no antebraço) e proximais (braquiocefálica, braquiobasílica superficializada e braquioaxilar ou braquiobraquial em alça com prótese) (LOK et al., 2020; RAMALHO NETO et al., 2016).

Ressalta-se a importância da indicação precoce da FAV para evitar a utilização dos cateteres e suas complicações. Sua indicação deve ocorrer antes do paciente iniciar a HD, em decorrência da necessidade de um período para a sua maturação, tempo indicado para que a veia adquira diâmetro, fluxo e trajeto adequados para suportar a diálise (NEVES JUNIOR et al., 2011).

Ainda que seja considerado o melhor acesso para a HD, a FAV está sujeita a diversas complicações, como hipofluxosanguíneo, trombozes, aneurismas, infecções, isquemia da mão,

edema de mão e sobrecarga cardíaca. A fim de evitar essas complicações, medidas de autocuidado adequadas devem ser implementadas (PESSOA; LINHARES, 2015).

Na impossibilidade de confecção de uma FAV, ou durante situações de urgência e emergência, a aplicação do cateter venoso central (CVC) é recomendado. A sua utilização é bastante realizada na HD, em virtude da possibilidade de uso imediato após a inserção. Contudo, podem acontecer complicações, tais como trombose e infecção da corrente sanguínea, sendo a infecção considerada a complicação mais recorrente e que, em casos mais graves, pode levar ao óbito do paciente (DANSKI et al., 2017).

Além das complicações relacionadas ao acesso vascular, outras intercorrências podem surgir durante ou após a HD, como embolia gasosa, sangramento excessivo, infecções, sepse, hipotensão, cefaleia, náuseas, mal-estar, vômitos, tonturas, câibras e anemia crônica (BOUNDY, 2004). Em adição, o excesso de medicações durante o tratamento da HD facilita as interações medicamentosas que podem interferir nos resultados do tratamento e influenciar a qualidade de vida dos pacientes (FOLGOSA et al., 2021).

A frequência consistente em uma unidade de diálise para tratamento, o uso de medicamentos e a restrição de ingestão de líquidos e alimentos, aumentam a possibilidade de erros e falhas, dificultando a adesão ao tratamento. Essa adesão é considerada eficaz quando o paciente consegue seguir as prescrições e recomendações feita pela equipe multidisciplinar (TERRA et al., 2010).

Ademais, sabe-se que a função renal não é totalmente substituída pela HD, sendo necessário que o paciente realize outras condutas, tais como: reposições hormonais, terapia medicamentosa, restrição hídrica e dieta alimentar rígida (NERBASS et al., 2013).

As restrições hídricas e a dieta são algumas das dificuldades sentidas pelos pacientes. O descontrole hídrico favorece o aumento no ganho de peso interdialítico (GPI), que influencia na mortalidade e morbidade cardiovascular (CRISTÓVÃO, 2015).

O acompanhamento da dieta é necessário no paciente de HD e a deficiência do estado nutricional pode causar alterações imunológicas, presença de anemia, distúrbios hidroeletrolíticos, acidobásicas e de lipídeos, carboidratos e proteínas. Distúrbios do hábito alimentar, a ingestão alimentar insuficiente, catabolismo aumentado e alterações hormonais também são observados (SILVA; SIMÕES; ALMEIDA, 2016).

Logo, pela complexidade do regime terapêutico do paciente submetido à HD, é salutar a atuação de profissionais de saúde, como o enfermeiro, para promover um conhecimento adequado sobre o tratamento e assim favorecer a adesão.

### 3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM FOCO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE

A equipe de enfermagem realiza os cuidados diretos aos pacientes em tratamento da HD, antes, durante e após cada sessão. Antes da submissão à máquina, há a preparação, punção de fístula ou manejo do cateter, monitorização, programação da máquina e montagem do circuito, além da atenção física e emocional (PONCE et al., 2019).

Durante a HD, a equipe precisa estar atenta a: o monitoramento dos sinais vitais; o desempenho adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo deslizado); o conforto e segurança do paciente; manter-se alerta nas possíveis intercorrências que podem surgir; as queixas e dúvidas dos pacientes; discussões da equipe multidisciplinar; avaliação clínica do paciente; administração de medicamentos; anticoagulação; acompanhar peso antes e após a diálise; manutenção do acesso; realizar curativos; e inspecionar a pele do paciente (PIRES et al., 2017).

O conhecimento do enfermeiro sobre as complicações durante o procedimento proporciona uma assistência efetiva e uma diminuição dos efeitos, que podem ser letais. A equipe de enfermagem está diretamente envolvida e se constitui na equipe de profissionais que mais participa da resolução das intercorrências (FERNANDES et al., 2018).

Quando finaliza a sessão de HD, deve-se retirar o paciente da máquina com cuidado para proporcionar uma maior devolução de sangue ao paciente com uma menor quantidade de soro e evitar o embolismo gasoso pela entrada de ar da agulha de retorno. Deve-se remover a pressão transmembrana, reinfundir o sangue lentamente, acompanhar sinais de eliminação de edemas, condições do local de acesso, estado geral do paciente, verificar sinais vitais e estar atento aos sinais de perda de peso. Ao sair da HD, verificar se o paciente precisa de apoio para deambular e se precisa de repouso, além de finalizar com orientações sobre regime terapêutico, efetuar a limpeza da máquina e a esterilização do dialisador – respectivas linhas arterial e venosa – e manter a organização na unidade (OLIVEIRA; RODRIGUES; FERREIRA, 2018).

A equipe de enfermagem tem a oportunidade de implementar ações educativas em saúde, antes, durante ou após a HD. A educação em saúde representa um instrumento facilitador para a capacitação da população, disseminando a promoção da saúde (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

A fim de facilitar o processo de educação em saúde, os profissionais de saúde e o indivíduo precisam estabelecer uma relação de diálogo, com ênfase na escuta terapêutica e no respeito, bem como destacar as experiências e valorizar as histórias de vida e visão de mundo.

Os profissionais precisam reconhecer as práticas educativas, sendo preciso conhecer o olhar do outro e unificar os saberes com as práticas cotidianas, com o objetivo de construir um vínculo de confiança entre os dois (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

A educação em saúde não se resume apenas a disseminação de informações da doença e/ou tratamento. É necessário que o enfermeiro entenda o paciente de forma singular, com seus problemas pessoais, diferenças e crenças; e que o processo de educação em saúde não se resume a salas de espera ou palestras (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014).

O enfermeiro pode intervir com ações educativas que melhorem o nível de conhecimento do paciente sobre a DRC e a HD. Compreende-se que a ausência de conhecimento favorece baixa adesão ao tratamento e piora na qualidade de vida do paciente, além de influenciar na presença dos fatores de risco, como tabagismo e etilismo, e o agravamento de doenças crônicas, como a DM e HAS (CORGOZINHO et al., 2022).

Uma metanálise evidenciou os efeitos de uma intervenção educacional de enfermagem em pacientes submetidos à diálise. Nesse estudo, ocorreu um aumento de 15% na adesão do paciente, quando comparado ao tratamento convencional (WANG et al., 2018).

De acordo com Pessoa et al. (2020), após três meses de treinamento educacional em pacientes submetidos à diálise, o conhecimento sobre a HD cresceu, em média, de 56,5% para 100% ( $p=0,000$ ), o que reforça a necessidade de permanência da prática da educação continuada e a elaboração de um protocolo que auxilie nos cuidados do acesso vascular.

Um estudo do tipo quase experimental, realizado em uma unidade de diálise no Rio Grande do Sul, Brasil, aplicou uma intervenção de enfermagem em pacientes que realizam hemodiálise e apresentavam hiperfosfatemia e percebeu-se uma diminuição nos valores séricos da creatinina e do fósforo, bem como o aumento no conhecimento desses pacientes sobre ingestão de alimentos, equilíbrio cálcio/fosfato e a utilização de aglutinantes de fosfato aumentado (STUMM et al., 2017).

Assim, evidencia-se que a sala de HD pode ser um local favorável para fortalecer a prática do autocuidado, por meio da implementação de ações de educação em saúde que podem acontecer com orientações personalizadas, informações impressas com material educativo, atividades individuais ou em grupos (SOUZA et al., 2013; STUMM et al., 2013).

Tais ações podem ser realizadas por profissionais de enfermagem, que precisam compreender a realidade educacional, psicossocial e condições econômicas de cada paciente, com foco na sua independência e autonomia diante do tratamento (SANTOS; ROCHA. BERARDINELLI, 2011).

Atividades da intervenção de educação em saúde são estabelecidas por evidências e redigidas na Taxonomia da *Nursing Intervencion Classificacion* (NIC), sob o código 5510, para guiar o enfermeiro no desenvolvimento, na disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem, como também facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (BUTCHER et al., 2020). Tal intervenção pode ser estabelecida em pacientes submetidos à hemodiálise e que possuam um conhecimento deficiente.

### 3.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO DEFICIENTE” DA TAXONOMIA II DA NANDA-I: VALIDAÇÃO CLÍNICA

Os sistemas de classificação da prática de enfermagem surgiram nos anos 1950, na tentativa de classificar os conceitos da própria profissão. O processo de enfermagem, um modelo operacional para a assistência de enfermagem, beneficiando o desenvolvimento dos conceitos e dos sistemas de classificação, aparece em meados de 1970 (NÓBREGA et al., 2003).

Compreende-se que os sistemas de classificação de enfermagem e suas taxonomias são necessários para organizar e aprimorar a comunicação entre os profissionais de enfermagem e na operacionalização do processo de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013). Dentre as classificações existentes há a NANDA-I, que é um arcabouço teórico de diagnósticos de enfermagem.

A taxonomia da NANDA-I foi publicada em 1987 e, oficialmente, apresentada à enfermagem brasileira no ano de 2000 por meio da primeira taxonomia, composta por nove categorias de padrões de respostas humanas. No ano de 2002, a NANDA-I integrou os diagnósticos na taxonomia II, sendo atualmente formada por 13 domínios, 47 classes e 267 diagnósticos, compostos por rótulo (título), definição e indicadores, que são referentes aos elementos componentes dos DE (BOEIRA; DAL MOLIN; BALTAZAR, 2020; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A NANDA-I foi desenvolvida a partir de um modelo multiaxial, em que os sete eixos representam a dimensão da resposta humana no processo de diagnóstico encontrados nos rótulos dos DE, a saber: eixo 1 – foco do diagnóstico; eixo 2 – sujeito do diagnóstico; eixo 3 – julgamento; eixo 4 – localização; eixo 5 – idade; eixo 6 – tempo; e eixo 7- estado do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Em 2021 foi lançada a 12ª edição da NANDA-I, que abarcou a aprovação de 46 novos DE, 67 revisados, 17 rótulos alterados e 23 retirados. Nesse sentido, para que um DE tenha validade necessita de evidências que a comprovem. Logo, na nova classificação, o nível de evidência (LOE – *Level of Evidence*) para os diagnósticos se estruturou em: nível 1, etapas iniciais de desenvolvimento do DE, a ser incluído na terminologia; e nível 2, etapas de desenvolvimento clínico do DE, com métodos de validação mais robustos. Ambos os níveis são divididos em subníveis, de acordo com o estudo realizado (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Para melhorar o nível de confiança desses diagnósticos, é necessário submetê-los ao processo de validação. Validar um DE é torná-lo legítimo para aplicação clínica, de maneira a refinar os indicadores clínicos e tornar a sua utilização confiável, possibilitando o seu uso na prática e no ensino (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2009).

Validar tem o significado de tornar algo válido, ou seja, se tornar legítimo, verdadeiro e com a sua autenticidade comprovada. Dessa forma, o processo de validar um DE possui o objetivo de torná-lo verdadeiro e realizar a comprovação de acordo com a situação clínica (GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008).

O processo de validação de um DE pode ser dividido em três fases, conforme sugerido por Lopes e Silva (2016): validade teórico-casual, que se desenvolve nas teorias de médio alcance (TMA); validade de conteúdo, fundamentada na abordagem da sabedoria coletiva; e a validade clínica, que se baseia em estudos epidemiológicos.

A validade clínica pretende verificar se o conteúdo validado resultante das etapas anteriores representa o constructo diagnóstico em situações reais da prática clínica e em populações aparentemente distintas e expostas a esse mesmo constructo, por meio de atributos definidores (indicadores clínicos), condizentes com a situação do indivíduo (LOPES; SILVA, 2016).

Em decorrência da parcela significativa de respostas humanas, biopsicossociais e espirituais, imensuráveis diretamente por dispositivos, a validade clínica apresenta o viés do padrão ouro imperfeito, que corresponde a uma carência de padrão de referência acurado para determinar a presença ou ausência do diagnóstico. Sendo assim, o viés de incorporação permeia nesses estudos por causa do uso de supostas características definidoras para determinar a presença ou ausência do DE, de modo a ocorrer primeiro a inserção da CD para, posteriormente, mensurar sua importância no diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Na validação clínica, observa-se a presença de métodos estatísticos e opções para contornar os padrões de referência imperfeitos em diferentes abordagens de estudos, tais quais:

a validade clínico-social, de construto clínico, diferencial, prognóstica, clínico-populacional e clínico-causal (LOPES; SILVA, 2016).

Apoiada em estudos transversais, a validade clínico-social busca estabelecer a associação entre a característica do diagnóstico, e/ou de elementos que o compõem, com subgrupos populacionais. A inferência diagnóstica ocorre por um pequeno grupo de diagnosticistas com experiência clínica e/ou treinamento específico a respeito do DE, sendo o painel de diagnosticistas o padrão de referência do estudo. Para cada variável identificada é feita a construção da definição operacional, como forma de padronizar a mensuração (LOPES; SILVA, 2016).

De modo geral, o DE é visto como um constructo através suas características biopsicossociais e espirituais complexas, mas não observáveis diretamente. Isso posto, a validação por constructo clínico se propõe a definir quais indicadores clínicos, considerando apenas as características definidoras, representarão um diagnóstico a partir da presença/ausência de cada indicador. Baseia-se na abordagem de testes diagnósticos, em que a presença/ausência da CD é comparada com a presença/ausência do DE, a partir de um padrão de referência (LOPES; SILVA, 2016).

Na validade diferencial ocorre a identificação de características de um DE específico para que haja a distinção entre outros com características ou clínica semelhantes. O processo inicia a partir de uma análise simultânea de conceitos, seguida da revisão das matrizes conceituais por juízes e da análise clínica a partir de uma população suscetível ao grupo de diagnósticos (LOPES; SILVA, 2016).

A análise de correspondências múltiplas é empregada para eliminar indicadores clínicos com diminuída capacidade para diferenciar os diagnósticos e focar naqueles com maior afinidade por um DE. Estatisticamente, utiliza-se a análise de cluster hierárquica para verificar a validade dos agrupamentos produzidos (LOPES; SILVA, 2016).

No que concerne à validade prognóstica, os estudos de coorte prospectiva auxiliam na identificação de supostos marcadores clínicos que possam definir a máxima ou mínima probabilidade de o paciente desenvolver um quadro clínico, com diferentes níveis de gravidade de um diagnóstico. Ademais, permite avaliar o resultado das intervenções de enfermagem. Conhecida como um *follow-up study*, a validade prognóstica coleta os dados por meio de definições operacionais e referentes empíricos, em que as amostras são obtidas de maneira consecutiva e/ou por encaminhamento (LOPES; SILVA, 2016).

No intuito de definir o *status* das CD e do DE, o painel de diagnosticistas torna-se o padrão de referência na validade prognóstica, porém a análise de classe latente pode ser usada



em probabilidades posteriores no *status* do DE. Para estimar o ritmo de propagação do DE na população-alvo, são inseridas medidas epidemiológicas de taxa de risco, medida pessoa-tempo e taxa de incidência (LOPES; SILVA, 2016).

Baseada em revisões sistemáticas, a validade clínico-populacional busca verificar a acurácia diagnóstica das CD em múltiplas populações expostas ao DE. A estratégia PICO embasa a definição da questão de pesquisa, sendo: P – participantes; I – CD (teste-índice); C – padrão de referência (teste de comparação); e O – medida da acurácia do diagnóstico. Faz-se uso do “*standards for reporting diagnostic accuracy studies*” (STARDS) e do “*quality assessment of diagnostic accuracy studies*” (QUADAS), que são instrumentos para avaliar a qualidade dos estudos de acurácia encontrados nas bases e da metanálise como método estatístico (LOPES; SILVA, 2016).

Não obstante o foco de analisar a acurácia das CD dos diagnósticos, a validade clínico-causal, por meio de estudos de caso-controle (útil na identificação de fatores de risco, porém prejudicado por viés de seleção) e coorte de exposição (grupos baseados no *status* de um fator de risco específico e acompanhamento dos mesmos), envolve a validação dos fatores etiológicos e a determinação das relações de causalidade nos processos interativos para o desenvolvimento de um DE (LOPES; SILVA, 2016).

Apesar das vertentes existentes para efetuar a validação clínica, o processo identifica indicadores que possuem o poder de predição a respeito da ocorrência do diagnóstico em uma determinada população, bem como auxilia no plano de cuidados dos enfermeiros diante da verdadeira situação de saúde do indivíduo (LOPES; SILVA, 2016; TINÔCO, 2015).

Ademais, apesar do elevado nível de evidência encontrado em alguns diagnósticos da Taxonomia II da NANDA-I – 2021-2023, tornam-se necessários novos estudos para auxiliar os enfermeiros na identificação da ocorrência do DE em populações distintas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021), como o “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com corte transversal, baseado na abordagem de testes diagnósticos. A acurácia de uma característica definidora, no caso de um diagnóstico focado no problema, indica a capacidade de esse determinar, em uma população específica, a presença/ausência do diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016).

O estudo é baseado no método de validade do construto clínico, determinado por Lopes e Silva (2016), correspondente a terceira e última etapa do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. As etapas anteriores (validade teórico-causal e validade do conteúdo) já foram realizadas no estudo desenvolvido por Silva (2019), em pacientes com insuficiência cardíaca.

Assim, para este estudo, os indicadores diagnósticos (indicadores clínicos e fatores etiológicos) foram revisados e adaptados para o contexto de pacientes submetidos à hemodiálise.

### 4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa ocorreu a equivalência semântica entre os achados de uma revisão integrativa que buscou os antecedentes e consequentes do fenômeno “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, com os elementos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” presentes na versão em português da NANDA-I - 2021-2023, bem como os achados de Silva (2019).

Na segunda etapa, ocorreu a validade do construto clínico, por meio da acurácia dos indicadores diagnósticos e da avaliação da magnitude do efeito dos fatores etiológicos.

#### **4.2.1 Etapa 1: equivalência semântica dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente nos pacientes com insuficiência cardíaca para os pacientes submetidos à hemodiálise**

Primeiramente, realizou-se uma revisão integrativa que teve como pergunta norteadora: quais os antecedentes e consequentes para o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente”, em pacientes submetidos à hemodiálise?

A busca dos artigos aconteceu nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com acesso validado pela Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), nas seguintes bases de dados: Base de dados de enfermagem (BIREME), National Library of Medicine (PUBMED), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Web of Science.

Foram aplicados os descritores em ciências da saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH), com suas respectivas traduções: diálise renal/renal dialysis; falência renal crônica/kidney failure chronic; conhecimento/knowledge; educação em saúde/health education; avaliação de resultados em cuidados de saúde/outcome assessment health care; cuidado de enfermagem/nursing care; e processo de enfermagem/nursing process.

Identificou-se 243.054 estudos nas bases selecionadas e, a partir da realização de leitura criteriosa de títulos e resumos, obteve-se uma seleção de 34 artigos para leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra, 12 artigos compuseram amostra final por estarem de acordo com os critérios exigidos.

#### **4.2.2 Etapa 2: verificação da acurácia dos indicadores clínicos e da magnitude do efeito dos fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em pacientes submetidos a hemodiálise**

Após a equivalência semântica, na primeira etapa do estudo, construiu-se um instrumento para a coleta de dados com os indicadores clínicos e fatores etiológicos do DE “Conhecimento deficiente” para pacientes submetidos à hemodiálise.

##### 4.2.2.1 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido no hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), situado no bairro do Bodocongó, município de Campina Grande, no estado da Paraíba (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, 2022).

A FAP foi fundada no ano de 1965 pelo médico holandês Dr. Cornélius de Ruyter, sendo de início uma associação destinada a prestar assistência médico-hospitalar para crianças carentes e colaborar com programas de medicina preventiva, ensino médico e de enfermagem. A fundação sempre teve o objetivo de aumentar a capacidade de assistência e ampliação nos atendimentos (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, 2022).

A instituição é filantrópica e funciona em conjunto com o setor privado e Sistema Único de Saúde (SUS), com 90% dos seus atendimentos realizados pelo SUS. O hospital atende de cerca de 148 municípios e é referência no tratamento em oncologia, unidade de terapia intensiva e hemodiálise. O centro de hemodiálise possui uma equipe multidisciplinar e o seu funcionamento acontece de segunda a sábado, atendendo uma média de 179 pacientes cadastrados, que realizam HD por meio do SUS (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, 2022).

#### 4.2.2.2 População, amostra e amostragem

A população do estudo contemplou os pacientes que estavam sendo submetidos à hemodiálise, no local da pesquisa, durante o período de coleta de dados.

O tamanho da amostra foi baseado no cálculo amostral recomendado por Swanson et al. (2012), que propõe a relação entre cinco e trinta pacientes por indicador clínico investigado, em específico as características definidoras do diagnóstico de enfermagem. Nessa perspectiva, o estudo adotou uma relação de 15 pacientes para cada uma das sete características definidoras, sendo: três indicadores presentes no estudo de Silva et al. (2022) e na versão da NANDA-I-2021-2023; três indicadores presentes no estudo de Silva et al. (2022) e não presentes na versão da NANDA-I- 2021-2023; e um indicador não presente no estudo de Silva et al. (2022) e presente na versão da NANDA-I- 2021-2023), resultando em 105 pacientes na amostra final.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística com reposição, incluindo os pacientes de forma consecutiva, a partir do período estabelecido para a coleta de dados e dos critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estavam em tratamento de HD no local da pesquisa durante a coleta de dados.

Para os critérios de exclusão foi adotado: pacientes que estiverem desorientados em tempo, espaço e auto psíquico, avaliados a partir das respostas referentes a sua identificação (nome, data de nascimento e idade); e indivíduos com deficiência auditiva e/ou verbal autorrelatada e que impossibilitasse a comunicação com o entrevistador.

#### 4.2.2.3 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados exclusivamente pelo pesquisador responsável, durante os meses de setembro e outubro de 2022, por meio de entrevista individual, no local de pesquisa, durante o processo de hemodiálise, com duração de aproximadamente 45 minutos.

A entrevista contou com a aplicação de um instrumento (APÊNDICE A) que foi estruturado em anamnese, parâmetros vitais, indicadores clínicos e fatores etiológicos do DE “Conhecimento deficiente”. Os dados foram coletados por meio das respostas dos pacientes e checagem no prontuário ou aferição no paciente. Ressalta-se que foram construídas as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e fatores etiológicos, conforme a equivalência estabelecida na primeira etapa do estudo (APÊNDICE B, C).

- a) Variáveis sociodemográficas e econômicas: iniciais do nome, idade, sexo, estado civil, religião, ocupação, escolaridade, se sabe ler e escrever, renda familiar e se ela comporta os gastos referentes às necessidades humanas básicas;
- b) Variáveis clínicas referentes à hemodiálise e as comorbidades: tempo de submissão da hemodiálise, tipo de acesso, e presença de comorbidades;
- c) Variáveis clínicas referentes aos parâmetros vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e dor. Tais avaliações foram retiradas do prontuário do paciente e, quando não presente, foi necessário realizar a aferição dos sinais vitais no momento da coleta de dados, assim como a dor, que foi verificada por meio da Escala Visual Analógica (EVA) – instrumento unidirecional que classifica a intensidade da experiência dolorosa de forma horizontal, através de uma linha numerada de 0 (significa ausência de dor) a 10 (dor máxima), considerando: 0-2 (dor leve); 3-7 (dor moderada); 8-10 (dor intensa) (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011);
- d) Indicadores clínicos (características definidoras): declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, desempenho impreciso no manejo das intercorrências, seguimento inadequado de instrução, aumento das readmissões hospitalares, piora na qualidade de vida, déficit no desempenho do autocuidado e comportamento inadequado;
- e) Fatores etiológicos: informação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde, participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde, confiança fragilizada entre profissional e indivíduo, acesso inadequado a recursos, ansiedade, baixa autoeficácia, comprometimento inadequado com o

aprendizado, conhecimento inadequado sobre recursos, consciência inadequada dos recursos, disfunção cognitiva, interesse inadequado pelo aprendizado, manifestações neurocomportamentais e sintomas depressivos;

- f) Condições associadas: deficiências do desenvolvimento, depressão e transtornos neurocognitivos;
- g) População em risco: indivíduos com baixa escolaridade, idoso, indivíduos analfabetos e indivíduos desfavorecidos economicamente.

Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados, primeiramente, foi submetido a um teste-piloto, no mesmo ambiente da pesquisa, com 10% da amostra (equivalente a 10 pacientes), para averiguar a adequação das informações. Por não precisar de alteração no instrumento de coleta, todos os pacientes que integraram o teste-piloto foram inclusos, dando continuidade à pesquisa com os demais participantes.

#### 4.2.2.4 Análise e organização dos dados

Os dados coletados foram consolidados em uma planilha do *Microsoft Office Excel* e analisados com o auxílio dos programas *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21, e do software R 3.5.1. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas, foram calculados intervalos de confiança de 95%; e para verificação de aderência à distribuição normal, foi aplicado o teste de *Lilliefors*.

Estudos de validação de construto clínico podem seguir o padrão de referência utilizando o painel de avaliadores ou a análise de classe latente (LOPES; SILVA, 2016). Dessa forma, este estudo fez uso da análise de classe latente, pressupondo que uma variável não diretamente observável (construto diagnóstico) explica as relações entre um conjunto de variáveis diretamente observáveis (características definidoras).

O referido padrão de referência permite a verificação da sensibilidade (proporção de indivíduos com o diagnóstico que apresentam o indicador clínico) e especificidade (proporção de indivíduos sem o diagnóstico que não apresentam o indicador clínico), de cada indicador clínico (LOPES; SILVA, 2016).

Um modelo de duas classes latentes, de efeitos randômicos, foi utilizado para cálculo dos valores de ‘Se’ (sensibilidade) e ‘Sp’ (especificidade), com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Variáveis que não estiveram presentes nos pacientes avaliados não foram

incluídas no processo de ajuste do modelo (AMORIM et al., 2015). A prevalência estimada do DE foi calculada por meio do modelo de análise de classe latente.

A curva ROC (Curva Operador-Receptor/*Receiver Operator Characteristic*) foi utilizada para estimar o melhor ponto de corte (ponto ótimo) das variáveis numéricas, cujos valores estabelecidos para o desmame disfuncional devem diferir dos valores comumente referidos pela literatura para determinar alterações clínicas (POLO; MIOT, 2020). O cálculo da probabilidade posterior foi utilizado a fim de atribuir observações a grupos, considerando-se evidências relevantes (PETRIS; PETRONE; CAMPAGNOLI, 2009).

Em relação à análise dos fatores etiológicos, foram aplicados e ajustados modelos de regressão logística univariada para cada fator, tendo como desfecho a presença ou a ausência do diagnóstico, obtida a partir das probabilidades posteriores da análise de classe latente. A partir dos modelos de regressão logística, foram calculadas as OR (a estimativa das razões de chances ajustadas), com seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

O modelo de regressão logística é adequado para estudar situações em que existe um conjunto de variáveis explicativas que se correlacionam com uma variável resposta dicotômica (SOUZA, 2013). Indica o grau de associação entre variáveis intervenientes e de desfecho. Sendo assim, constitui-se em uma ferramenta estatística utilizada com o intuito de identificar fatores etiológicos relacionados com a variável de desfecho, neste caso o DE “Conhecimento deficiente”.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes da Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). A coleta de dados foi efetivada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o Parecer: 5.579.696 e CAAE: 58638622.9.0000.5208 (ANEXO A).

## **5 RESULTADOS**

Na revisão integrativa foram identificados os antecedentes relacionados a sexo masculino, idade avançada, baixa escolaridade, falta de companheiro(a), baixo nível socioeconômico, falta de intervenções educativas para pacientes e falta de memória. Os consequentes identificados foram relacionados a falta de adesão terapêutica, presença de agravos e menor qualidade de vida. Tais achados foram agrupados por similaridade e comparados por equivalência de semântica com os dados de Silva (2019) e com a Taxonomia II da NANDA-I (2021-2023), conforme verifica-se no quadro 1.



**Quadro 1** – Equivalência dos elementos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, presentes na versão em português da NANDA-I - 2021-2023 com os achados de Silva (2019) e da revisão integrativa. Campina Grande-PB, 2023

(continua)			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE</b>			
<b>Proposta final – Silva 2019</b>	<b>NANDA-I 2021-2023</b>	<b>Achados da revisão integrativa</b>	<b>Equivalência</b>
<b>Definição:</b> Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à saúde.	<b>Definição:</b> Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.	-	<b>Definição:</b> Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.
<b>Características definidoras</b>			
Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica	Afirmações imprecisas sobre um assunto		1. Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	Desempenho impreciso em um teste	Déficit no reconhecimento de sinais e sintomas; /Busca de longo prazo por cuidados de saúde/ Detecção tardia da DRC.	2. Desempenho impreciso no manejo das intercorrências
Seguimento de instrução inadequado	Seguimento impreciso de instruções	Atitudes negativas e/ou prejudiciais à condição de saúde do paciente/Adesão a tratamento ineficazes e/ou prejudiciais/Insatisfação com o tratamento/ Dificuldade e limitação na tomada de decisões/ Falta de envolvimento do paciente no tratamento / Baixa adesão ao tratamento/ Falta de envolvimento do acompanhante no tratamento.	3. Seguimento inadequado de instrução
Aumento das readmissões hospitalares		Piora nos resultados de saúde/ Avanço nos estágios da Doença Renal Crônica/Taxa de filtração glomerular mais baixa/ Excreção urinária de albumina mais alta/Incapacidades funcionais/Dificuldade na recuperação/ Menor desempenho físico/Desfechos prejudiciais/	4. Aumento das readmissões hospitalares
Piora na qualidade de vida		Humor instável/ Baixa qualidade de vida;	5. Piora na qualidade de vida

**Quadro 1** – Equivalência dos elementos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, presentes na versão em português da NANDA-I - 2021-2023 com os achados de Silva (2019) e da revisão integrativa. Campina Grande-PB, 2023

(continua)			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE</b>			
<b>Proposta final – Silva 2019</b>	<b>NANDA-I 2021-2023</b>	<b>Achados da revisão integrativa</b>	<b>Equivalência</b>
Déficit no desempenho do autocuidado		Dificuldade com o autocuidado/	6. Déficit no desempenho do autocuidado
	Comportamento inadequado	Exposição a fatores de risco/ Maior prevalência de hipertensão e diabetes/ Aumento do risco para insuficiência renal aguda recorrente/ Falta de consulta de nefrologia/ Maior ingestão de proteínas/Menor qualidade da dieta;	7. Comportamento inadequado
<b>Fatores relacionados</b>			
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	Informação incorreta Informação inadequada	Falta de intervenções educativas para pacientes/ Falta de informação/Falta de ações de educação em saúde/ Falta de informação sobre o tema/ Inconsistência nas informações que são repassadas/Informações complexas; Métodos de ensino limitados/ Pouca diversidade de métodos de ensino;	1. Informação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde	Participação inadequada no planejamento de cuidados		2. Participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo	Confiança inadequada em profissional de saúde	Falta de diálogo com profissionais e outros pacientes/Falta de comunicação entre profissionais e pacientes;	3. Confiança fragilizada entre profissional e indivíduo
	Acesso inadequado a recursos		4. Acesso inadequado a recursos
	Ansiedade		5. Ansiedade
	Baixa autoeficácia		6. Baixa autoeficácia
	Comprometimento inadequado com o aprendizado	Falta de compreensão do estado de saúde;	7. Comprometimento inadequado com o aprendizado
	Conhecimento inadequado sobre recursos		8. Conhecimento inadequado sobre recursos

**Quadro 1** – Equivalência dos elementos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, presentes na versão em português da NANDA-I - 2021-2023 com os achados de Silva (2019) e da revisão integrativa. Campina Grande-PB, 2023

(conclusão)			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE</b>			
<b>Proposta final – Silva 2019</b>	<b>NANDA-I 2021-2023</b>	<b>Achados da revisão integrativa</b>	<b>Equivalência</b>
	Consciência inadequada dos recursos		9. Consciência inadequada dos recursos
	Disfunção cognitiva		10. Disfunção cognitiva
	Interesse inadequado pelo aprendizado		11. Interesse inadequado pelo aprendizado
	Manifestações neurocomportamentais		12. Manifestações neurocomportamentais
	Sintomas depressivos		13. Sintomas depressivos
<b>População em risco</b>			
Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador	Indivíduos com baixo nível educacional	Baixa escolaridade/-Nível educacional baixo/ Educação abaixo do ideal/-Baixa alfabetização em saúde/ Dificuldade com leitura de materiais escritos;	1. Indivíduos com baixa escolaridade
Idoso		Idade avançada (> 50 anos);	2. Idoso
	Indivíduos analfabetos		3. Indivíduos analfabetos
	Indivíduos desfavorecidos economicamente	Baixo nível socioeconômico/-Nível socioeconômico baixo/-Renda baixa;	4. Indivíduos desfavorecidos economicamente
		Estado civil (indivíduos sem companheiro(a). Sexo masculino;	
<b>Condições associadas</b>			
Comprometimento cognitivo leve		Falta de memória;	1. Transtornos neurocognitivos
	Deficiências do desenvolvimento		2. Deficiências do desenvolvimento
	Depressão		3. Depressão
	Transtornos neurocognitivos		

Fonte: O autor, 2023.

Após a equivalência, foram adaptadas as definições conceituais e operacionais dos elementos do DE para a condução da entrevista para a coleta de dados dos pacientes submetidos à hemodiálise, conforme apresentado nos apêndices B e C.

Dos 105 participantes do estudo, 59 (56,2%) eram do sexo masculino, 63 (60%) possuíam companheiro(a), 90 (85,7%) praticavam alguma religião, 72 (68,57%) possuíam mais de quatro anos de estudo/sabiam ler e escrever, 59 (57,14%) tinham renda familiar inferior a um salário mínimo, 73 (69,52%) dividiam a residência com uma ou até três pessoas e 43 (40,95%) se autodeclararam da cor preta.

**Tabela 1** – Caracterização sócio demográfica e econômica dos pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande-PB, Brasil, 2023.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	59	56,20
<b>Feminino</b>	46	43,80
<b>Com quem vive</b>		
<b>Com companheiro</b>	63	60,0
<b>Sem companheiro</b>	42	40,0
<b>Religião</b>		
<b>Praticante</b>	90	85,71
<b>Não Praticante</b>	15	14,29
<b>Escolaridade</b>		
<b>&gt; 4 Anos de estudo</b>	72	68,57
<b>&lt; 4 Anos de estudo</b>	33	31,43
<b>Ler e Escrever</b>		
<b>Sim</b>	72	68,57
<b>Não</b>	33	31,43
<b>Renda Familiar</b>		
<b>&lt; 1 Salário Mínimo</b>	59	57,14
<b>1 a 3 Salário Mínimo</b>	37	34,29
<b>4 a 6 Salários Mínimos</b>	6	5,71
<b>&gt; 7 Salários Mínimos</b>	3	2,86
<b>Quantas pessoas residem</b>		
<b>1 a 3 Pessoas</b>	73	69,52
<b>3 a 6 Pessoas</b>	32	30,48
<b>Raça</b>		
<b>Preto</b>	43	40,95
<b>Branco</b>	40	38,10
<b>Pardo</b>	21	20,00
<b>Amarelo</b>	1	0,95

Fonte: O autor, 2023.

Nota: o valor do salário mínimo vigente em 2022 era de R\$1.212,00.

No aspecto clínico, a média do tempo de submissão à hemodiálise foi de 54,77 meses e o tipo de acesso venoso mais prevalente foi a FAV, presente em 80,95% dos pacientes. Dentre

as comorbidades questionadas, a hipertensão arterial sistêmica estava presente em 80,0% dos entrevistados; a diabetes mellitus em 24,76%; e outras enfermidades, tais como lúpus, HIV, neoplasia, DPOC, rins policísticos e hepatite, foram evidenciadas em 18,10% dos participantes do estudo.

Em relação aos parâmetros vitais, a temperatura apresentou alteração em um único paciente (38,8°C). A dor, avaliada a partir do seu amplo aspecto (podendo ser de caráter físico, social, emocional e/ou espiritual), foi evidenciada em apenas 1 dos entrevistados, relatada como de intensidade moderada no momento da coleta (Tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização clínica dos pacientes submetidos à hemodiálise. Campina grande/PB, Brasil, 2023.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de acesso venoso</b>		
<b>FAV</b>	85	80,95
<b>CDL/CTL</b>	20	19,05
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>		
<b>Sim</b>	84	80,00
<b>Não</b>	21	20,00
<b>Diabetes Mellitus</b>		
<b>Sim</b>	26	24,76
<b>Não</b>	79	75,24
<b>Outras (Comorbidades)</b>		
<b>Sim</b>	19	18,10
<b>Não</b>	86	81,90
<b>Temperatura</b>		
<b>Sem alteração</b>	104	99,05
<b>Com alteração</b>	1	0,95
<b>Dor</b>		
<b>Leve (0 a 2)</b>	104	99,05
<b>Moderada (3 a 7)</b>	1	0,95
<b>Intensa (8 a 10)</b>	0	0,00

Fonte: O autor, 2023).

Dos sete indicadores clínicos do DE “Conhecimento deficiente”, “Declarações imprecisas sobre a doença” foi o mais prevalente (60 %). O indicador “Déficit no desempenho do autocuidado” não foi identificado na amostra e os demais indicadores tiveram uma frequência abaixo de 50% (Tabela 3).

**Tabela 3** – Frequência dos indicadores clínicos relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” entre pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023.

<b>INDICADORES CLÍNICOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1. <b>Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica</b>	63	60,00
2. <b>Piora na qualidade de vida</b>	42	40,00
3. <b>Aumento das Readmissões Hospitalares</b>	8	7,62
4. <b>Comportamento inadequado</b>	8	7,62
5. <b>Seguimento inadequado de instrução</b>	5	4,76
6. <b>Desempenho impreciso no manejo das intercorrências</b>	3	2,86
7. <b>Déficit no desempenho do autocuidado</b>	0	0,00

Fonte: O autor, 2023.

Dos 20 fatores etiológicos avaliados (13 fatores relacionados, três condições associadas e quatro populações em risco), apenas “Participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde” (92,38%), “Acesso inadequado a recursos” (87,62%) e “Ansiedade” (55,24%) tiveram uma frequência maior que 50%. Ademais, duas condições associadas não estiverem presentes na amostra (“Depressão” e “Transtornos neurocognitivos”) (Tabela 4).

**Tabela 4** – Frequência dos fatores etiológicos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente entre pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023.

<b>FATORES ETIOLÓGICOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fatores relacionados</b>		
1. <b>Participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde</b>	97	92,38
2. <b>Acesso inadequado a recursos</b>	92	87,62
3. <b>Ansiedade</b>	58	55,24
4. <b>Comprometimento inadequado com o aprendizado</b>	34	32,38
5. <b>Sintomas Depressivos</b>	30	28,57
6. <b>Informação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde</b>	21	20,00
7. <b>Interesse inadequado pelo aprendizado</b>	19	18,10
8. <b>Consciência inadequada dos recursos</b>	5	4,76
9. <b>Conhecimento inadequado sobre recursos</b>	5	4,76
10. <b>Disfunção Cognitiva</b>	2	1,90
11. <b>Baixa autoeficácia</b>	2	1,90
12. <b>Manifestações Neurocomportamentais</b>	1	0,95
13. <b>Confiança fragilizada entre profissional e indivíduo</b>	1	0,95
<b>Condições associadas</b>		
14. <b>Deficiências do desenvolvimento</b>	1	0,95
<b>População em risco</b>		
15. <b>Indivíduos desfavorecidos</b>	51	48,57
16. <b>Idoso</b>	37	35,24
17. <b>Indivíduos analfabetos</b>	33	31,43
18. <b>Indivíduo de baixa escolaridade</b>	31	29,52

Fonte: O autor (2023).

Na tabela 5, é possível identificar os indicadores clínicos considerados apropriados para prever a presença do DE “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à HD, a partir da observação das medidas de sensibilidade e especificidade, oriundas da análise do modelo de classe latente, com efeitos randômicos ajustado.

As CD “Declarações imprecisas sobre a doença”, “Seguimento inadequado de instrução”, “Piora na qualidade de vida” e “Comportamento inadequado” apresentaram alta sensibilidade, com capacidade de indicação de uma provável presença do DE. Em relação a especificidade, as seis CD manifestaram alta capacidade de confirmação da presença do DE, sendo que as CD “Declarações imprecisas sobre a doença”, “Seguimento inadequado de instrução”, “Piora na qualidade de vida” e “Comportamento inadequado” são indicadores sensíveis e específicos para o DE “Conhecimento deficiente” na amostra estudada.

Na análise ajustada, a entropia (0,90) foi considerada como melhor situação, devido a capacidade de separação das classes (DE presente/ausente) no modelo. Outrossim, a prevalência estimada da presença do DE na população em estudo foi de 2,9% (Tabela 5).

**Tabela 5** – Medidas de acurácia diagnóstico dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023.

<b>Indicadores clínicos</b>	<b>Se*</b>	<b>IC<sup>†</sup> (95%)</b>		<b>Sp<sup>‡</sup></b>	<b>IC (95%)</b>	
<b>Declarações imprecisas sobre a doença</b>	0,9991	0,5013	0,9997	0,4119	0,3150	0,5254
<b>Desempenho impreciso no manejo das intercorrências</b>	0,0008	0,0002	0,3044	0,9706	0,9313	1,0000
<b>Seguimento inadequado de instrução</b>	0,9795	0,0013	0,9995	0,9802	0,9499	1,0000
<b>Aumento das readmissões hospitalares</b>	0,0008	0,0003	0,4904	0,9215	0,8602	0,9708
<b>Piora na qualidade de vida</b>	0,9992	0,4962	0,9996	0,6179	0,5351	0,7451
<b>Comportamento Inadequado</b>	0,9992	0,1549	0,9996	0,9513	0,9118	1,0000
<b>Prevalência: 2,9%</b>		<b>G<sup>2§</sup>: 30,99</b>	<b>GI<sup>**</sup> = 50</b>	<b>p = 0,984</b>	<b>Entropia: 0,90</b>	

Fonte: O autor, 2023.

Legenda: \*sensibilidade; <sup>†</sup>intervalo de confiança de 95%; <sup>‡</sup>especificidade; <sup>§</sup>razão de verossimilhança; <sup>\*\*</sup> graus de liberdade.

O diagnóstico de enfermagem em estudo possui maiores probabilidades de presença quando os conjuntos apresentarem pelo menos quatro indicadores clínicos /Características definidoras: Declarações imprecisas sobre a doença, Seguimento Inadequado de Instrução, Piora na Qualidade de Vida e Comportamento Inadequado. A CD Piora na Qualidade de Vida;

associado concomitantemente aos demais, ainda indica maior probabilidade da presença do DE. (Tabela 6).

**Tabela 6** – Probabilidades posteriores da presença do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023.

Conjunto	Características Definidoras						n	Conhecimento Deficiente	
	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD7		Presente	Ausente
1	0	0	0	0	0	0	26	0,00	1,00
2	0	0	0	0	0	1	2	0,00	1,00
3	0	0	0	0	1	0	10	0,00	1,00
4	0	0	0	0	1	1	2	0,00	1,00
5	0	0	0	1	0	0	1	0,00	1,00
6	0	0	1	0	0	0	1	0,00	1,00
7	1	0	0	0	0	0	29	0,00	1,00
8	1	0	0	0	1	0	20	0,00	1,00
9	1	0	0	0	1	1	1	0,06	0,94
10	1	0	0	1	0	0	3	0,00	1,00
11	1	0	0	1	1	0	4	0,00	1,00
12	1	0	1	0	1	1	3	0,99	0,01
13	1	1	0	0	1	0	2	0,00	1,00
14	1	1	1	0	0	0	1	0,00	1,00

Fonte: O autor, 2023

Notas: CD1=Declarações imprecisas sobre a doença; CD2=Desempenho impreciso no manejo das intercorrências; CD3=Seguimento inadequado de instrução; CD4=Aumento das readmissões hospitalares; CD5=Piora na qualidade de vida; CD7=Comportamento inadequado; Presente=presença do diagnóstico; Ausente=ausência do diagnóstico..

A tabela 7 evidencia os fatores etiológicos capazes de elevar as chances para desenvolver o DE “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à HD. Entre os fatores relacionados, condições associadas e populações de risco avaliados, nenhum apresentou associação estatística significativa, logo não demonstraram relação para o desenvolvimento do conhecimento deficiente.



**Tabela 7** – Análise de associação medidas de magnitude de efeito (Odds Ratio) para fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise. Campina Grande/PB, Brasil, 2023.

Variáveis	X <sup>2</sup> *	Gl <sup>†</sup>	Valor p	OR <sup>‡</sup>	IC <sup>§</sup> 95%	
<b>1. Fatores Relacionados</b>						
Informação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	0,330	1	0,566	2,05	0,18	23,75
Participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde	2,218	1	0,136	0,15	0,01	1,83
Confiança fragilizada entre profissional e indivíduo	0,000	1	1,000	0,00	0,00	0,00
Acesso inadequado a recursos	1,096	1	0,295	0,27	0,02	3,17
Ansiedade	0,000	1	0,998	8,81e+7	0,00	.
Baixa autoeficácia	0,000	1	1,000	0,00	0,00	.
Comprometimento inadequado com o aprendizado	1,409	1	0,235	4,37	0,38	50,02
Conhecimento inadequado sobre recursos	0,000	1	0,999	0,00	0,00	.
Consciência inadequada dos recursos	0,000	1	0,999	0,00	0,00	.
Disfunção Cognitiva	0,000	1	1,000	0,00	0,00	.
Interesse inadequado pelo aprendizado	0,458	1	0,499	2,33	0,20	27,14
Manifestações neurocomportamentais	0,000	1	1,000	0,00	0,00	.
Sintomas depressivos	0,034	1	0,853	1,26	0,11	14,42
<b>2. Condição Associada</b>						
Deficiências do desenvolvimento	0,000	1	1,000	0,00	0,00	.
<b>3. População em Risco</b>						
Indivíduo de baixa escolaridade	0,000	1	0,998	0,00	0,00	.
Idoso	0,000	1	0,998	0,00	0,00	.
Indivíduos analfabetos	0,000	1	0,998	0,00	0,00	.
Indivíduos desfavorecidos	0,387	1	0,534	2,16	0,19	24,61

Fonte: O autor, 2023.

Legenda: \*Qui-Quadrado de Wald; †graus de liberdade; ‡Odds Ratio; §intervalo de confiança de 95%.

## 6 DISCUSSÃO

O enfermeiro, ao prestar assistência de enfermagem, deve implementar seu método de trabalho e o processo de enfermagem, que é dividido em cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Para a realização da segunda etapa, é necessário que o enfermeiro interprete os dados coletados na primeira fase, avaliando a sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico encontrando, para inferir em DE relevantes e consistentes, ou seja diagnósticos acurados (SILVA et al., 2020).

Os seis indicadores clínicos presentes nos pacientes submetidos à HD foram específicos e manifestaram alta capacidade de confirmação da presença do DE. Contudo, os indicadores “Declarações imprecisas sobre a doença”, “Seguimento inadequado de instrução”, “Piora na qualidade de vida” e “Comportamento inadequado”, além de específicos, foram também sensíveis e juntos possuíram maiores probabilidades para a inferência acurada do DE “Conhecimento deficiente” na amostra estudada.

Pacientes que verbalizam declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica correspondem aos que possuem menos conhecimento sobre o curso da doença, o que o deixa mais suscetível ao abandono do tratamento (HERINGER et al., 2021).

Em contrapartida, pacientes com DRC com conhecimento adequado sobre a doença/terapêutica apresentam uma prática mais efetiva para a adesão do regime terapêutico e realização de ações de autocuidado, bem como um melhor prognóstico da doença (ALMUTARY; TAYYIB, 2022).

Ademais, um baixo conhecimento sobre a DRC favorece a progressão da doença e dificulta a procura pelo tratamento, como a consulta a um serviço de nefrologia. A consulta precoce a um serviço de nefrologia pode retardar ou interromper a evolução da doença a estágios irreversíveis, por meio da implementação de atividades educacionais pré-dialise (ALBUQUERQUE, et al., 2022; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Logo, com ênfase a minimizar cada vez mais o déficit de conhecimento sobre a doença/terapêutica, é necessário que o enfermeiro possua sensibilidade para identificar que, em alguns casos, o déficit de conhecimento do paciente está relacionado a forma com que as informações foram transmitidas (ARAÚJO et al., 2022). Além disso, é evidente o quão é relevante estratégias que promovam a capacitação do paciente sobre a DRC (KALANTAR-ZADEH et al., 2021).

Sobre o “Seguimento inadequado de instrução”, a avaliação entre os pacientes submetidos à hemodiálise se deu por meio de questões relativas ao cumprimento das sessões de diálise, dieta e medicação prescrita. A medicação prescrita também foi foco da investigação do indicador clínico “Comportamento inadequado”.

Nóbrega et al. (2021), ao realizarem um estudo com pacientes com DRC, em tratamento de terapia renal substitutiva, identificaram uma tendência dessa clientela em não aderir às instruções orientadas pela equipe multidisciplinar, evidenciando que essa situação pode ocorrer principalmente pela carência de uma rede de apoio, um autocuidado reduzido e um conhecimento inadequado sobre saúde (KIM; CHO, 2021).

Pacientes com DRC e que realizam HD devem seguir as instruções fornecidas pela equipe de saúde, como a dieta, por exemplo, em busca da redução de intercorrências relacionadas à doença (RODRIGUES; PASSOS, 2023).

Um paciente com DRC em HD deve reduzir o consumo de sódio e dos alimentos ultra processados, além de seguir restrição hídrica e controle de peso. Pela rigidez que envolve essa instrução, é perceptível o não seguimento por alguns pacientes, emergindo a necessidade de ações educativas pelos profissionais de saúde que prestam assistência a essa clientela (MACIEL, et al., 2015; NERBASS et al., 2013; RAMOS; MUZA, 2019).

Seguir as instruções relacionadas ao uso de medicamentos pode ser outro desafio nos pacientes submetidos à HD. Kalantar-Zadeh et al. (2021) enfatizam a importância da adesão dos pacientes com DRC aos medicamentos, como forma de prevenir intercorrências e/ou complicações, assim como é uma forma de demonstrar que o paciente realiza um comportamento de autocuidado e de segurança.

A sintomatologia que envolve a DRC, tais como a presença de câimbras, náuseas, dispneia, vômito, distúrbio de sono, diminuição do interesse sexual, perda de peso e apetite, pode dificultar ações de autocuidado e favorecer o aparecimento de comportamentos inadequados, tais como a automedicação, permeados de sentimentos negativos ou pessimistas (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; BONFIM et al., 2022).

Para melhorar a adesão medicamentosa entre os pacientes, é necessário que os profissionais de saúde realizem intervenções educativas personalizadas, que ajudem a sensibilizar o paciente sobre a necessidade de seguir com o tratamento medicamentoso e descrever os benefícios da continuidade do tratamento (PRETTO et al., 2020).

O indicador “Piora na qualidade de vida” foi analisado no aspecto da percepção do paciente em relação a sua inserção na vida, no contexto da cultura, e aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Logo, a piora da qualidade de vida em pacientes com DRC submetidos à HD pode estar relacionada a um déficit no bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, como também na saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida (DUARTE, 2003).

Situações vivenciadas por pacientes submetidos à HD – tais como comparecer, em média, ao serviço, três vezes por semana; seguir as orientações dos profissionais sobre a dieta; e cuidados com acesso e administração de medicações – repercutem em mudanças no seu estilo de vida que podem interferir na qualidade de vida, nos aspectos social, físico e emocional dos pacientes (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011; SANTOS et al., 2017).

A redução da qualidade de vida em pacientes com DRC pode estar relacionada com apresentação de quadro de depressão, falta de adesão ao tratamento, presença de complicações e intercorrências recorrentes, tais como dor e anemia (PRETTO et al., 2020).

Ishiwatari et al. (2020) revelaram que o tempo de hemodiálise e a faixa etária do paciente influenciam diretamente na piora da qualidade de vida, ou seja, quanto mais tempo no tratamento e com a idade mais avançada, a tendência é que o paciente apresente redução na qualidade de vida.

Hall et al. (2020) mostraram que os pacientes com DRC associam a deterioração da qualidade de vida ao fato do bem-estar físico ser comprometido pela evolução da DRC, bem como pela ausência de uma rede de apoio.

Destaca-se, ainda, que a redução da qualidade de vida repercute no estado mental do indivíduo. O paciente com DRC pode apresentar a saúde mental fragilizada, como também descrever sentimentos de ansiedade, depressão, insegurança com o futuro e medo (FERREIRA; PEREIRA, 2020).

Logo, o enfermeiro, ao identificar uma piora na qualidade de vida entre essa clientela, deverá investigar a causa que a envolve, para que, junto com o paciente e sua família, estabeleça intervenções para as reais necessidades.

Em relação aos indicadores “Desempenho impreciso no manejo das intercorrências” e “Aumento de readmissões”, que foram específicos, mas não foram sensíveis, verifica-se que possuem uma relação, uma vez que intercorrências e complicações da DRC e/ou da diálise repercutem em internações hospitalares.

Durante a HD, é comum ocorrer intercorrências, como hipotensão, náuseas, fadiga e câimbras nos membros inferiores em função do fluxo de sangue inadequado. Em adição a essas intercorrências, pode ocorrer também estenose, trombose, hematoma, aneurisma (devido ao enfraquecimento do vaso pelas punções), lesão na inserção do acesso e até mesmo hemorragia por um rompimento de vaso, decorrente de uma trombose. Essas intercorrências e complicações podem levar a internações hospitalares com frequência (GAGE; REICHERT, 2020; MARSH, et al., 2022; RÊGO; MARTINS; SALVIANO, 2019).

Dessa forma, é necessário que o paciente compreenda a forma que deverá agir nos momentos de intercorrências, durante e após a HD, como comunicar a equipe de enfermagem. Tal atitude fortalece ainda mais a segurança do paciente, conforme fora verificado por Ashby et al. (2019) na *Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis*, um conjunto de diretrizes para fortalecer a prática clínica e a qualidade da assistência em unidades que realizam hemodiálise.

Fato é que pacientes com DRC em HD apresentam o risco de readmissão duas vezes maior que o resto da população. Além disso, esses pacientes apresentam, como fatores de risco para a readmissão hospitalar, as intercorrências no acesso vascular que permite a conexão com a máquina de diálise; complicações e/ou comorbidades, tais como hipertensão arterial sistêmica, sepse, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio; e baixa capacidade de cuidar de si e de identificar alterações fisiológicas e físicas (AVANJI et al., 2021; CHAN et al., 2017; TSAI et al., 2022).

O único indicador que não esteve presente entre a amostra estudada foi o “Déficit no desempenho de autocuidado”. O autocuidado, conforme elucidado por Dorothea Elizabeth Orem, é uma atividade que beneficia a si próprio, que promove e incentiva a qualidade de vida e o bem-estar do ser humano (OREM,1991).

Os pacientes com DRC em tratamento de HD precisam ter essa atividade de autocuidado, uma vez que são necessárias modificações no estilo de vida, como mudança na alimentação, adesão ao tratamento medicamentoso e prática de exercício físico (KIM; CHO, 2021). Além disso, possuir uma rede de apoio ou até mesmo um cuidador é de suma importância, por criar estratégias que intensifiquem esse autocuidado (KALANTAR-ZADEH et al., 2021).

Um paciente que realiza ações de autocuidado consegue ter um maior autogerenciamento do seu cuidado, apresentando aspectos positivos em relação à condição clínica e conseqüentemente redução de intercorrências (TSAI et al., 2022).

Desse modo, é primordial que o enfermeiro exerça intervenções em prol das ações de autocuidado, pois situações como dificuldade na comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde, relação familiar e social prejudicada, baixo conhecimento sobre a DRC e a HD, bem como a negação da doença, podem interferir nas ações de autocuidado (ARAÚJO et al., 2022).

Diante das avaliações dos indicadores clínicos, obteve-se uma prevalência baixa (2,9%), entre a amostra, para o diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente”. Tal condição pode estar associada ao fato de que grande parte da amostra possui uma vivência de longa data na hemodiálise, local onde acontecem trocas de experiência e de informações por parte dos pacientes, bem como vivenciam orientações de educação em saúde por profissionais, de forma permanente.

No estudo realizado por Kim e Cho (2021), observou-se que os pacientes que estiveram em HD por um período de um a três anos apresentam um comportamento de autocuidado maior que aqueles que estão a menos de um ano, sendo o autocuidado um reflexo do conhecimento sobre a doença e tratamento do usuário.

Costa et al. (2020) relatam a importância da orientação profissional durante o período da hemodiálise, para edificar o conhecimento do paciente. Fato também mencionado no Congresso Mundial de Nefrologia, quando referenciaram a frase de um paciente renal em hemodiálise: “diga-me, eu esquecerei; mostre-me, eu lembrarei; envolva-me, eu entenderei” – ratificando que a comunicação do profissional com paciente promove um aumento do conhecimento sobre a doença e o tratamento (KALANTAR-ZADEH, 2021).

No que diz respeito aos fatores etiológicos analisados neste estudo, nenhum apresentou relação que evidenciasse a presença do DE “Conhecimento deficiente”. Contudo, os que tiveram uma frequência maior que 50% foram: indivíduos desfavorecidos, ansiedade, acesso inadequado a recursos e participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde.

Uma população desfavorecida, com fragilidade na condição financeira e na rede de apoio social, pode interferir na aquisição de conhecimento sobre a saúde. Ademais, a ocupação que resulte em renda e o suporte financeiro impactam no desenvolvimento de ações de autocuidado e, dessa forma, na capacidade de autogerenciamento da doença, ratificando o quanto a vulnerabilidade social é decisiva na melhora da condição clínica (TSAI, M. et al., 2022; TSAI, Y. et al., 2012).

Pacientes em hemodiálise podem apresentar sintomas de ansiedade, por serem portadores de uma doença crônica com um tratamento intensivo. E como forma de minimizar

tais sintomas, é necessário que o paciente aprenda técnicas para conforto, aceitem o diagnóstico da doença, entendam a necessidade da terapia ao longo da vida, integrem em sua rotina diária e lidem com as falhas, os efeitos e as complicações do tratamento. Uma das estratégias de enfrentamento dos sintomas da ansiedade é ampliar o conhecimento da doença e da terapêutica nessa clientela (GOH; GRIVA, 2018).

O acesso inadequado a recursos e a participação inadequada do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde são problemas que podem envolver pacientes submetidos à hemodiálise e que não apresentam um conhecimento adequado da sua doença e terapêutica.

Logo, o profissional de saúde, muitas vezes, precisa realizar educação em saúde para proporcionar o conhecimento e sanar as dúvidas do paciente. Conforme elucidado por Conceição et al. (2020), a educação em saúde é uma forma de mudar o comportamento do indivíduo em relação à saúde. Assim, é necessário que o profissional faça tal educação de forma singular, adequada, respeitando a individualidade e as experiências prévias da pessoa, para conseguir assimilar tal conhecimento. Consequentemente, após adquirir esse conhecimento, o paciente pode apresentar um aumento no autocuidado, um maior empoderamento sobre sua condição clínica e até mesmo a redução de readmissão hospitalar e futuras complicações (TSAI et al., 2022).

Em um estudo realizado por Silva et al. (2019), identificou-se que, entre os pacientes com DRC em tratamento conservador, mesmo sendo realizado a educação em saúde e a transferência de conhecimento, existia a falta de comportamento de autogerenciamento nas decisões que envolvem questões de saúde. Dessa forma, é necessário que o indivíduo apresente uma conduta de reflexão e autocrítica para aderir às recomendações necessárias e ter uma qualidade de vida adequada (SILVA et al., 2019).

De acordo com Radmore e Hyrkäs (2019), programas de capacitação, elaborados e protagonizados por enfermeiros nefrologistas que atuam diretamente na diálise, deverão ser cada vez mais frequentes. Esses profissionais são essenciais para melhorar os resultados, já que o enfermeiro avalia, ao longo do tempo, a condição do paciente, planeja e adequa as estratégias, de acordo com as necessidades desse paciente. Sendo assim, o enfermeiro cria um ambiente onde o paciente se sente cuidado e apoiado, fortalecendo o vínculo entre eles.

Dessa maneira, um paciente submetido à HD, que goze do conhecimento sobre a doença e terapêutica, está propício a estabelecer uma adesão terapêutica eficaz e, consequentemente, uma melhora na qualidade de vida.

## 7 CONCLUSÃO

Os seis indicadores clínicos do modelo de classe latente com efeitos randômicos ajustado que apresentaram alta especificidade foram: declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, desempenho impreciso no manejo das intercorrências, seguimento inadequado de instrução, aumento das readmissões hospitalares, piora na qualidade de vida, e comportamento inadequado. E os quatro que apresentam alta sensibilidade, foram: declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, seguimento inadequado de instrução, piora na qualidade de vida e comportamento inadequado.

Ao incluir no modelo de classe latente com efeitos randômicos ajustado, em seis dos sete indicadores clínicos investigados, sendo retirado o indicador não evidenciado nos participantes do estudo (déficit no desempenho do autocuidado), a prevalência estimada do DE “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise foi de 2,9%.

Ademais, a maior probabilidade da presença do diagnóstico de enfermagem “Conhecimento deficiente”, entre a amostra, foi quando há a presença de quatro indicadores no indivíduo: declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, seguimento inadequado de instrução, piora na qualidade de vida e comportamento inadequado.

Em relação aos fatores etiológicos capazes de elevar as chances para desenvolver o DE “Conhecimento deficiente” em pacientes submetidos à hemodiálise, nenhum demonstrou relação para o desenvolvimento do conhecimento deficiente. Contudo, salienta-se a importância de realizar mais estudos que analisem outros fatores etiológicos que possam estar envolvidos com o fenômeno do conhecimento deficiente nessa clientela.

Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo ajudem os enfermeiros a compreender o fenômeno do conhecimento deficiente entre os pacientes submetidos à hemodiálise, para a realização de uma inferência diagnóstica acurada e, conseqüentemente, estabelecer um plano de cuidados voltado às reais necessidades de cada indivíduo, com foco na educação em saúde.

Em adição, os resultados deste estudo podem ajudar na permanência do DE na Taxonomia da NANDA-I nas próximas edições, bem como fomentar o desenvolvimento de novos estudos de validação clínica do DE ‘Conhecimento deficiente’ em outras populações. Como limitações deste estudo, pode-se apontar: coleta de dados realizada em apenas uma instituição de saúde e a ausência de estudo de validade de conteúdo, por juízes, das definições dos componentes do diagnóstico após a equivalência.



## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C. R. M. M. *et al.* Conhecimento da população sobre a doença renal crônica, seus fatores de risco e meios de prevenção: um estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, 2022. Publicação avançada (online first). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/RF3gPdssxSRfmPmsQ8TGpKv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 15 fev. 2023.
- ALMUTARY, H; NAHLA, T. Factors Influencing Self-Management among Non-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients. **Healthcare**, Basel, v. 10, n. 3, p. 436, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/3/436>. Acesso em: 4 abr. 2023.
- AMORIM, L. D. *et al.* **Análise de Classes Latentes**: um tutorial usando software estatístico. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015. 79 p. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/18060/1/Amorim\\_Tutorial\\_LCA\\_Sept2015.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/18060/1/Amorim_Tutorial_LCA_Sept2015.pdf). Acesso em: 6 fev. 2022.
- ARAÚJO, G. S. *et al.* Contribuições do enfermeiro para o autocuidado do paciente renal crônico: interfaces para o cuidado. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 12, e77111234327, 2022.
- ARAÚJO, S. S. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.
- ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia**, Sobral, v. 16, n.1, p. 183-203, 2014.
- ASHBY, D. *et al.* Renal association clinical practice guideline on haemodialysis. **BMC Nephrol.**, Londres, v. 20, n. 1, p. 379, 2019. Disponível em: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-019-1527-3#citeas>. Acesso em: 4 Abril. 2023.
- AVANJI, F. S. I. *et al.* Self-care and its predictive factors in hemodialysis patients. **J. Caring Sci.**, v. 10, n. 3, p. 153-159, 2021. Disponível em: <https://jcs.tbzmed.ac.ir/FullHtml/jcs-29836#R5>. Acesso em: 6 abril. 2023.
- BARRA, A. B. L. *et al.* Sobrevida na hemodiálise no Brasil de acordo com a fonte pagadora do tratamento: Sistema Único de Saúde versus convênio privado. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, 2023. Publicação avançada (online first). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/wK5MBvCXt5jGjqHqHpZN8jYP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2023.
- BARRETO, A. C. O. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, p. 266-273, 2019. Supl. 1.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do

desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BIALESKI, A. B.; LOPES, C. M.; ISER, B. P. M. Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 115-126, 2022.

BIKBOV, B. *et al.* Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet**, Londres, v. 395, n. 10225, 709-733, 2020.

BOEIRA, S.; DAL MOLIN, R. S.; BALTAZAR, E. M. Educação permanente para a qualificação do processo de enfermagem com o uso de terminologia padronizada de enfermagem. *In:* DAL MOLIN, R. S. (org.). **Enfermagem: inovação, tecnologia e educação em saúde**. Guarujá, SP: Científica Digital, 2020. p. 206-217.

BONFIM, K. P. *et al.* Qualidade de vida de pacientes em tratamento de hemodiálise. *In:* SILVA, P. F. (org.). **Enfermagem: contextualizando a educação em saúde**. Guarujá: Científica Digital, 2022. p. 168-178.

BOUNDY, J. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Brasília, **Datasus**, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirs.def>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BUTCHER, H. K. *et al.* **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 440 p.

CONCEIÇÃO, D. S. *et al.* A educação em saúde como instrumento de mudança social. **Braz. J. Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-383>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15195>. Acesso em: 9 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 13 fev. 2023.

CORGOZINHO, J. C. *et al.* Intervenção educativa dos pacientes com doença renal crônica terminal: fatores de risco e complicações associadas. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 12, e4354, 2022. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4354>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4354>. Acesso em: 11 abr. 2023.

COSTA, B. C. P. *et al.* Vivências do cuidado de enfermagem em unidade de diálise: relato de experiência. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3084>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3084>. Acesso em: 11 abr. 2023.

CREWS, D. C.; BELLO, A. K.; SAADI, G. Editorial do Dia Mundial do Rim 2019 – impacto, acesso e disparidades na doença renal. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-9, 2019.

CRISTÓVÃO, A. F. A. J. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1154-1162, 2015.

CHAN, L. *et al.* National estimates of 30-day unplanned readmissions of patients on maintenance hemodialysis. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, v. 12, n. 10, p. 1652-1662, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.2215/CJN.02600317>. Disponível em: [https://journals.lww.com/cjasn/Fulltext/2017/10000/National\\_Estimates\\_of\\_30\\_Day\\_Unplanned.14.aspx](https://journals.lww.com/cjasn/Fulltext/2017/10000/National_Estimates_of_30_Day_Unplanned.14.aspx). Acesso em: 5 abr. 2023.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2009.

DANSKI, M. T. R. *et al.* Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central para hemodiálise: revisão integrativa. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 31, n. 1, e16342, 2017.

DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL - SFT). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.

FADLALMOLA, H. A.; ELKAREEM, E. M. A. Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. **Int. J. Afr. Nurs. Sci.**, Londres, v. 12, 100205, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100205>.

FERNANDES, A. M. G. *et al.* Atuação do enfermeiro frente às principais complicações em pacientes durante o procedimento de hemodiálise. **Rev. humano ser**, Natal, v. 3, n. 1, p. 114-127, 2018.

FERREIRA, M. M. M.; PEREIRA, L. T. C. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos terminais em uso de terapia renal substitutiva. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v. 9, n. 2, p. 265-278, 2020.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.

FOLGOSA, A. L. C. *et al.* Interações medicamentosas em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Res. Soc. Dev.**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, e44510212789, 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, R. L.; MENDONÇA, A. E. O. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Carpe Diem**, Natal, v. 14, n. 2, p. 22-35, 2016.

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA. História. **Hospital da FAP**, Campina Grande, 2022. Disponível em: <https://www.hospitaldafap.org.br/>. Acesso em: 3 jan. 2022.

GAGE, S. M.; REICHERT, H. Determining the incidence of needle-related complications in hemodialysis access: We need a better system. **J. Vasc. Access**, Milano, v. 22, n. 4, p. 521-532, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1129729820946917>.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PELEGRINO, F. M. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Acta paul. Enferm.**, v. 21, n. 4, São Paulo, p. 549-555, 2008.

GAZOS, W. M. J.; MARTINS, I. C.; GAZOS, S. M. Análise e desenvolvimento de métodos de validação de diagnósticos de enfermagem em adultos: uma revisão. **Saúde Coletiva**, Osasco, v. 10, n. 59, p. 4536-4545, 2020.

GELA, D.; MENGISTU, D. Self-management and associated factors among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis at health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. **Int. J. Nephrol. Renovasc. Dis.**, Auckland, v. 11, p. 329-336, 2018. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S184671>.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 115, p. 179-190, 2018.

GOH, Z. S.; GRIVA, K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges – a narrative review. **Int. J. Nephrol. Renovasc. Dis.**, Auckland, v. 11, p. 93-102, 2018. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>.

GOUVEIA, D. S. *et al.* Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 162-171, 2017.

GUEDEZ, J. B. B. *et al.* Nursing care in hemodialysis: integrative review. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v.13, p. 653-660, 2021. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9402>.

HALL, R. K. *et al.* Quality of life in older adults receiving hemodialysis: a qualitative study. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 29, n. 3, p. 655-663, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-019-02349-9#citeas>. Acesso em: 4 abr. 2023.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HERINGER, T. A. *et al.* Conhecimento sobre a doença renal crônica do paciente em hemodiálise. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 9, n. 2, 2021.

ISHIWATARI, A. *et al.* Changes in Quality of Life in Older Hemodialysis Patients: A Cohort Study on Dialysis Outcomes and Practice Patterns. **Am. J. Nephrol.**, Basel, v. 51, n. 8, p. 650-658, 2020. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/509309#>. Acesso em: 6 abr. 2023.

JESUS, N. M. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 364-374, 2019.

KALANTAR-ZADEH, K. *et al.* Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: kidney health for everyone everywhere. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 142-149, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0241>. Acesso em: 5 abr. 2023.

KIM, H; CHO, M-K. Factors Influencing Self-Care Behavior and Treatment Adherence in Hemodialysis Patients. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 18, n. 24, 12934, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/12934>. Acesso em: 4 abr. 2023.

LI, H.; JIANG, Y.; LIN, C. C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 51, n. 2, p. 208-216, 2014.

LOK, C. E. *et al.* KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. **Am. J. Kidney Dis.**, Nova York, v. 75, n. 4, 2020. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>.

LONGO, D. *et al.* **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 17. ed. New York: Mcgraw-hill, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: HERDMAN, T. H. *et al.* (org.). **PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2016.

MACIEL, C. G. *et al.* Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 540-547, 2015.

MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 152-160, 2010.

MARINHO, C. L. A. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017.

MARSH, A. M.; GENOVA, R.; BUICKO, J. L. **Dialysis Fistula**. Treasure Island, FL: Statpearls Publishing, 2022.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 304-308, 2011.

MOHAMMADI-KALAVEH, S. *et al.* The impact of multidisciplinary rehabilitation on depressive symptoms in hemodialysis patients. **West. J. Nurs. Res.**, v. 40, n. 5, p. 738-752, 2018.

MONTEIRO, F. P. M. *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente”. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 855-863, 2016.

- NERBASS, F. B. *et al.* Fatores associados à ingestão de sal em pacientes em tratamento crônico de hemodiálise. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 87-92, 2013.
- NEVES JUNIOR, M. A. *et al.* Avaliação da perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. **J. vascular bras.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 105-109, 2011.
- NEVES, P. D. M. M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020.
- NÓBREGA, M. C. E. *et al.* Desafios no cuidado da doença renal crônica nas unidades de atenção primária à saúde em município cearense. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v. 25, n. 1, p. 71-82, 2021.
- NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003.
- OLIVEIRA, A. R. S. *et al.* Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, p. 113-120, 2013.
- OLIVEIRA, S. C. F.; RODRIGUES, A. A.; FERREIRA, L. F. Atuação do enfermeiro nos cuidados a pacientes com fístula arteriovenosa. **J. Specialist**, Belém, v. 1, n. 2, p. 1-14, 2018.
- OREM, D. **Nursing: Concepts of practice**. 4. ed. Saint Louis: Mosby, 1991.
- PESSOA, N. R. C. *et al.* Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. **Int. J. Nurs. Sci.**, Pequim, v. 7, n. 3, p. 369-377, 2020.
- PESSOA, N. R. C.; LINHARES, F. M. P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 73-79, 2015.
- PETRIS, G.; PETRONE, S.; CAMPAGNOLI, P. **Dynamic Linear Models With R**. Nova York: Springer, 2009.
- PIRES, M. G. *et al.* O papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico. **Rev. Tendên. Enferm. Profis.**, v. 9, n. 3, p. 2238-2244, 2017.
- POLO, T. C. F.; MIOT, H. A. Aplicações da curva ROC em estudos clínicos e experimentais. **J. Vasc. Bras.**, São Paulo, v. 19, e20200186, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.200186>. Acesso em: 6 fev. 2023.
- PONCE, K. L. P. *et al.* El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03502, 2019.
- PRETTO, C. R. *et al.* Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 28, e3327, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNYTBwTMqt4br7svXJT4v/?lang=en#>. Acesso em: 4 abr. 2023.

RADMORE, N. M. T.; HYRKÄS, K. Teaching–learning partnership between nurses and long-term patients undergoing peritoneal dialysis: A qualitative study. **J. Ren. Care**, Paris, v. 45, n. 3, p. 159-170, 2019.

RAMALHO NETO, J. M. *et al.* Fístula arteriovenosa na perspectiva de pacientes. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 37-41, 2016.

RAMOS, M.; MUZA, L. S. (org.). **Educação alimentar e nutricional**: experiências acadêmicas. Porto Alegre: UFRGS, 2019.

RÊGO, L. W.; MARTINS, G.; SALVIANO, C. Impacto da doença renal crônica em adolescentes em tratamento hemodialítico. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, e240286, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240286>.

ROCHA, M. A. M.; BARATA, R. S.; BRAZ, L. C. O bem-estar de pacientes renais crônicos durante o tratamento com hemodiálise e diálise peritoneal. **REAS**, São Paulo, v. 21, e670, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e670.2019>

RODRIGUES, V. M.; PASSOS, M. A. N. O paciente renal crônico e as carências nutritivas. **Rev. Artigos.com**, São Paulo, v. 36, e11408, 2023.

SANTOS, B. P. *et al.* Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS health sci.**, Santo André, v. 42, n. 1, p. 8-14, 2017.

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. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2011.

SCHEIN, L. E. C. **Pacientes em hemodiálise crônica**: itinerário terapêutico e adequação ao tratamento. 2018. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2018.

SHOWKAT, A. ACCHIARDO, S. R.; OWEN, W. F. J. Terapia com Diálise no Contexto do Tratamento Intensivo. *In*: IRWIN, R. S.; RIPPE, J. M. **Terapia Intensiva**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, A. M. *et al.* Acurácia de diagnósticos de enfermagem: revisão integrativa. **Enferm. Brasil**, Petrolina, v. 19, n. 2, 167-175, 2020. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3078>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SILVA, A. S. *et al.* Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SILVA, C. G. *et al.* Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca: uma teoria de enfermagem de médio alcance. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 2, e20200855, 2022.

SILVA, C. G. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca**. 2019. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

SILVA, J. R. R. *et al.* Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 32, 9470, 2019.

SILVA, M. E.; SIMÕES, M. O.; ALMEIDA, K. S. M. Qualidade da dieta e consumo de sódio de pacientes em hemodiálise de uma clínica renal da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Nutr. Clín.**, v. 31, n. 1, p. 70-74, 2016.

SOUZA, L. D. A. **Uso de regressão logística para identificar os fatores de risco associados à ocorrência de anomalias congênitas em recém-nascidos**. 2013. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal da Paraíba. Joao Pessoa, 2013.

SOUZA, M. C. *et al.* The waiting room as a space for education and health promotion to people with chronic renal failure on hemodialysis. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 253-263, 2013.

STUMM, E. M. F. *et al.* Educational nursing intervention to reduce the hyperphosphatemia in patients on hemodialysis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 31-38, 2017.

SWANSON, S. A. *et al.* Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: na application to eating disorder research. **Int. J. Eat. Disord.**, Nova York, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

TERRA, F. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 119-124, 2010.

TINÔCO, J. D. S. **Validação do diagnóstico de enfermagem Proteção ineficaz em pacientes submetidos à hemodiálise**. 2015, 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

TSAI, M. *et al.* Frailty, Health Literacy, and Self-Care in Patients with Chronic Kidney Disease in Taiwan. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 19, n. 9, 5350. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/5350#B14-ijerph-19-05350>. Acesso em: 04 abr. 2023.

TSAI, Y. *et al.* Association of symptoms of depression with progression of CKD. **Am. J. Kidney Dis.**, Nova York, v. 60, n. 1, p. 54-61, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22495469/>. Acesso em: 6 abr. 2023.

WANG, J. *et al.* Nursing intervention on the compliance of hemodialysis patients with end-stage renal disease: a meta-analysis. **Blood purify.**, Basel, v. 45, n. 1-3, p. 102-109, 2018.





medicação prescrita? Comparece aos dias de tratamento de hemodiálise?). **A característica definidora estará presente se a resposta não for em mais de 1 das três questões.**

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

- 3.4 AUMENTO DAS READMISSÕES HOSPITALARES:** Quantas vezes o(a) senhor(a) esteve internado nos últimos 30 dias, devido a descompensação da DRC? **Então, será caracterizada como aumento da readmissão, em caso de duas internações após a alta hospitalar no prazo de 30 dias por sinais/sintomas de complicação da DRC.**

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

- 3.5 PIORA NA QUALIDADE DE VIDA:** Será aplicado a questão 12 domínio “sua doença renal” do WHOQOL-SF. **Essa característica estará presente se o paciente tiver igual ou menor a 8 pontos.**

*Questão 12 do WHOQOL-SF – Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você? a) Minha DR interfere demais com a minha vida; b) Muito do meu tempo é gasto com minha DR; c) Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha DR. d) Eu me sinto um peso para minha família. Respostas das questões variam de 1 – sem dúvida verdadeiro, 2 – geralmente verdadeiro, 3 – não sei, 4 – geralmente falso e 5 – sem dúvida falso.*

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

- 3.6 DÉFICIT NO DESEMPENHO DO AUTOCUIDADO:** Aplicado a escala ASAS-R (Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado validado no Brasil). **Esta característica estará presente quando o paciente tiver um escore igual ou menor que 30.**

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

*O escore de pontuação das respostas são 1, quando a opção for discordo totalmente, 2, discordo, 3, não sei, 4, concordo e 5, concordo totalmente.*

*Fator 1: Tendo o poder para o autocuidado*

*01. Conforme as circunstâncias mudam, eu faço os ajustes necessários para me manter saudável.*

*02. Se minha mobilidade física é reduzida, eu faço os ajustes necessários.*

*03. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas atitudes para me manter saudável.*

*05. Eu procuro melhores maneiras para cuidar de mim.*

*06. Quando necessário, eu consigo tempo para cuidar de mim.*

*10. Eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável.*

*Fator 2: Desenvolvendo o poder para o autocuidado*

*07. Se eu tomo uma nova medicação, procuro informações sobre seus efeitos colaterais para me cuidar melhor.*

*08. Mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde.*

*09. Frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família.*

*12. Eu sou capaz de obter as informações que preciso quando minha saúde está ameaçada.*

*13. Eu procuro ajuda quando me sinto incapaz de cuidar de mim mesmo.*

*Fator 3: Faltando o poder para o autocuidado*

*04. Em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria.\**

*11. Nas minhas atividades diárias, raramente reservo um tempo para me cuidar.\**

14. *Eu raramente tenho tempo para mim.\**

15. *Nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo que gostaria.\**

- 3.7** **COMPORTAMENTO INADEQUADO:** Será aplicada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) versão do Brasil. Seus itens estão dispostos em uma escala ordinal de seis pontos que varia de sempre (1 ponto) a nunca (6 pontos). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 são computados como um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais são computados como zero (não aderentes na escala original), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente). **A característica estará presente se o paciente for classificado como não aderente.**

1- ( ) PRESENTE      2- ( ) AUSENTE

**ANEXO C - MEDIDA DE ADESAO AO TRATAMENTO**

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**FATORES RELACIONADOS**

- 3.8** **ORIENTAÇÃO INADEQUADA OFERTADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE/INFORMAÇÕES INCORRETAS/INFORMAÇÃO INADEQUADA:** **A equipe de saúde orientou com informações claras e corretas que você entendeu e ficou sem dúvidas acerca da doença?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE

2- ( ) SIM/AUSENTE

- 3.9** **NÃO PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NO PLANEJAMENTO DOS SEUS CUIDADOS À SAÚDE/PARTICIPAÇÃO INADEQUADA NO PLANEJAMENTO DE CUIDADOS:** **Em algum momento você opinou sobre o planejamento da realização dos seus cuidados a saúde?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE

2- ( ) SIM/AUSENTE

**3.10** RELAÇÃO FRAGILIZADA ENTRE PROFISSIONAL E INDIVÍDUO/ CONFIANÇA INADEQUADA EM PROFISSIONAL DE SAÚDE: **Você sente segurança na equipe de saúde que o acompanha?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE

2- ( ) SIM/AUSENTE

**3.11** ACESSO INADEQUADO A RECURSOS: **Houve barreiras no acesso aos recursos de saúde relacionados a DRC?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE

2- ( ) SIM/AUSENTE

**3.12** ANSIEDADE: Será aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. A pontuação varia de 0-21 em cada subescala.

**A característica será presente se o escore for igual ou superior a 4 pontos indicativo apenas do domínio da ansiedade que corresponde as sete primeiras questões.**

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

**Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão**

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:  
 3 ( ) A maior parte do tempo  
 2 ( ) Boa parte do tempo  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  
 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  
 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes

1 ( ) Não tanto quanto antes  
 2 ( ) Só um pouco  
 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:  
 0 ( ) Nunca  
 1 ( ) De vez em quando  
 2 ( ) Muitas vezes  
 3 ( ) Quase sempre

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  
 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
 2 ( ) Sim, mas não tão forte  
 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
 0 ( ) Não sinto nada disso

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  
 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
 1 ( ) Atualmente um pouco menos  
 2 ( ) Atualmente bem menos  
 3 ( ) Não consigo mais

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  
 3 ( ) Sim, demais  
 2 ( ) Bastante  
 1 ( ) Um pouco  
 0 ( ) Não me sinto assim

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca

**3.13 BAIXA AUTOEFICÁCIA:** Será aplicada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida. É constituída por 10 itens, em uma escala de Likert com quatro opções de resposta que varia entre 1 (não é verdade) a 4 (sempre é verdade). Cada item refere-se ao alcance de metas e indica uma atribuição interna estável do sucesso, sendo que, quanto maior o resultado, maior percepção da autoeficácia. A somatória de pontos varia entre 10 e 40 pontos. **A característica estará presente se o somatório do paciente for igual a menor a 15 pontos.**

1- ( ) PRESENTE

2- ( ) AUSENTE

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor, faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	
1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com as situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4



**A característica será presente se o escore for igual a 21 pontos indicativo apenas do domínio da depressão que corresponde as sete últimas questões.**

1- ( ) PRESENTE                      2- ( ) AUSENTE

**3.23 TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE: Será presente caso seja identificado no prontuário o registro de testes cognitivo com alteração e/ou o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve.**

1- ( ) SIM/PRESENTE                      2- ( ) NÃO/AUSENTE

***POPULAÇÃO EM RISCO***

**3.24 BAIXA ESCOLARIDADE DO INDIVÍDUO E/OU CUIDADOR/ INDIVÍDUOS COM BAIXO NÍVEL EDUCACIONAL: [contemplado na pergunta 1.7]**

1- ( ) SIM/PRESENTE                      2- ( ) NÃO/AUSENTE

**3.25 IDOSO: [contemplado na pergunta 1.2].**

1- ( ) SIM/PRESENTE                      2- ( ) NÃO/AUSENTE

**3.26 INDIVÍDUOS ANALFABETOS: Você sabe ler e escrever?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE      2- ( ) SIM/AUSENTE

**3.27 INDIVÍDUOS DESFAVORECIDOS ECONOMICAMENTE: Sua renda mensal comporta os gastos referentes às necessidades humanas básicas (alimentar-se, vestir-se, ter moradia...) sua e dos seus dependentes?**

1- ( ) NÃO/PRESENTE      2- ( ) SIM/AUSENTE

**APÊNDICE B - DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS  
PROPOSTOS POR SILVA (ADAPTADAS)**

<b>INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS</b>	
Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica	<b>Definição Conceitual:</b> Respostas vagas sobre a compreensão da doença renal, seu tratamento e prevenção da progressão e complicações. <sup>1,2</sup>
	<b>Definição Operacional:</b> Serão aplicadas três questões (A DRC tem cinco estágios? A diabetes e hipertensão podem causar a DRC? A taxa de filtração glomerular estimada é a melhor maneira de avaliar a gravidade da função renal?). A característica definidora estará presente se errar mais que 1 das questões. <sup>1,2</sup>
	<b>Referências:</b> 1. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 2. Wolide et al. Knowledge, attitude, and practices toward chronic kidney disease among care providers in Jimma town: cross-sectional study. BMC Public Health (2020) 20:1079 <a href="https://doi.org/10.1186/s12889-020-09192-5">https://doi.org/10.1186/s12889-020-09192-5</a> .
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	<b>Definição Conceitual:</b> Tomada de decisões imprecisas perante complicações de sua saúde <sup>1</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado: Quais as ações adequadas deverão ser realizadas diante de intercorrências na sessão de hemodiálise? <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicar os seus sintomas a algum membro da equipe.</li> <li>2. Identificar e expressar a complicação de maneira que possa ser entendida para que assim as devidas intervenções sejam realizadas.</li> <li>3. Colaborar com a equipe durante as intervenções, procurando manter tranquilidade e calma diante dos cuidados.</li> </ol> A característica definidora estará presente se não expressar pelo menos 2 das 3 afirmações acima. <sup>1</sup>
	<b>Referências:</b> 1. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
Seguimento de instrução inadequado	<b>Definição Conceitual:</b> Ações pessoais que não promovem a manutenção do bem-estar. <sup>1</sup>
	<b>Definição Operacional:</b> Serão aplicadas três questões (Realiza a dieta prescrita? Ingera a medicação prescrita? Comparece aos dias de tratamento de hemodiálise?). A característica definidora estará presente se a resposta não for em mais de 1 das questões. <sup>1-3</sup>
	<b>Referências:</b>



	<p>1. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.</p> <p>3. SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. <b>Rev. Esc. Enferm. USP.</b>, v. 48, n. 1, p. 18-24, 2014.</p>
Aumento das readmissões hospitalares	<b>Definição Conceitual:</b> É o aumento readmissão não planejada após a alta hospitalar no prazo de 30 dias <sup>4</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo quantas vezes ele esteve internado nos últimos 30 dias, devido a descompensação da DRC <sup>4</sup> . Então, será caracterizada como aumento da readmissão, em caso de duas internações após a alta hospitalar no prazo de 30 dias por sinais/sintomas de complicação da DRC <sup>4</sup> .
	<b>Referências:</b> 4. Lin, Y., Yang, C., Chu, H. et al. Association between the Charlson Comorbidity Index and the risk of 30-day unplanned readmission in patients receiving maintenance dialysis. <i>BMC Nephrol</i> 20, 363 (2019). <a href="https://doi.org/10.1186/s12882-019-1538-0">https://doi.org/10.1186/s12882-019-1538-0</a> .
Piora na qualidade de vida	<b>Definição Conceitual:</b> De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida.-Logo, a piora da qualidade de vida é um déficit no bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida <sup>6-7</sup> .

**Definição Operacional:** Será aplicado a questão 12 domínios “sua doença renal” do WHOQOL-SF que foi desenvolvido pelo grupo Working Group, em 1997 e traduzido e validado para o contexto brasileiro em 2003 (DUARTE, 2003) é um instrumento específico que avalia qualidade de vida relacionada à saúde no contexto da DRC, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de tratamento dialítico. Tal questionário é composto por 80 itens, divididos em 19 dimensões, as quais são analisadas separadamente, resultando em medias de valores e identificando os reais problemas relacionados à saúde dos pacientes. A pontuação final varia de zero a 100, onde 100 é a melhor classificação e zero a pior, na avaliação da qualidade de vida do paciente. Essa característica estará presente se o paciente tiver igual ou menor a 8 pontos<sup>7</sup>.

### Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida Verdadeiro	Geralmente Verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida Falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

96

Anexos

d Eu me sinto um peso para minha família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

	<p><b>Referências:</b>  6. <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html</a>  7. DUARTE, P.S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL - SFT). Rev. Assoc. Med. Bras, v. 49, n. 4, p.375 - 381, 2003.</p>
Déficit no desempenho do autocuidado	<p><b>Definição Conceitual:</b> Deficiência na tomada de decisões e ações empreendidas por indivíduos, a fim de manter a saúde e bem-estar ou gerenciar a doença crônica<sup>8</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional</b> Será aplicado a escala ASAS-R (Escala Revisada para a Avaliação da Agência de Autocuidado validado no Brasil. Este instrumento é composto por três fatores (itens) abordados por questões específicas: “Tendo capacidade” questões 1,2,3,5,6e10; “Desenvolvimento para capacidade” questões 7,8,9,12e13 e “Falta de capacidade” questões 4, 11, 14 e 15. A interpretação dos resultados é via escala do tipo Likert, com 15 itens e cinco opções de resposta. O escore de pontuação das respostas são 1, quando a opção for discordo totalmente, 2, discordo, 3, não sei, 4, concordo e 5, concordo totalmente. Das 15 questões, quatro se referem aos aspectos negativos, tendo a necessidade do escore ser invertido na análise dos dados. O intervalo possível de pontuação varia entre 15 e 75. Quanto mais próximo o escore de 75, maior a capacidade de autocuidado<sup>8-9</sup></p> <p>Esta característica estará presente quando o paciente tiver um escore igual ou menor que 30.</p> <p>Fator 1: Tendo o poder para o autocuidado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Conforme as circunstâncias mudam, eu faço os ajustes necessários para me manter saudável.</li> <li>02. Se minha mobilidade física é reduzida, eu faço os ajustes necessários.</li> <li>03. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas atitudes para me manter saudável.</li> <li>05. Eu procuro melhores maneiras para cuidar de mim.</li> <li>06. Quando necessário, eu consigo tempo para cuidar de mim.</li> <li>10. Eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável.</li> </ol> <p>Fator 2: Desenvolvendo o poder para o autocuidado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>07. Se eu tomo uma nova medicação, procuro informações sobre seus efeitos colaterais para me cuidar melhor.</li> <li>08. Mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde.</li> <li>09. Frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família.</li> <li>12. Eu sou capaz de obter as informações que preciso quando minha saúde está ameaçada.</li> <li>13. Eu procuro ajuda quando me sinto incapaz de cuidar de mim mesmo.</li> </ol> <p>Fator 3: Faltando o poder para o autocuidado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>04. Em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria.</li> <li>11. Nas minhas atividades diárias, raramente reservo um tempo para me cuidar.</li> <li>14. Eu raramente tenho tempo para mim.</li> </ol>

	<p>15. Nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo que gostaria.</p> <p><b>Referências:</b>        8. PLOTKA, A. <i>et al.</i> Knowledge of heart failure and their perception of the disease. <b>Patient Preference and Adherence.</b>, v. 11, p. 1459–1467, 2017.        9. STACCIARINI TSG. Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado. Appraisal of Self Care Agency Scale -Revised para o Brasil. 2012;191.</p>
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	<p><b>Definição Conceitual:</b> Conteúdo apresentado de modo não claro, insuficiente, pontual, ou mesmo, não fornecido aos indivíduos, pela equipe de saúde <sup>10,11,12,13</sup></p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo se a equipe de saúde conversou acerca da doença de forma que ele entendeu e ficou sem dúvidas<sup>11,12</sup>. Caso a resposta seja não, o fator relacionado Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde considerar-se-á presente.</p> <p>Referências: 10. SPOSITO, N.P.B.; KOBAYASHI, R.M. Conhecimento das Mulheres com Insuficiência Cardíaca. <b>Revista Mineira de Enfermagem.</b>, v. 20, p. e982, 2016.        11. NASCIMENTO, HR.; PÜSCHEL, V.A.A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. <b>Acta paul. enferm.</b>, v. 26, n. 6, p. 1-7, 2013.        12. VAN DER WAL, M.H.L. <i>et al.</i> Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. <b>Heart &amp; Lung.</b>, v. 39, p. 121-130, 2010.        13. LEE, K.S.; MOSER, D.K.; DRACUP, K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. <b>European Journal of Cardiovascular Nursing.</b>, v. 17, n. 6, p. 496-504, 2017.</p>
Ansiedade	<p><b>Definição Conceitual:</b> Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça<sup>5</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que foi adaptada e validada para língua portuguesa em 1995 (BOTEGA et al., 1995), avalia os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia em tratamento ambulatorial. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. A pontuação varia de 0-21 em cada subescala.<sup>14</sup> A característica será presente se o escore for igual ou superior a 4 pontos indicativo apenas do domínio da ansiedade que corresponde as sete primeiras questões.</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão</p>

	<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:  3 ( ) A maior parte do tempo  2 ( ) Boa parte do tempo  1 ( ) De vez em quando  0 ( ) Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  3 ( ) Quase sempre  2 ( ) Muitas vezes  1 ( ) De vez em quando 0 ( ) Nunca</p>
	<p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:  0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes   1 ( ) Não tanto quanto antes  2 ( ) Só um pouco  3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:   0 ( ) Nunca  1 ( ) De vez em quando  2 ( ) Muitas vezes  3 ( ) Quase sempre</p>
	<p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:  3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  2 ( ) Sim, mas não tão forte  1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  0 ( ) Não sinto nada disso</p>	<p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  3 ( ) Completamente  2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
	<p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:  0 ( ) Do mesmo jeito que antes  1 ( ) Atualmente um pouco menos  2 ( ) Atualmente bem menos  3 ( ) Não consigo mais</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:  3 ( ) Sim, demais  2 ( ) Bastante  1 ( ) Um pouco  0 ( ) Não me sinto assim</p>
	<p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:  3 ( ) A maior parte do tempo  2 ( ) Boa parte do tempo  1 ( ) De vez em quando</p>	<p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:  0 ( ) Do mesmo jeito que antes  1 ( ) Um pouco menos do que antes  2 ( ) Bem menos do que antes</p>

	<p>0 ( ) Raramente <span style="float: right;">3 ( ) Quase nunca</span></p> <hr/> <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 ( ) Nunca <span style="float: right;">A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</span>  3 ( ) A quase todo momento  2 ( ) Poucas vezes <span style="float: right;">2 ( ) Várias vezes</span>  1 ( ) Muitas vezes <span style="float: right;">1 ( ) De vez em quando</span>  0 ( ) A maior parte do tempo <span style="float: right;">0 ( ) Não sinto isso</span></p> <hr/> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 ( ) Sim, quase sempre <span style="float: right;">D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</span>  1 ( ) Muitas vezes <span style="float: right;">0 ( ) Quase sempre 1 ( ) Várias vezes</span>  2 ( ) Poucas vezes <span style="float: right;">2 ( ) Poucas vezes 3 ( ) Quase nunca</span>  3 ( ) Nunca</p> <hr/> <p><b>Referências:</b> 5. HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. <b>Diagnósticos de enfermagem da NANDA:</b> definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.  14. BOTEGA, et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev. Saúde Publica, v. 29, n.5, 355 - 363, 1995.</p>
<p>Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde / Participação inadequada no planejamento de cuidados</p>	<p><b>Definição Conceitual:</b> Falta de opinar no momento da elaboração do plano de cuidados<sup>15</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será indagado ao indivíduo se em algum momento ele opinou sobre o planejamento da realização dos seus cuidados a saúde. Caso a resposta seja não, o fator relacionado "não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde" considerar-se-á presente.</p> <p><b>Referências:</b> 15. CHEN, J. <i>et al.</i> Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. <b>International Journal of Nursing Sciences.</b>, v. 5, n. 3, p. 213-217, 2018.</p>
<p>Relação fragilizada entre profissional e indivíduo / Confiança inadequada em</p>	<p><b>Definição Conceitual:</b> O não estabelecimento da afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde<sup>16</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo se ele sente segurança na equipe de saúde que o acompanha. Caso a resposta seja negativa, o fator relacionado Relação fragilizada entre profissional e indivíduo considerar-se-á presente.</p> <p><b>Referências:</b> 16. BARBOSA, M.I.S.; BOSI, L.M.L. Vínculo: um conceito problemático 1003 no campo da Saúde Coletiva. <b>Physis Revista de Saúde Coletiva.</b>, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017.</p>

profissional de saúde	
Comprometimento cognitivo leve	<b>Definição Conceitual:</b> O comprometimento cognitivo leve (CCL) é definido por declínios de memória que são determinados por testagem neuropsicológica, mas que não intervêm com as atividades básicas e instrumentais da vida diária <sup>17</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será investigado no prontuário o registro de testes cognitivo com alteração e/ou o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve. Caso haja um dos elementos citados, a condição associada comprometimento cognitivo leve estará presente.
	<b>Referências:</b> 17. CECATO, J.F. <i>et al.</i> Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. <b>Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.</b> , v. 17, n. 4, p. 707-719, 2014.
Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador	<b>Definição Conceitual:</b> Pessoas com menor ou igual a 4 anos de escolaridade (analfabetos funcionais) <sup>18,19</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado se o indivíduo e/ou cuidador frequentaram a escola e durante quantos anos. Caso a resposta seja menor ou igual a 4 anos, serão considerados com baixa escolaridade.
	<b>Referências:</b> 18. ANDRADE, M.E.B. Alfabetização e letramento de pessoas jovens, adultas e idosas: desafios para a plena inserção nas práticas sociais de leitura e escrita. <b>Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos.</b> v. 4, n. 8, 2016. 19. INAF. Pesquisa gera conhecimento o conhecimento transforma. Instituto Paulo Montenegro. 2018. Disponível em: <a href="https://ipm.org.br/relatorios">https://ipm.org.br/relatorios</a> . Acesso em: 01 mai. 2019.
Idoso	<b>Definição Conceitual:</b> Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos <sup>20</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntada ao paciente a sua idade. Caso a resposta seja maior ou igual a 60 anos, será considerado idoso.
	<b>Referências:</b> 20. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Estatuto do idoso. 2017. Disponível em: <a href="https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/biblioteca/estatuto-do-idoso-miolo-novo.pdf">https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/biblioteca/estatuto-do-idoso-miolo-novo.pdf</a> . Acesso em: 01 mai. 2019.

Fonte: Adaptado de Silva (2019).

**APÊNDICE C – DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES CLÍNICOS E FATORES ETIOLÓGICOS  
PRESENTES NA NANDA-I – 2021-2023**

<b>ELEMENTOS PRESENTE NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE DA NANDA - 2021-2023</b>	
<b>Características definidoras</b>	
Desempenho impreciso em um teste	<b>Definição Conceitual:</b> Falta de precisão no conjunto de entregas e resultados da pessoa na realização de um exame <sup>1,2</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado: Quais as ações adequadas deverão ser realizadas diante de intercorrências na sessão de hemodiálise? 1. comunicar os seus sintomas a algum membro da equipe. 2. Identificar e expressar a complicação de maneira que possa ser entendida para que assim as devidas intervenções sejam realizadas. 3. Colaborar com a equipe durante as intervenções, procurando manter tranquilidade e calma diante dos cuidados. A característica definidora estará presente se não expressar pelo menos 2 das 3 afirmações acima.
	<b>Referências:</b> 1. DUTRA, J. S. <b>Gestão de pessoas: modelos, processos, tendências e perspectivas.</b> São Paulo: Atlas, 2011. 2. DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS LICENCIADO PARA OXFORD UNIVERSITY PRESS. Apple Inc. MacBook Air, versão 14, 2002-2017.
Comportamento inadequado	<b>Definição Conceitual:</b> É a relação organismo-ambiente que pode ser entendida do ponto de vista de sua dinâmica como uma coordenação sensório-motora, e do ponto de vista da análise do comportamento como uma relação de interdependência entre eventos ambientais, eventos comportamentais, estados comportamentais e processos comportamentais, de forma não adequada <sup>3</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será aplicada a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) em que a versão original foi elaborada e aplicada em indivíduos com condições crônicas em Portugal (DELGADO; LIMA, 2001) e, posteriormente aplicada em estudos na população brasileira (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009; SILVA, 2011). A versão brasileira desse instrumento foi validada e adaptada culturalmente por Delgado e Lima, apresentando adequados níveis de validade e de confiabilidade (consistência interna apresentou alpha de Cronbach de 0,75). Seus itens estão dispostos em uma escala ordinal de seis pontos que varia de sempre (1 ponto) a nunca (6 pontos). Os valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, ou seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 são computados como um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais são computados como zero (não aderentes na escala original), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente). A característica estará presente se o paciente for classificado como não aderente.



**ANEXO C - MEDIDA DE ADESAO AO TRATAMENTO**

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez foi descuidado com as horas de tomar os medicamentos para sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez tomou mais de um ou vários comprimidos para sua doença por sua iniciativa após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

**Referências:** 3. DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

**Fatores relacionados**

Disfunção cognitiva

**Definição Conceitual:** Deterioração da função intelectual que se manifesta como perda de memória e de concentração<sup>4</sup>.

	<p><b>Definição Operacional:</b> Será investigado no prontuário o registro de testes cognitivo com alteração e/ou o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve. Caso haja um dos elementos citados, a condição associada comprometimento cognitivo leve estará presente.</p> <p><b>Referências:</b> 4. SANTOS, V. H. Pré e pós operatório no idoso. In: FREITAS, E. V. DE; PYLIGIA (Eds.). <b>Tratado de Geriatria e Gerontologia</b>. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 2454–2493.</p>
Sintomas depressivos	<p><b>Definição Conceitual:</b> Queixas subjetivas relacionadas ao um distúrbio de natureza multifatorial<sup>5</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será aplicado Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), que é validado no Brasil e avalia a presença de sintomas depressivos. Essa escala de pontuação é composta por dez perguntas com quatro opções de respostas em escala Likert que variam entre “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, com escore total de 27 pontos. Uma soma de 0-4 é considerada normal, enquanto somas de 5-9 indicam depressão leve, 10-14 depressão moderada, 15-19 depressão moderadamente severa e 20-27 depressão severa<sup>8</sup>. Será considerado com depressão o indivíduo que tiver uma pontuação igual maior a 5 pontos<sup>6</sup>.</p> <p><b>Referências:</b> 5. GUERRA, T.R.B. <i>et al.</i> Methods of Screening for Depression in Outpatients with Heart Failure. <b>International Journal of Cardiovascular Sciences</b>, v. 31, n. 4, p. 414-421, 2018. 6. SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; KROENKE, K. <b>Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners</b>. Disponível em: <a href="https://www.phqscreeners.com/select-screener">https://www.phqscreeners.com/select-screener</a>. Acesso em 12 ago 2021.</p>
Acesso inadequado a recursos	<p><b>Definição Conceitual:</b> “Grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade de modo não adequado com a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento<sup>7</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo se houveram barreiras no acesso aos recursos de saúde relacionados a sua DRC. Em caso de resposta afirmativa, o fator relacionado Acesso inadequado a recursos estará presente.</p> <p><b>Referências:</b> 7. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. <b>Ciencia e Saude Coletiva</b>, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.</p>
Consciência inadequada dos recursos	<p><b>Definição Conceitual:</b> Inadequado manejo, apropriação e reconstrução do conhecimento a respeito dos recursos. A consciência pode mudar a “norma” do contexto de inserção do indivíduo, reestabelecer relações com o ambiente e superar adversidades impostas<sup>8</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo se ele possui consciência a respeito dos recursos de saúde disponíveis no tratamento da patologia apresentada. Caso a resposta sendo negativa, o fator relacionado Consciência inadequada de recursos estará presente.</p> <p><b>Referências:</b> 8. FIGUEIREDO, P. P. DE et al. A saúde sob a perspectiva da cidadania. <b>Revista Mineira de Enfermagem</b>, v. 13, n. 2, p. 283–287, 2009.</p>

Comprometimento inadequado com o aprendizado	<b>Definição Conceitual:</b> Resposta afetiva e complexa que envolve compromisso diante de uma escolha, de forma não adequada, no processo de mudança do comportamento do indivíduo obtida por construções experimentais que envolvem aspectos cognitivos, emocionais, orgânicos, psicossociais e culturais <sup>9,10,11</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado se o indivíduo é comprometido em apreender sobre a sua doença renal/hemodiálise. Você é comprometido em apreender questões sobre a sua doença renal/hemodiálise? Caso a resposta seja não, o fator relacionado Compromisso inadequado com a aprendizagem se encontrará presente.
	<b>Referências:</b> 9. CAVALCANTI, E. F. DE O.; SILVA, D. M. G. V. DA. Nurses' commitment to the care of tuberculosis patients. <b>Texto &amp; Contexto - Enfermagem</b> , v. 25, n. 3, p. 1–10, 2016. 10. TABILE, A. F.; JACOMETO, M. C. D. Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. <b>Revista Psicopedagogia</b> , v. 34, n. 103, p. 75–86, 2017. 11. FERREIRA, A. B. DE H. <b>Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa</b> . Curitiba: Positivo, 5. ed., 2222 p., 2010.
Informação inadequada	<b>Definição Conceitual:</b> Estado de ignorância, não adequação ou de ausência de informação <sup>12</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo sobre o recebimento de informações adequadas a respeito da sua doença cardíaca. Caso a resposta sendo negativa, os fatores relacionados Informação inadequada/ Informações incorretas estarão presentes.
	<b>Referências:</b> 12. PINHEIRO, M. M. K.; BRITO, V. D. P. Em busca do significado da desinformação. <b>DataGramaZero - Revista de Informação</b> , v. 15, n. 6, p. 6, 2014.
Informações incorretas	<b>Definição Conceitual:</b> Afirmações errôneas sobre um tópico específico <sup>13</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao indivíduo sobre o recebimento de informações corretas a respeito da sua doença cardíaca. Caso a resposta sendo negativa, os fatores relacionados Informação inadequada/ Informações incorretas estarão presentes.
	<b>Referências:</b> 13. DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS LICENCIADO PARA OXFORD UNIVERSITY PRESS. Apple Inc. MacBook Air, versão 14, 2002-2017.
Interesse inadequado pelo aprendizado	<b>Definição Conceitual:</b> Importância não apropriada ao processo contínuo, intencional, ativo, dinâmico, recursivo, de interação e interativo que gera um produto provisório caracterizado por um conhecimento particular <sup>13,14</sup>
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado ao indivíduo sobre o interesse em querer aprender sobre seu processo saúde-doença. No caso de expressar desinteresse, o fator relacionado Interesse inadequado em aprender se encontrará presente.
	<b>Referências:</b> 11. FERREIRA, A. B. DE H. <b>Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa</b> . Curitiba: Positivo, 5. ed., 2222 p., 2010. 14. AGRA, G. et al. Análise do conceito de Aprendizagem Significativa à luz da Teoria de Ausubel. <b>Revista Brasileira de Enfermagem</b> , v. 72, n. 1, p. 258–265, 2019.

<p>Conhecimento inadequado sobre recursos</p>	<p><b>Definição Conceitual:</b> Apropriação não adequada da informação pelo usuário, referente ao recurso<sup>15</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado se o paciente tem conhecimento sobre o fornecimento das medicações, de vacinas e do atendimento de serviços como nutricionista e dentista pelo SUS. O(A) senhor(a) tem conhecimento sobre o fornecimento das medicações, de vacinas e do atendimento de serviços como nutricionista e dentista pelo SUS? Caso a resposta seja não, o fator relacionado Conhecimento inadequado sobre recursos se encontrará presente.</p> <p><b>Referências:</b> 15. LEITE, R. A. F. et al. Access to healthcare information and comprehensive care: Perceptions of users of a public service. <b>Interface: Communication, Health, Education</b>, v. 18, n. 51, p. 661–671, 2014.</p>
<p>Baixa autoeficácia</p>	<p><b>Definição Conceitual:</b> Diminuição do senso de autoestima e da percepção do indivíduo a respeito de suas capacidades no exercício de determinada atividade<sup>16</sup>.</p> <p><b>Definição Operacional:</b> Será aplicada a Escala de Autoeficácia Geral Percebida é um instrumento que avalia a percepção da autoeficácia, ou seja, a opinião que a pessoa pode ter a respeito de si mesma e a capacidade dela em superar as dificuldades diárias e sua adaptação após experimentar eventos estressantes. É constituída por 10 itens, em uma escala de Likert com quatro opções de resposta que varia entre 1 (não é verdade) a 4 (sempre é verdade). Cada item refere-se ao alcance de metas e indica uma atribuição interna estável do sucesso, sendo que, quanto maior o resultado, maior percepção da autoeficácia. A somatória de pontos varia entre 10 e 40 pontos<sup>17</sup>. A característica estará presente se o somatório do paciente for igual a menor a 15 pontos.</p>

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor, faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com as situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4

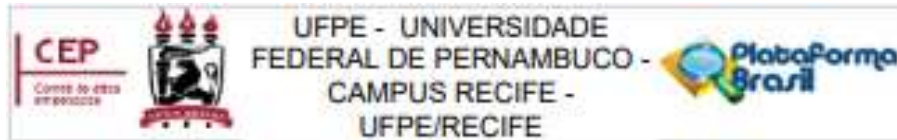
**Referências:** 18. BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 112, p. 1–9, 2010.

	18.SBICIGO, J. B; TEIXEIRA, M. A. P.; DIAS, A. C. G.; DELL'AGLIO, D. D. Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer. In: Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. 2005.
Manifestações neurocomportamentais	<b>Definição Conceitual:</b> Sinais e sintomas de disfunção cortical superior, causados por condições orgânicas. Estes incluem alterações comportamentais e deficiências das habilidades envolvidas na aquisição, processamento e utilização de conhecimento ou informação <sup>22,23</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao paciente e/ou verificado no prontuário a existência de pelo menos um aspecto: deficiências cognitivas ou retardo mental, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade e autismo. Caso seja identificado, o fator relacionado Manifestações neurocomportamentais será confirmada.
	<b>Referências:</b> 18. DECS/MESH Descritores em Ciências da Saúde. <b>Manifestações Neurocomportamentais</b> . Disponível em: < <a href="https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33521">https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33521</a> >. Acesso em: 8 maio. 2021. 19. PATELVIKRAM et al. Tratamento e prevenção de transtornos mentais em países de baixa e média renda. <b>The Lancet</b> , v. 370, 2007.
<b>População de risco</b>	
Indivíduo economicamente desfavorecido	<b>Definição Conceitual:</b> Pessoa que está em vulnerabilidade socioeconômica <sup>20</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será questionado ao indivíduo sobre a renda mensal e se a mesma comporta os gastos referentes às necessidades humanas básicas. Caso seja uma resposta negativa, o indivíduo encontra-se inserido na referida população.
	<b>Referências:</b> 20. SIMÕES, C. F; AMARAL, S. C DE S. A relação entre a escolaridade e a pobreza: uma análise das políticas para democratização do acesso ao ensino superior no Brasil. <b>Revista Brasileira de Ensino Superior</b> . V.4, n. 2, p. 21-43, 2018.
Indivíduos analfabetos	<b>Definição Conceitual:</b> Aqueles que não tem conhecimentos literários <sup>21</sup> .
	<b>Definição Operacional:</b> Será perguntado se o indivíduo sabe ler e escrever. Caso seja uma resposta negativa, o indivíduo encontra-se inserido na referida população.
	<b>Referências:</b> 21. FERREIRA, A. B. DE H. <b>Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa</b> . Curitiba: Positivo, 5. ed., 2222 p., 2010.
<b>Condições associadas</b>	
	<b>Definição Conceitual:</b> A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É imprescindível o acompanhamento médico tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado.

Depressão	<p><b>Definição Operacional:</b> Será aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que foi adaptada e validada para língua portuguesa em 1995 (BOTEGA et al., 1995), avalia os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia em tratamento ambulatorial. Contém 14 questões do tipo múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, uma de ansiedade (HADS-A) e outra depressão (HADS-D), com sete itens em cada domínio. A pontuação varia de 0-21 em cada subescala.<sup>23</sup> A característica será presente se o escore for igual ou superior a 4 pontos indicativo apenas do domínio depressão que corresponde as sete últimas questões.</p>
	<p>22. <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/depressao-4/">https://bvsmms.saude.gov.br/depressao-4/</a>  23. BOTEGA, et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev. Saúde Pública, v. 29, n.5, 355 - 363, 1995.</p>
Deficiências do desenvolvimento	<p><b>Definição Conceitual:</b> Deficiências cognitivas ou retardo mental, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade e autismo<sup>24</sup>.</p>
	<p><b>Definição Operacional:</b> Será perguntado ao paciente e/ou verificado no prontuário a existência de pelo menos um aspecto: deficiências cognitivas ou retardo mental, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade e autismo. Caso seja identificado, a condição associada Deficiências de desenvolvimento será confirmada.</p>
	<p><b>Referências:</b> 24. PATELVIKRAM et al. Tratamento e prevenção de transtornos mentais em países de baixa e média renda. <i>The Lancet</i>, v. 370, 2007.</p>
Transtornos neurocognitivos	<p><b>Definição Conceitual:</b> Alterações que podem ser ocasionadas por fatores como: hipoperfusão, hipóxia, aumento de citocinas inflamatórias, doenças tromboembólicas e anormalidades hemodinâmicas, comprometendo os domínios de funções executivas, memória, linguagem, habilidade visuoespacial, velocidade psicomotora<sup>25,26</sup>.</p>
	<p><b>Definição Operacional:</b> Será investigado no prontuário o registro de testes cognitivo com alteração e/ou o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve. Caso haja um dos elementos citados, a condição associada comprometimento cognitivo leve estará presente.</p>
	<p><b>Referências:</b> 25. RÊGO, M. L. DE M.; CABRAL, D. A. R.; FONTES, E. B. Cognitive deficit in heart failure and the benefits of aerobic physical activity. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i>, v. 110, n. 1, p. 91–94, 2018.  26. PRESSIER, S. J. et al. Cognitive Deficits in Chronic Heart Failure. <i>Nursing reseach</i>, v. 59, n. 2, p. 127–139, 2010.</p>

Fonte: O autor, 2023.

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

**Pesquisador:** RAMON SILVA DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 58638622.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.579.696

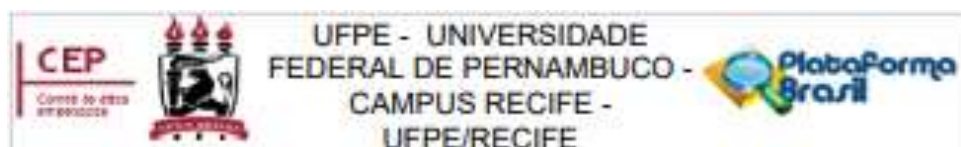
#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios", foram retirados do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_informações\_Básicas\_do\_Projeto\_1942768.pdf de : 09/08/2022/2022), e do Projeto Detalhado (de : 09/08/2022).

**Descrição:** Trata-se de uma pesquisa de Mestrado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -CCS-UFPE. É um estudo de acurácia diagnóstica, com corte transversal, baseado na abordagem de testes diagnósticos, ancorado sob o aporte do método de validade do construto clínico. O tamanho da amostra será baseado no cálculo amostral recomendado por Swanson et al. (2012) que propõe a relação entre cinco e 30 pacientes por indicador clínico investigado, em específico, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem. Nesta perspectiva, o estudo, adotará uma relação de 15 pacientes para cada sete característica definidora (três indicadores presentes no estudo de Silva (2019) e na versão da NANDA-I- 2021-2023, três indicadores presentes no estudo de Silva (2019) e não presentes na versão da NANDA-I- 2021-2023 e um indicador não presente no estudo de Silva (2019) e presente na versão da NANDA-I- 2021-2023), resultando em 105 pacientes na amostra final. A técnica de amostragem a ser utilizada será a não probabilística com reposição, incluindo os pacientes de forma consecutiva, a

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81) 2126-8288 **Fax:** (81) 2126-3163 **E-mail:** cep@umanos.ufpe@ufpe.br

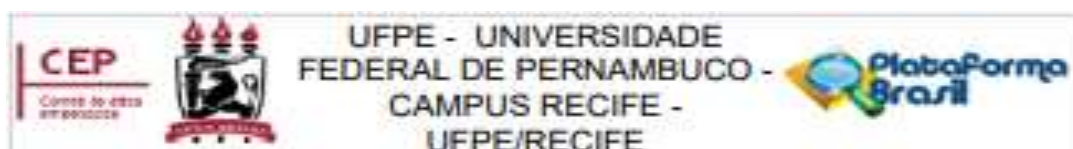




Continuação do Projeto: 5.279.000

partir do período estabelecido para a coleta de dados e dos critérios de elegibilidade. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com auxílio de um instrumento composto por duas partes, a saber: na primeira com variáveis para a caracterização sócio demográfica / econômica e clínica, as quais serão obtidas a partir da realização da anamnese, aferição de parâmetros vitais (temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e dor) e consulta ao prontuário. O instrumento será lido e preenchido pelo pesquisador principal durante as sessões de hemodiálise. Será realizado teste piloto com 10% da amostra para averiguar quaisquer adequações necessárias para o instrumento. Critério de Inclusão: pacientes com idade ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estarão em tratamento de hemodiálise no local da pesquisa durante a coleta de dados. Critério de Exclusão: pacientes que estiverem desorientados em tempo, espaço e auto psíquico, avaliados a partir das respostas referentes a sua identificação (nome, data de nascimento e idade) e pelo item 1 do Mini Exame do Estado Mental (orientação) (ANEXO A) e indivíduos com deficiência auditiva e/ou verbal auto relatada que impossibilite a comunicação com o entrevistador. Os dados coletados serão consolidados em uma planilha no Microsoft Office Excel e analisados com o auxílio dos programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21 e do software R 3.5.1. A análise descritiva dos dados incluirá o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas, serão calculados intervalos de confiança de 95% e testes estatísticos na verificação da normalidade. Estudos de validação de construto clínico podem seguir o padrão de referência utilizando o painel de avaliadores ou a análise de classe latente (LOPES; SILVA, 2016). Logo, o presente estudo fará uso da análise de classe latente, pressupondo que uma variável não diretamente observável (construto diagnóstico) explica as relações entre um conjunto de variáveis diretamente observáveis (características definidoras). O referido padrão de referência permite a verificação da sensibilidade (proporção de indivíduos com o diagnóstico que apresentam o indicador clínico) e especificidade (proporção de indivíduos sem o diagnóstico que não apresentam o indicador clínico) de cada indicador clínico (LOPES; SILVA, 2016). Nesse contexto, será usado o modelo de classes latentes de efeitos randômicos para tal verificação, bem como na determinação da prevalência do diagnóstico. Variáveis que não estiverem presentes nos pacientes avaliados não serão incluídos no processo de ajuste do modelo. Ademais, será aplicado o teste da razão de verossimilhança para averiguar a frequência da presença/ausência de uma característica definidora entre indivíduos com ou sem o diagnóstico. Outrossim, faz-se necessário utilizar a curva Operador-Receptor (ROC) em busca da relação entre os valores de sensibilidade e especificidade para indicar a acurácia dos indicadores clínicos.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 – Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8088 Fax: (81)2126-3103 E-mail: cepturmanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Formulário: 5.579.686

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Analisar as evidências de validade clínica do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em pacientes submetidos à hemodiálise.

**Objetivos Específicos:**

1. Estabelecer a equivalência dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente nos pacientes com insuficiência cardíaca para os pacientes submetidos à hemodiálise;
2. Verificar a frequência dos fatores etiológicos e indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente presentes nos pacientes submetidos à hemodiálise, identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente nos pacientes submetidos à hemodiálise;
3. Analisar a acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente nos pacientes submetidos à hemodiálise.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos poderão ser configurados por eventual desconforto ao paciente devido ao desgaste mental ao responder as perguntas do instrumento de coleta de dados e constrangimento pela exposição de informações pessoais. No intuito de minimizá-los, o entrevistador conduzirá a entrevista de forma objetiva, de acordo com as particularidades do participante. O entrevistador informará ao paciente que será mantido o sigilo e a confidencialidade das informações, bem como a liberdade de não responder questões que lhe cause constrangimento, estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. E a verificação dos parâmetros clínicos poderá ser o registro, mais recente, no prontuário, podendo o participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:** Não estão previstos benefícios diretos nesta pesquisa, os benefícios indiretos, a pesquisa contribuirá para permanência e aprimoramento do DE conhecimento deficiente na Taxonomia II da NANDA-I, bem como auxiliar os enfermeiros no direcionamento dos cuidados a pacientes de forma individualizada.

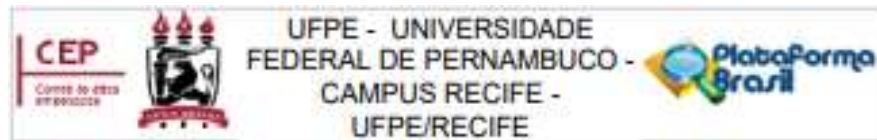
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

sem comentários

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações".

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8288 Fax: (81)2126-3103 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.579/2022

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

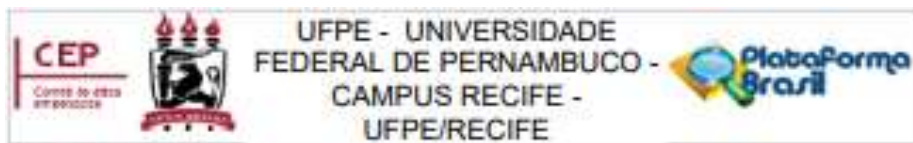
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_1942768.pdf	09/08/2022 20:16:47		Aceito
Projeto Detalhado	Projetoajustado_3.pdf	09/08/2022	RAMON SILVA DE	Aceito

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 – Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3103 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.679.686

/ Brochura Investigador	Projetoajustado_3.pdf	20:10:51	SOUSA	Aceito
Outros	Cartaresposta_3pdf.pdf	09/08/2022 20:05:34	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	toeajustado_3pdf.pdf	09/08/2022 19:56:45	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	termosodedados_poffap.pdf	09/08/2022 19:53:38	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoastoajustado.3.pdf	09/08/2022 19:50:11	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	declaracaouupe.pdf	09/05/2022 12:00:29	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	termosocompromissoassinadopdf.pdf	09/05/2022 11:58:52	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	cartadeavencia.pdf	09/05/2022 11:10:38	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestruturas	FAP.pdf	09/05/2022 09:26:05	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	lattescmjf.pdf	09/05/2022 09:17:51	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	lattesrs.pdf	09/05/2022 09:17:01	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	09/05/2022 09:12:54	RAMON SILVA DE SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 12 de Agosto de 2022

Assinado por:  
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81) 2126-8288 Fax: (81) 2126-3103 E-mail: cep@ufpe.br