

**UNIVERSIDADE BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA BIOMÉDICA
CAMPUS ITAQUERA**

WELMER DANILO RODRIGUES ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA
CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTES DE GRUPOS-ALVO
OU COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

**CONSTRUCTION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR
NURSING CONSULTATION FOR PATIENTS FROM TARGET
GROUPS OR WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY
HEALTH CARE**

São Paulo – SP
2021

WELMER DANILO RODRIGUES ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA
CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTES DE GRUPOS-ALVO
OU COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Engenharia Biomédica.

Prof. Dr. Nivaldo Antonio Parizotto
Orientador

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

R577c ROCHA, Welmer Danilo Rodrigues.

Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem a pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na atenção primária à saúde / Welmer Danilo Rodrigues Rocha. -- São Paulo: Universidade Brasil, 2021.

100 f. il.

Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação do Curso de Engenharia Biomédica da Universidade Brasil. Orientação: Prof. Dr. Nivaldo Antonio Parizotto.

1. Doença renal crônica. 2. Tecnologia. 3. Enfermagem. 4. Estudo de validação. I. Parizotto, Nivaldo Antonio. II. Título.

CDD 620.82



TERMO DE APROVAÇÃO

WELMER DANILO RODRIGUES ROCHA

**“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE
ENFERMAGEM À PACIENTES DE GRUPOS-ALVO OU COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre no Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica** da Universidade Brasil, pela seguinte banca examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) Nivaldo Antonio Parizotto (presidente-orientador)

Prof.(a) Dr.(a) Livia Assis Garcia (UNIVERSIDADE BRASIL)

Prof.(a) Dr.(a) Ivana Cristina Vieira de Lima Maia (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ)

São Paulo, 13 de outubro de 2021

Presidente da Banca Prof.(a) Dr.(a). Nivaldo Antonio Parizotto

Houve alteração do Título: sim () não (X):



Termo de Autorização

Para Publicação de Dissertações e Teses no Formato Eletrônico na Página WWW do Respectivo Programa da Universidade Brasil e no Banco de Teses da CAPES

Na qualidade de titular(es) dos direitos de autor da publicação, e de acordo com a Portaria CAPES no. 13, de 15 de fevereiro de 2006, autorizo(amos) a Universidade Brasil a disponibilizar através do site <http://www.universidadebrasil.edu.br>, na página do respectivo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, bem como no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, através do site <http://bancodeteses.capes.gov.br>, a versão digital do texto integral da Dissertação/Tese abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira.

A utilização do conteúdo deste texto, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, fica condicionada à citação da fonte.

Título do Trabalho: **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PACIENTES DE GRUPOS-ALVO OU COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

Houve alteração do Título: sim () não (X):

Autor(es):

Discente: **Welmer Danilo Rodrigues Rocha**

Assinatura: _____


Orientador(a): **Prof.(a) Dr.(a) Nivaldo Antonio Parizotto**

Assinatura: _____


Coorientador(a):

Assinatura: _____

Data: 13/10/2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À **Deus**,
um amigo invisível, mas percebido nos mais simples gestos. Sua Fortaleza nos
ampara e nos dá forças para prosseguir e vencer nossos propósitos.

A minha **esposa Eliane**,
o que dizer de você? Nossos laços matrimoniais se solidificam a cada dia, e mesmo
na correria de sempre, conseguimos superar as dificuldades. Te admiro, sob
quaisquer circunstâncias.

Aos meus **filhos Miguel e Bernardo**,
vocês são o incentivo para me manter evoluindo, e que sem vocês tudo isso não
faria nenhum sentido.

Ao Sr. **Josué** e à Sr^a. **Maria das Graças**,
meus estimados pais.

A superação talvez seja uma virtude inerente e agraciada por Deus.
Sou eternamente grato pelos valores repassados durante minha fase de
crescimento, e mesmo distantes
é apenas uma mera distância física que nos separa.

Ao meu **irmão Fabrício**,
que em nenhum momento nosso laço afetivo foi abalado. A união fraterna é
sólida, e discórdias são meros instrumentos para fortalecer nossos laços de amizade
e comprometimento. Obrigado meu Grande Deus, o Senhor me deu um
presente que dinheiro algum compra.

AGRADECIMENTOS

Meu reconhecimento e minha admiração a todos os participantes deste estudo que, dia após dia, enfrentam o paradoxo do passar dos anos. Como tudo na vida, a senescência é marcada por perdas e ganhos.

Ao meu **orientador Prof. Dr. Nivaldo Antonio Parizotto**, quero imensamente expressar minha admiração por sua pessoa, foram quase dois anos de convivência de imensa gratidão por ter sido meu orientador. Talvez não tenha prestado conta, mas a sua pessoa trouxe esperança e confiança num momento em que meus pensamentos estavam fragilizados. O aprendizado maior que o Sr. traz a nós estudantes vai além do ensino. A certeza de materializar o conhecimento em ações palpáveis foi a marca registrada da sua pessoa professor. Obrigado pela paciência e todo aprendizado. Conforme Descartes fala “irei me recolher aos meus aposentos para pensar melhor, não sofrer influência do meio externo, deixar o conhecimento fluir em toda a parte do corpo e dar forma aos pensamentos”.
Avante e sempre!

As **professoras Dra. Carla Roberta Tim e Dra. Lívia Assis Garcia**, que contribuíram na banca de qualificação, minha gratidão pelas contribuições ao trabalho, foram essenciais.

Aos meus **amigos Jynani, Reobbe e Patrícia**, pela contribuição inestimável durante essa caminhada. Tenho certeza que teremos muitas histórias a contar. Valeu pela ajuda e o esforço!

Aos **professores da Universidade Brasil**, por esses dois anos de convivência. Obrigado a todos os professores que direta e indiretamente contribuíram para o meu crescimento profissional. Como é de praxe dizer que “as palavras movem montanhas”, a educação transforma os seres humanos.

À **Secretaria Municipal de Colinas do Tocantins**, por conceder espaço para a realização deste estudo. Também deixo registrado meus agradecimentos aos profissionais de saúde e representantes da equipe gestora do município, responsável pela condução da “Coordenação da Atenção Básica” a partir dos dados provenientes desta pesquisa. Que essa parceria continue sendo concretizada em ações para a comunidade.

RESUMO

O estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem a pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica (DRC) na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica direcionada à construção e validação de um instrumento de consulta de enfermagem para paciente de grupos-alvos ou com Doença Renal Crônica que contemplou as etapas do processo de enfermagem: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação da Assistência de Enfermagem e Avaliação, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O estudo foi realizado em quatro fases: 1. Construção do instrumento com base na revisão integrativa da literatura; 2. Concepção do instrumento; 3. Recrutamento dos juízes para participar do estudo e 4. Validação de conteúdo quanto a estrutura, apresentação, clareza e relevância do material por juízes especialistas. Participaram do estudo 18 juízes. Realizou-se a análise dos dados com base no Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e o teste binomial para avaliar a concordância e consistência dos especialistas em relação aos itens do instrumento. Na análise estatística, o IVC global do instrumento foi de 0,90 (IC95%: 0,86 – 0,93). Quando realizado o teste binomial para identificar concordância entre os avaliadores, observou-se que quando estipulada uma concordância de 80%, não foi possível obter diferenças entre os juízes. Quanto à avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem, 94,4% (n=17) dos juízes consideraram que todos os aspectos do histórico, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados estavam claros e relevantes. Conclui-se que o estudo atingiu seus objetivos quanto a validação dos conteúdos como estrutura, apresentação, clareza e relevância do material. Verificou-se que todo conteúdo contido no instrumento foi considerado significativo para a melhoria da qualidade da consulta de enfermagem ao paciente de grupos-alvos ou com DRC.

Palavras-chave: Doença renal crônica. Tecnologia. Enfermagem. Estudo de validação.

ABSTRACT

The study aimed to build and validate an instrument for nursing consultation to patients from target groups or with chronic kidney disease (CKD) in Primary Health Care. This is a methodological research aimed at the construction and validation of an instrument of nursing consultation for patients from target groups or patients with Chronic Kidney Disease that contemplated the stages of the nursing process: Research, Diagnosis, Planning, Implementation of Nursing Care and Evaluation, using the Basic Human Needs Theory as a reference. The study was carried out in four phases: 1. Construction of the instrument based on an integrative literature review; 2. Instrument design; 3. Recruitment of judges to participate in the study and 4. Validation of content regarding structure, presentation, clarity and relevance of the material by expert judges. Eighteen judges participated in the study. Data analysis was performed based on the Content Validation Index (CVI) and the binomial test to assess the experts' agreement and consistency in relation to the instrument's items. In the statistical analysis, the instrument's global CVI was 0.90 (95%CI: 0.86 – 0.93). When performing the binomial test to identify agreement between the evaluators, it was observed that when an agreement of 80% was stipulated, it was not possible to obtain differences between the judges. As for the evaluation of the items of the nursing consultation instrument, 94.4% (n=17) of the judges considered that all aspects of the history, nursing diagnoses and interventions and results were clear and relevant. It is concluded that the study achieved its objectives regarding the validation of contents such as structure, presentation, clarity and relevance of the material. It was found that all content contained in the instrument was considered significant for improving the quality of nursing consultations for patients from target groups or patients with CKD.

Keywords: Chronic kidney disease. Technology. Nursing. Validation study.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa.....	51
Quadro 2 – Sugestões realizadas pelos juízes para validação do instrumento.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégias e marcos legais brasileiros para enfrentamento da doença renal crônica.....	27
Figura 2 – Modelo conceitual de fatores influenciadores do encaminhamento tardio.....	33
Figura 3 – Fluxograma de descrição dos artigos, encontrados, excluídos e selecionados de acordo com cada base de dados.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fórmulas para o cálculo da TFG.....	20
Tabela 2 – Classificação da RAC.....	21
Tabela 3 – Categorias de Taxa de Filtração Glomerular na DRC.....	21
Tabela 4 – Critérios para seleção de juízes.....	46
Tabela 5 – Características dos juízes.....	53
Tabela 6 – Validação do conteúdo do instrumento de consulta de enfermagem.....	55
Tabela 7 – Avaliação da clareza e relevância dos componentes do instrumento de consulta de enfermagem.....	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica em Saúde
BRA	Bloqueadores de Receptores da Angiotensina
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ERAA	Eixo Renina Angiotensina Aldosterona
EAS	Exame Sumário de Urina
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> (Classificação de Resultados de Enfermagem)
ETDR	Estágio Terminal de Doença Renal
PA	Pressão Arterial
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (Classificação de Intervenções de Enfermagem)
RAAS	Sistema Renina Angiotensina Aldosterona
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO NO BRASIL	20
3.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) A DOENÇA RENAL CRÔNICA	28
3.3 BARREIRAS QUE DIFICULTAM A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA	30
3.4 TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	34
3.5 A INTEGRAÇÃO ENTRE A ENGENHARIA CLÍNICA E A ENFERMAGEM	37
4 METODOLOGIA	42
4.1 TIPO DO ESTUDO	42
4.2 FASES DO ESTUDO	42
4.2.1 Estudo bibliográfico	42
4.2.2 Etapa: Construção do instrumento de consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com a doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde	43
4.2.3 Etapa: Forma de recrutamento dos participantes e coleta de dados .	45
4.2.4 Etapa: Validação do instrumento para consulta de enfermagem	47
4.2.5 Etapa: Correção do instrumento da consulta de enfermagem ao paciente com doença renal crônica	48
4.2.6 Preceitos éticos	48
5 RESULTADOS	49
5.1 REVISÃO INTEGRATIVA PARA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	49
5.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM	52
5.2.1 Caracterização dos juízes	52
5.2.2 Instrumento de validação do conteúdo	53
5.2.3 Avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem	56
5.2.4 Sugestões realizadas pelos juízes para validação do instrumento	56
6 DISCUSSÃO	60
7 CONCLUSÃO	67

REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A – Instrumento de Consulta de enfermagem.....	81
APÊNDICE B – Formulário de Validação.....	87
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
APÊNDICE D – Submissão de artigo.....	94
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	95

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é identificada e definida pela presença de uma anormalidade da estrutura renal ou função (ou ambos) presentes por pelo menos 3 meses. Sua classificação é realizada pelo grau de disfunção renal, medido pela taxa de filtração glomerular (TFG) derivada da creatinina sérica usando equações de estimativa padrão e pela presença ou ausência de anormalidade renal estrutural ou por outra evidência de dano renal crônico, particularmente albuminúria (FRASER; RODERICK, 2019).

A DRC é uma causa importante de morbidade e mortalidade global. Estudos do Global Burden of Disease de 2013, estimou-se que 956.200 pessoas morreram de DRC, com um acréscimo de 134% em relação a 1990, um dos maiores aumentos entre as principais causas de morte. Além disso, mesmo nos estágios iniciais da DRC, o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais atribuíveis diretamente à doença renal aumenta substancialmente. Atualmente estudos de projeção demonstram que a DCR em adultos com idade igual ou superior a 30 anos evidencia um aumento na prevalência de 13,2% (2007-2012) para 14,4% em 2020 e para 16,7% em 2030 nos Estados Unidos. Considerando somente indivíduos com idade 65 ou mais anos, a prevalência estimada diminuirá de 39,6% para 36,4% em 2020, e então aumentará para 37,8% em 2030 (HOERGER et al., 2015).

O inquérito brasileiro de diálise de 2019, confirma que tanto as taxas de incidência e prevalência em diálise no país persistem aumentando. Em relação a 2018, é possível observar um crescimento de 11% na porcentagem de pacientes dialíticos inscritos em fila de transplante no Brasil. No que diz respeito à doença de base associada à DRC a hipertensão arterial permanece como principal razão no Brasil, seguido em segundo lugar pela nefropatia diabética (NEVES et al., 2021).

Por ser um importante problema de saúde pública de prevalência crescente e potencial consequência sobre a redução da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes acometidos, estratégias que visem a prevenção e retardo da progressão da DRC nos serviços de saúde pública são necessárias. Uma estratégia para a identificação precoce seria através de programas de rastreamento, que, até o presente momento, apresentam pontos controversos, como a aplicação das políticas

públicas a pacientes com múltiplas morbidades e a falta de treinamento sobre o tratamento da DRC na atenção básica a saúde (AB) (MOURA et al., 2009).

O controle da DRC é complexo e contempla no mínimo, três condutas básicas: o diagnóstico prévio, o encaminhamento imediato para atenção especializada e o reconhecimento e o manejo das principais complicações e comorbidades da DRC, assim como a manutenção do paciente a uma das modalidades da terapia renal substitutiva (TRS) (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Os enfermeiros tem um papel fundamental na AB e uma das suas responsabilidades é incentivar o autocuidado à saúde. A atuação desses profissionais na prevenção e progressão da DRC consiste em localizar e identificar os grupos de risco, bem como os pacientes com a doença instalada, nos quais a avaliação da função renal é imprescindível (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

No âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, os pacientes considerados de grupos-alvos para o desenvolvimento da doença são primeiramente atendidos pela AB, e para que estes pacientes não sejam direcionados de maneira tardia para a terapia substitutiva renal, é fundamental que os profissionais da AB estejam capacitados para o reconhecimento da DRC, com identificação precoce das complicações e doenças associadas, focada em uma assistência direcionada a interromper ou diminuir as chances de perda da função renal (BASTOS; BASTOS, 2007).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se em uma prática organizada e sistematizada de prestação de cuidados. Tornando possível que os profissionais de enfermagem identifiquem a presença das necessidades humanas básicas afetadas ou em risco nos pacientes e, por conseguinte, estabelecer os diagnósticos e as respectivas intervenções, viabilizando um cuidado individualizado. A construção e validação do instrumento para registro da consulta de enfermagem permite facilitar o processo conforme a realidade institucional uma vez que o instrumento poderá ser validado pelos próprios usuários do constructo ou juízes especializados (OLIVEIRA et al, 2019).

O processo de produção do conhecimento na inovação tecnológica é formado pelo ciclo de ideias no âmbito da ciência, por meio de pesquisa, criatividade e experimentação, obtendo um produto ou processo de fator aplicável. A DRC vem se destacando como causa importante de morbidade, no entanto o uso de uma

tecnologia leve, como acolhimento, o aconselhamento e a visita domiciliar possuem benefícios inquestionáveis para a prevenção (SARACENI, 2012).

Os enfermeiros estão em uma posição privilegiada para avaliar o estado de saúde funcional e as necessidades tecnológicas, devido às suas interações estreitas com os pacientes. Colaborações inovadoras entre enfermeiros e engenheiros biomédicos são necessárias em várias formas para alavancar e impactar positivamente o atendimento ao paciente. O mundo em evolução centrado na tecnologia da assistência à saúde também exigirá que os enfermeiros e prestadores de serviços de linha de frente estejam equipados com conhecimentos técnicos e de saúde. Como resultado, os campos de tecnologia em saúde, enfermagem e engenharia precisarão colaborar para o propósito de força de trabalho e desenvolvimento econômico.

Diante o grande número de estudos que confirma o conhecimento restrito dos profissionais de enfermagem a DRC, a pesquisa visa contribuir no auxílio do enfermeiro frente a esses pacientes na AB. Durante a levantamento das produções científicas para fundamentação da pesquisa não foi possível encontrar estudos que colaborasse na produção de tecnologias focadas para prevenção e controle da DRC na AB.

Durante a coleta de dados realizada para pesquisa aos cuidados prestados à pessoa com DRC na AB questiona-se: um instrumento de consulta de enfermagem, com base na sistematização de assistência de enfermagem, é válido quanto ao conteúdo e aparência para direcionar o enfermeiro na condução da consulta e no acompanhamento de grupos-alvo ou a paciente com DRC na atenção primária à saúde?

Este estudo permitirá a ampliação do conhecimento sobre o tema aos profissionais enfermeiros, favorecendo a delimitação de avaliação e métodos que reduzam as dificuldades causadas pela DRC, além de proporcionar subsídios para sistematizar o atendimento assistencial da enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem a pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura publicações referentes a modelos de assistência de enfermagem a pacientes com doença renal crônica;
- Construir um instrumento de consulta de enfermagem para atendimento à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde;
- Validar um instrumento de consulta de enfermagem com juízes em nefrologia e generalistas que atendem pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO NO BRASIL

A doença renal crônica (DRC) é um importante contribuinte para a morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, e essa doença deve ser ativamente abordada para cumprir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030 (HIMMELFARB, 2010). Políticas públicas de saúde também tem um papel na redução da taxa de incidência de DRC por meio da educação dos profissionais de saúde, programas de detecção precoce de doenças renais e implementação de tratamento nefroprotetor e tratamento apropriado de fatores de risco de DRC, como hipertensão arterial sistólica e níveis elevados de glicose (COUSER, 2011).

O diagnóstico e tratamento da DRC é baseado na TFG inferior a 60 ml/min/1,73m², aplicando uma das seguintes fórmulas *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) ou *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI). Como se observa no Tabela 1, a seguir (KDIGO, 2013).

Tabela 1 - Fórmulas para o cálculo da TFG

MDRD	
Taxa De Filtração Glomerular = 175 X (Creatinina ^{-1,154}) X (Idade ^{-0,203}) X A X B	
ONDE:	
Valor de A	Negro = 1,21; Não Negro = 1,0
Valor de B	Mulher = 0,742; Homem= 1,0
CKD – EPI	
Taxa De Filtração Glomerular = A X (Creatinina/B) ^C X IDADE ^{0,993}	
Valor de A	Negros: Mulher = 166; Homem = 163 Não Negros: Mulher = 144; Homem = 141
Valor de B	Mulher = 0,7; Homem = 0,9
Valor de C	Creatinina > 0,7 = 1,209 Creatinina ≤ 0,7. Mulher= 0,329. Homem= 0,411

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

A TFG normal varia de acordo com o tamanho corporal, sexo, idade e outras variáveis. Também pode ser confirmada com a presença de marcadores de lesão renal como por exemplo, razão albumina/creatinina (RAC) no qual a albuminúria ≥ 30 mg/g, que quanto maior o resultado, tornar maior o risco cardiovascular e progressão da DRC, independente do TFG. Como podem ser observados a partir da Tabela 2 (KDIGO, 2013).

Tabela 2 - Classificação da RAC.

Categoria	Taxa de excreção de albumina (mg/24h)	Razão albumina/creatinina (mg/g)	Termos
A1	<30	<30	Normal ou levemente aumentado
A2	30-300	30-300	Moderadamente aumentado
A3	>300	>300	Severamente aumentado

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

Para definição de DRC é necessário que o tempo das alterações da TFG e/ou presença de marcadores de lesão renal que se encontram presentes seja superior a três meses, possibilitando a diferenciação de doenças renais agudas (KDIGO, 2013).

Portanto a doença renal compreende a lesão renal e dano progressivo e irreversível da função dos rins. Atualmente a DRC é avaliada por meio da TFG e divide-se em cinco estágios, classificada de acordo com o grau de função renal. Categorias analisadas conforme Tabela 3, a seguir (KDIGO, 2013).

Tabela 3 - Categorias de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) na DRC.

Categoria TFG	TFG (ml/min/1,73m²)	Termo
Estágio 1	≥ 90	Normal ou alto
Estágio 2	60-89	Levemente diminuído
Estágio 3a	45-59	Leve a moderadamente diminuído
Estágio 3b	30-44	Moderado a severamente diminuído
Estágio 4	15-29	Severamente diminuído
Estágio 5	<15	Falência renal

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017.

À medida que o paciente progride nos estágios da DRC, do estágio 1 ao 5, sua TFG diminui. No Brasil, a prevalência estimada de DRC (estágios 3 a 5) em adultos é

de 6,7%, dados esses triplicam em indivíduos com 60 anos ou mais de idade (MALTA et al., 2019).

Atualmente, a DRC é considerada como a “epidemia negligenciada do século”. Estudos mostram que no Brasil, dos 65.000 pacientes pertencentes a terapia renal dialítica possui uma taxa de mortalidade anual de, no mínimo, 15%. Estima-se também que tenha 2 milhões de brasileiros em algum dos estágios de disfunção renal com risco de até 10 vezes de morrer prematuramente por doença cardiovascular, quando comparado com paciente normal, cerca de 70% desconhecem esse diagnóstico (SILVA, 2020).

Globalmente, a DRC resultou diretamente em cerca de 1,23 milhão de mortes em 2017, com um adicional de 1,36 milhão de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares resultantes de função renal prejudicada. Foi a 12ª principal causa de morte em todo o mundo em 2017, ante a 17ª em 1990. Houve 697,5 milhões de casos de doença renal crônica em 2017. Quase um terço desses pacientes vivia em dois países - China, com cerca de 132 milhões de casos, e Índia, com cerca de 115 milhões. Além disso, 10 outras nações - EUA, Indonésia, Rússia, Japão, Brasil, Paquistão, México, Nigéria, Bangladesh e Vietnã - tiveram cada uma mais de 10 milhões de casos em 2017. No total, 79 dos 195 países incluídos no estudo ultrapassou 1 milhão de casos (LIYANAGE et al., 2015).

Estudos do *Global Burden of Disease Study, 2017*, apontam que a DRC foi responsável por 35 mil mortes, ocupando a 10ª posição no Brasil. Perante os dados expostos, o primeiro conjunto de diretrizes desenvolvidas pelo *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)* sobre avaliação, classificação e estratificação da DRC foi publicado em fevereiro de 2002, sendo um marco para implementação de políticas públicas na prevenção das doenças renais no mundo. A diretriz trouxe um grande avanço para área da nefrologia, pois unificou o sistema de classificação da DRC que pode ser usado em vários continentes. Sendo o marco inicial para a elevação da consciência sobre DRC entre os prestadores de assistências de saúde e os estabelecimentos de saúde, colocando-a como um problema de saúde pública mundial (VASSALOTTI, 2020).

O plano multinacional *Global Kidney Health Atlas* envolve 118 países divididos em quatro grupos de acordo com a renda do *World Bank*, países de baixa renda (17), renda média-baixa (33), renda média-alta (30) e de alta renda (38). As

implementações de estratégias aos grupos de riscos mostraram-se incipientes, demonstrando lacunas significativas nos serviços de identificação, monitoramento e gestão da DRC que variaram acentuadamente entre países e regiões, com destaque para os países de baixa e média-baixa renda (HTAY et al., 2018).

A Diretriz de Prática Clínica para Melhoria de Resultados Globais de Doença Renal para a Avaliação e Tratamento da DRC recomenda a avaliação da TFG e da albuminúria para a detecção, diagnóstico, estadiamento e monitoramento da DRC. No entanto, a maioria dos países no estudo não conseguiu acessar a TFG e a albuminúria em seus ambientes de atenção primária à saúde (STEVENS et al., 2013).

Em países de baixa renda, particularmente na região da África, foi possível observar uma capacidade limitada para diagnosticar e monitorar DRC, sendo principalmente restrito a medição da pressão arterial, altura e peso, apenas um terço dos países de baixa renda foram capazes de medir a creatinina sérica e nenhum foi capaz de dosar a TFG, e realizar análise da dosagem de albuminúria. Surpreendentemente, apenas 58% dos países de alta renda tiveram acesso à análise de urina por exame de albuminúria ou creatinina na atenção primária. Estimar a TFG usando creatinina sérica é um componente essencial no diagnóstico, estadiamento e tratamento da DRC. O fornecimento de cuidados renais varia amplamente em todo o mundo, usuários dos serviços de saúde em condições de baixa renda possui uma carga desproporcional (HTAY et al., 2018).

O Diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica apresentam como fatores de risco dominantes para doença renal crônica. Os planos de assistência, estratificação de risco e tratamento diferem de acordo com a taxa de filtração glomerular estimada e a relação albumina / creatinina urinária. As principais abordagens para a terapia da DRC incluem evitar drogas nefrotóxicas, testes e intervenções e tratamento expectante da doença renal crônica para retardar a progressão e reduzir complicações, incluindo doenças cardiovasculares. No Brasil, superar a desintegração e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos mais urgentes desafios para melhorar a qualidade da atenção primária no país (TEIXEIRA et al., 2014).

Entender as características da doença renal compreendendo o que é acessível para seu país ou região são pontos significativos para estabelecer a igualdade na saúde renal. Contudo, discussões sobre as mudanças e obstáculos nas políticas

públicas brasileiras, a luta da progressão da DRC e seus fatores de risco devem fazer parte da perspectiva em busca de mudanças nos modelos de gestão das condições crônicas (CREWS; BELLO; SAADI, 2019).

Iniciada em 2003 a Campanha de Prevenção de Doenças Renais da Sociedade Brasileira de Nefrologia denominada PREVINA-SE, campanha contínua (durante todo o ano), foi o marco inicial no território nacional para buscar a identificação do perfil epidemiológico e clínico de pessoas na comunidade. A campanha contou com exame de triagem para detecção precoce de acometimento renal e verificação da pressão arterial com objetivo de informar a população, profissionais da saúde e autoridades quanto a importância do diagnóstico precoce da doença. O rastreamento foi efetivado por meio de feiras de saúde empregando um instrumento de fácil aplicação intitulado “Ficha Unificada de Rastreamento de Doença Renal” o qual deveria conter ao menos um dos critérios essenciais de rastreamento (verificação da pressão arterial e exame de urina e/ou, idealmente, determinação da creatinina sérica) (KIRSZTAJN; BASTOS, 2007).

A construção da política pública na prevenção de doenças renais é recente no Brasil, conforme o Ministério da Saúde 2004, introduzida pela portaria GM/MS nº 1.168/2004, que tem como um de seus objetivos a ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de TRS (BRASIL, 2004).

Em seguida, o Ministério da Saúde lançou em 2006 as diretrizes para Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, sendo a primeira iniciativa brasileira estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e renal crônica em que recomendaram a realização do rastreamento precoce na atenção primária em grupos de risco, tais como, diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar de DRC (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, essas diretrizes ganharam espaço em termos de políticas de saúde pública no Brasil, começaram uma distribuição da linha de cuidado do paciente renal crônico, regulada na integralidade do cuidado e com destaque ao nível primário de atenção à saúde como porta de entrada do SUS. O caderno trouxe até

mesmo um escopo as atribuições e competências da equipe de saúde e os processos de encaminhamentos para referência e contrarreferência (BRASIL, 2006).

Além disso, o Brasil assumiu o compromisso na atuação da prevenção dos eventos de DRC, em 2011 o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil para 2011–2022. O plano destaca como objetivos atuar no coeficiente de diminuição da taxa de mortalidade prematura de pacientes com idade inferior a 70 anos por condição crônica, diminuição da prevalência de obesidade, estímulo à prática de atividade física, incentivo do consumo de frutas e hortaliças, diminuição do consumo médio de sal, diminuição de tabagismo e consumo prejudicial de álcool (BRASIL, 2011).

A portaria nº 389 do Ministério da Saúde de 13 de março de 2014 é outra normativa que merece destaque, pois refere-se com maior detalhe aos critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC (BRASIL, 2014). Intensifica a importância da atenção primária no aperfeiçoamento da gestão desse agravo, apresentando como uma das atribuições da equipe de saúde a efetivação do diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde.

Para Brasil (2014), esse regulamento legal avança nos critérios diagnósticos da DRC ao abranger no estadiamento a presença de microalbuminúria nos estágios iniciais da DRC, além da emissão da TFG automatizada pelos laboratórios de análises clínicas. Ainda estimula a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. De tal modo, observa-se a existência de elementos legais que possibilitam mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção primária no país, com ampliação da capacidade de diagnóstico de risco das populações. Outro ponto admirável dessa portaria atribui-se ao estabelecimento de indicadores de qualidade para o monitoramento e avaliação dos estabelecimentos de saúde autorizados a oferecer a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS.

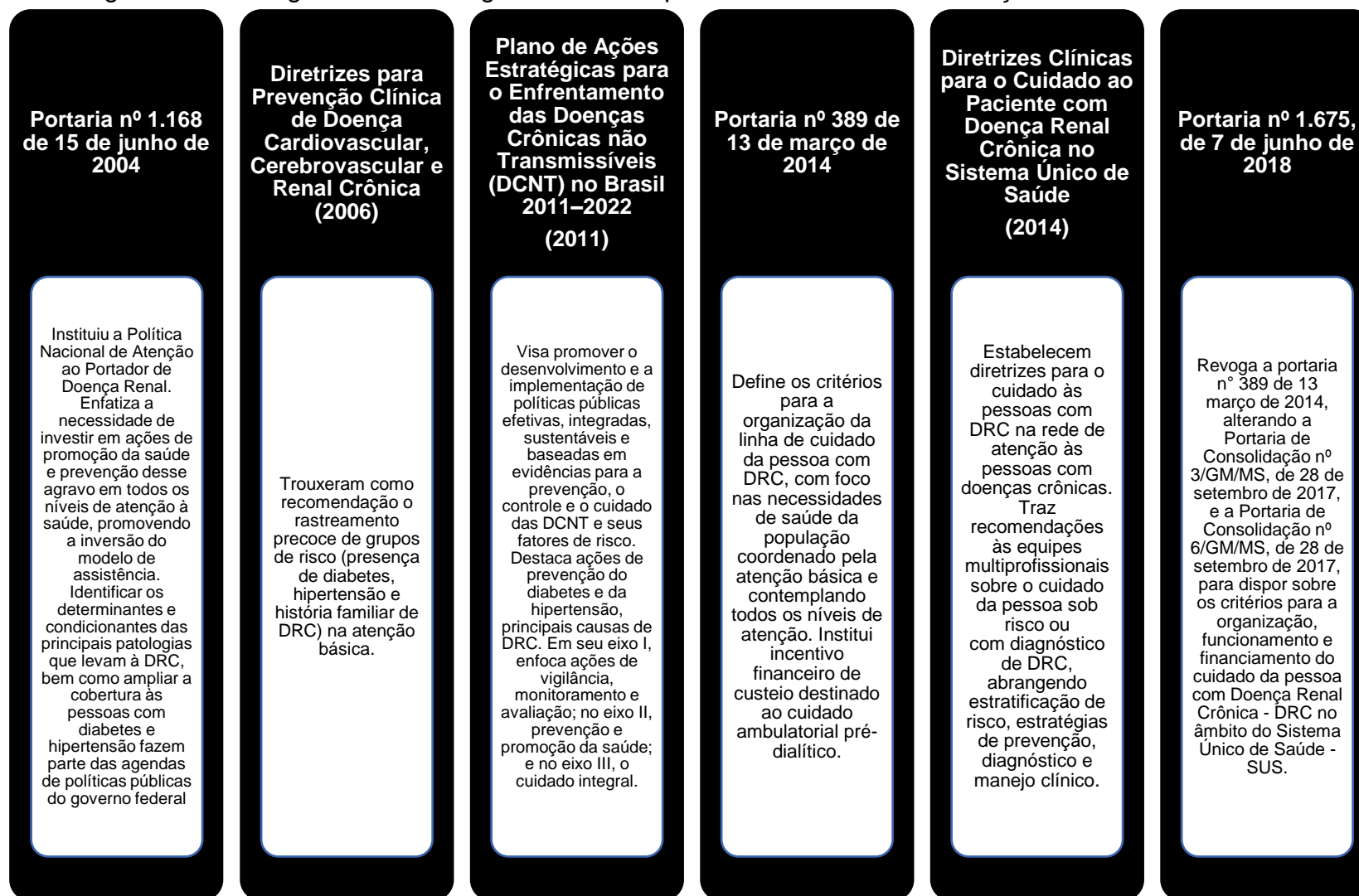
Antecedendo a publicação da Portaria supracitada, Bastos e Bastos (2007) já tinham proposto uma amostra de responsabilidades compartilhadas entre o Programa

Saúde da Família (PSF) e os profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção, em especial o nefrologista. Nessa amostra a equipe de Saúde da Família é dirigente pela identificação dos grupos de risco para DRC, diagnóstico e estadiamento da disfunção renal, encaminhamento precoce ao especialista, participação ativa no tratamento da doença em seus estágios iniciais (1, 2 e 3), prática de atividades preventivas, tais como, incentivo a hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico e aconselhamento antitabágico. Em contrapartida, em uma assistência integrada, a equipe nefrológica atua na interpretação do diagnóstico e das modalidades de TRS, na orientação nutricional e psicossocial, no planejamento terapêutico, encaminhamento ao angiologista para confecção de acesso vascular para diálise e, assume o cuidado de pacientes com DRC estágios 4 e 5.

De modo recente em 2018 foi implementada pelo Ministério da Saúde a Portaria GM nº. 1.675, de 07 de junho de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual foi motivo de muitas discursões por trazer um aumento temerário da carga de trabalho dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A normativa recebida como de visão o custo central e que desconsidera o perfil dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, alterando o paradigma anteriormente traçado, na contramão da garantia da qualidade da assistência prestada aos pacientes dialíticos (VELOSO; BIANCHETTI, 2018).

Por fim, abaixo consta na Figura 1 a sumarização dos marcos legais citados, os quais apontam experiências de estabelecer ações em prol de anunciar quanto às repercussões da DRC no Brasil.

Figura 1 - Estratégias e marcos legais brasileiros para enfrentamento da doença renal crônica



Fonte: Autoria Própria. DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; DRC: doença renal crônica

Em todas as situações, as tomadas de decisão devem contextualizar as ações para as circunstâncias únicas subjacentes. Pesquisas mostram que a concentração de ações inicialmente em áreas geográficas menores, em vez do país inteiro, costuma ser uma abordagem viável (WHO, 2013).

Não existe uma receita única para construir um sistema de saúde eficiente. No entanto, as ações são relevantes no desejo de melhorar a atenção integrada e redução das condições crônicas no Brasil. A elaboração de políticas não consiste uma garantia da implementação das ações nos ambientes de saúde, faz necessário vinculações entre estado, setor privado e os usuários.

3.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Os enfermeiros tem um papel fundamental na condição de educador. Uma das suas responsabilidades é incentivar o autocuidado à saúde, pois é o profissional que tem uma atuação mais próxima aos pacientes atuando na prevenção e progressão da DRC quando ele percebe as necessidades reais da clientela adstrita (PACHECO; SANTOS, 2005).

É necessário localizar e identificar os grupos de risco, bem como os pacientes com a doença instalada, nos quais a avaliação da função renal é imprescindível. Contudo, a atuação do enfermeiro geralmente ocorre de forma assistemática, aos pacientes na atenção básica em saúde, sem discriminar ações específicas da prevenção e da progressão, como sendo um processo intrínseco (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Para que seja possível reduzir a angústia dos pacientes e os gastos financeiros associados à doença, estratégias com foco na detecção precoce da doença renal e procedimentos terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão devem constar como objetivos. Segundo Romão Junior (2004), políticas de saúde devem ser criadas para contribuir na melhoria da saúde e qualidade de vida da população. Além disso, recomenda-se definir estratégias para as famílias se envolver no cuidado com a saúde de seus membros e na melhoria da qualidade de vida.

Na experiência do enfermeiro na atenção básica é possível identificar a falta de discussão sobre temas relacionados à doença renal e a importância da abordagem

para qualificação do atendimento. Segundo os autores Travagim et al. (2010), o acompanhamento é realizado, mas com deficiência, pois os profissionais de enfermagem se sentem despreparados e relatam necessidade de capacitação para esses atendimentos.

A educação permanente é de extrema importância, pois possibilita o desenvolvimento de estratégias que conduzem a essas mudanças. Travagim e Kusumota (2009) afirmam que não existe uma padronização nos conhecimentos dos enfermeiros acerca da DRC e identificam uma necessidade de realização da consulta de enfermagem direcionada aos fatores de risco. O profissional precisa identificar e diferenciar e, a partir disso, realizar uma avaliação e prevenção direcionadas para grupos específicos.

Avaliar os enfermeiros sobre o conhecimento sobre hipertensão arterial e suas complicações, reflete já uma dificuldade assistencial tanto teórica e prática e que, assim, almejam atualizações de suas assistências para proporcionar aos pacientes uma maior adesão ao tratamento. Para isso, toda equipe de enfermagem é indispensável no processo, pois todos devem se tornar educadores (SILVA; COLÓSIMO; PIERIM, 2010).

Bastos e Bastos (2007) afirmam que o estadiamento da TFG, tem sido um marcador importante ao diagnóstico precoce da doença, na maioria das vezes, quando é ainda assintomática. O rastreamento nos pacientes dos grupos de risco para DRC é efetuado a partir da estimativa da TFG ou da proteinúria, exames que são disponibilizados na atenção primária. Tanto o médico quanto o enfermeiro podem estimar a filtração glomerular, bem como determinar o estágio da DRC. Essas determinações apesar de simples, constituem instrumentos de relevância não só para o diagnóstico da DRC, mas também para o seu prognóstico e para o controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Estudos apontam que a solicitação de exames (urina tipo 1 e creatinina) por enfermeiros, relacionados ao acompanhamento da perda da função renal, deve possuir uma regularidade na prática assistencial e conforme a necessidade de cada paciente (TRAVAGIM et al., 2010).

Estratégia na avaliação da TFG e a presença de alterações de sedimento urinário devem seguir como critério para o estabelecimento de diagnóstico na atenção primária. Contudo é possível identificar que os profissionais de enfermagem não

realizam a análise e o estadiamento da Doença Renal Crônica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de forma estruturada (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Orsolin et al. (2005) destaca que pacientes diagnosticados com hipertensão dificilmente reconhece as complicações da doença. Necessitando de medidas estratégicas e tecnológicas para conscientizar os pacientes sobre a responsabilidade de sua saúde criando políticas públicas em todos os níveis educacionais (SILVA et al., 2015).

A função do enfermeiro como educador para evitar doenças crônicas não transmissíveis devem integrar as ações tanto para o paciente como família, afinal, uma melhora na qualidade de vida é importante para toda a população, e não apenas para os hipertensos. Quando o paciente reconhece o bom atendimento e o cuidado com sua doença, a tendência é haver participação nas atividades educativas, podendo acarretar melhor controle de seus níveis tensionais (MENEZES; GOBBI, 2010).

3.3 BARREIRAS QUE DIFICULTAM A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Com todo investimento em políticas públicas para DRC ainda observa que não foi suficientemente identificada e que frequentemente são tratadas de maneira inadequada. A falta de conhecimento sobre a DRC por profissionais ainda é uma das razões para a apresentação tardia da doença (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Na atenção básica a saúde existe algumas barreiras que envolve o controle da DRC em relação aos pacientes, profissionais e gerenciamento do sistema de saúde. Aos pacientes podemos observar à falta de consciência e compreensão sobre a doença, baixa adesão as recomendações do tratamento e o alto fardo dos custos de saúde para os pacientes. Quando direcionado aos profissionais da atenção básica é possível identificar algumas barreiras como a falta de conhecimento sobre a doença, dificuldades ao manejo e seus estágios, falta de informação das diretrizes e complexidades em sua implementação. Sobre o gerenciamento do sistema de saúde podemos citar o acesso limitado a serviços especializados em nefrologia, desafios na interpretação das medidas laboratoriais, a falta de recursos educacionais para os pacientes, modelos de registros limitados para diagnósticos e o tempo insuficiente

para gerenciar um processo complicado como a DRC, em que pacientes costumam ter comorbidades (NAZAR et al., 2014).

Como acontece com qualquer condição crônica, o manejo eficaz da DRC depende tanto da experiência clínica dos profissionais quanto dos comportamentos de autocuidado adequados dos pacientes. Isso depende de o paciente ser informado e ter conhecimento de sua condição de saúde. Neale, Middleton e Lambert (2020) revelam um nível de ansiedade entre os profissionais de saúde em como estratificar e diagnosticar a DRC aos pacientes, consequentemente subestimando a gravidade da condição. White et al., (2015) entrevistou pacientes com DRC em estágio 3 e descobriu que a divulgação limitada ou parcial do diagnóstico da doença era comum e frequentemente minimizado como "nada com que se preocupar" ou "nada sério". Esta abordagem pode banalizar a condição, por sua vez, limitando a capacidade do paciente de autogerir o problema, restringindo sua capacidade de fazer escolhas informadas sobre seu tratamento.

Barreiras relacionadas ao conhecimento do diagnóstico e tratamento da DRC, incluindo uma insatisfação com as políticas públicas existentes para a DRC e uma percepção da falta de treinamento sobre o tratamento foram identificadas em alguns estudos (NIHAT, 2016).

A importância do diagnóstico precoce a população de risco diminui o avanço da doença ao estágio final. Profissionais da saúde ainda não habituaram com a triagem da DRC através da TFG. Akbari et al., (2008) relata em sua pesquisa que após o treinamento de profissionais para percepção de DRC aumentou de 22,4% para 85,1% de paciente com diagnósticos em alguns dos estágios da doença.

Para Fisher, Ahya e Gordon (2017), a presença de alta carga de trabalho e disponibilidade limitada de tempo na atenção primária apresenta como desafios específicos no caso da DRC. Estudos sugere que, dos indivíduos com diagnóstico de DRC, a maioria tem pelo menos uma condição de comorbidade e muitos pacientes podem ter várias doenças. Essas condições são frequentemente associadas a estratégias de gerenciamento complexas e requerem encaminhamentos a vários especialistas, o que aumenta substancialmente a carga de trabalho associada ao gerenciamento dessas condições na atenção primária (FRASER et al., 2015).

Vaure et al., (2016), destaca os desafios associados à aplicação das políticas e diretrizes da DRC na prática clínica a pacientes com comorbidades, uma vez que

tais diretrizes e políticas são normalmente elaboradas para o manejo de uma condição individual.

Como já discutido a aplicação das diretrizes ao paciente com DRC com múltiplas comorbidades é particularmente desafiadora. Roberti et al., (2018) cita que para pacientes e profissionais de saúde, o manejo da comorbidade na DRC é complexo e exaustivo. Apesar desses desafios, as políticas destinadas ao paciente com DRC também foram descritas como úteis (NEALE; MIDDLETON; LAMBERT, 2020). Quando tomados em conjunto, esses resultados destacam o valor das políticas, mas enfatizam a necessidade de garantir que as diretrizes de gestão considerem as complexidades da condição.

Devido à natureza complexa da DRC, o manejo requer a contribuição de uma equipe multidisciplinar que abrange os cuidados primários e especializados. A identificação da DRC e a adesão às políticas públicas para o manejo da DRC em estágios avançados são maiores quando um nefrologista está envolvido no atendimento ao paciente, o encaminhamento precoce a este profissional está associado a desfechos favoráveis do paciente (PATWARDHAN, et al., 2007).

No entanto, um estudo identificou uma série de barreiras associadas ao funcionamento dessa equipe, relacionadas a questões como, identificação de papéis e influências sociais. As percepções entre profissionais de saúde, como nefrologistas, subestimam a importância de seus papéis e relações com seus pacientes, bem como a falta de delimitação clara de suas funções (GREER, et al., 2019).

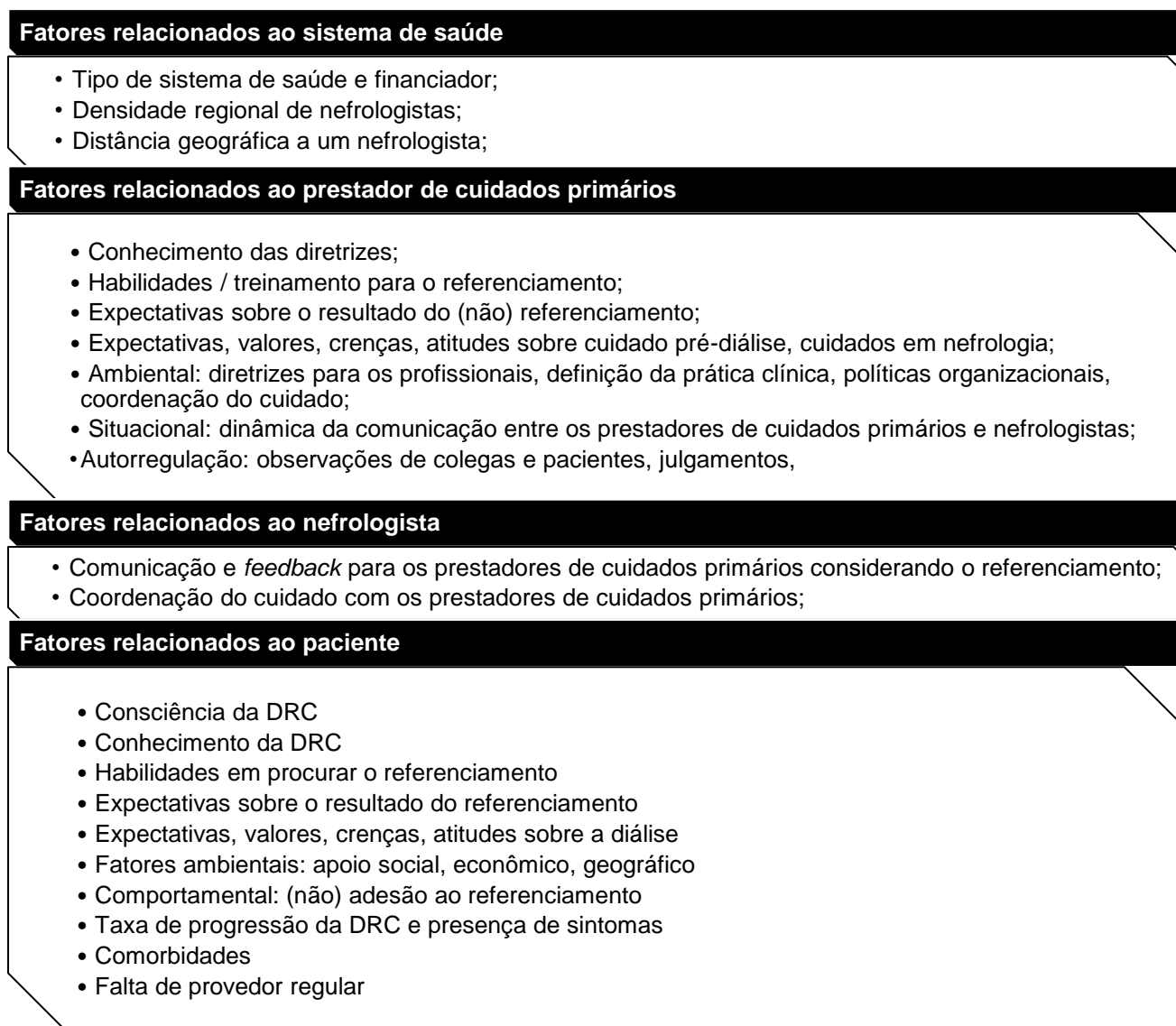
Os desafios relativos à comunicação inadequada entre os membros da equipe de saúde também foi uma barreira identificada. Outro ponto, foi a fraca colaboração entre especialistas e prestadores de cuidados primários, incluindo aqueles com condições complexas (GREER, 2019). Para uma gestão eficaz do paciente, é necessário um cuidado coordenado e colaborativo que englobe todos os membros da equipe de saúde.

Para identificação e gestão eficazes da DRC na atenção primária, estudos registram a importância da presença de suporte tecnológico, por exemplo, registros de profissionais de saúde eletrônicos compartilhados e cálculo automático dos marcadores de risco de lesão renal. Embora o tempo limitado e os desafios associados pelas comorbidades na DRC, esses achados sugerem que estratégias

práticas em torno do uso de registros eletrônicos possam, em parte, aliviar esses problemas (NEALE; MIDDLETON; LAMBERT, 2020).

Um modelo conceitual de possíveis fatores que influenciam o encaminhamento de paciente a serviços especializados, demonstrado na Figura 2, demonstra quatro fatores envolvidos na gestão do cuidado: sistema de saúde, prestadores de cuidado primário, nefrologista e paciente (SILVA, 2017).

Figura 2 - Modelo conceitual de fatores influenciadores do encaminhamento tardio



Fonte: FISCHER; AHYA; GORDON, 2011, p. 66, traduzido pelo pesquisador.
Nota: DRC - doença renal crônica.

Investimentos em programas de educação e prevenção à DRC se faz necessário, e deve perpassar a prevenção de suas principais causas – diabetes

mellitus e hipertensão arterial. Apoiar a planejamento do cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a Atenção Primária à Saúde, assim como, a responsabilização do usuário pelo seu cuidado, com proatividade e monitoramento das metas são algumas ações que possibilitarão alcançar resultados satisfatórios.

3.4 TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC é uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de AB, na necessidade de redefinir a rede de atenção às DCNT o MS publicou a portaria 483/2014 com objetivo de organizar as linhas do cuidado e atender as pessoas com acesso a promoção da saúde, prevenção de riscos e complicações, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2014).

Estudos sugerem que para realizar transformações no processo de trabalho o usuário deve ser abordado na rede de forma a compreender a sua dimensão física, psíquica, social e espiritual ao seja em sua singularidade, além da inclusão de tecnologias (tecnologias leves, leve-duras e duras) apropriadas para ao cuidado do usuário (MALTA; MERHY, 2010).

Atualmente existem três tipos de tecnologias utilizadas na área da saúde: dura, leve/dura e leve, que são exemplificados da seguinte forma: tecnologia dura são ferramentas de trabalho e aparelhos usados na assistência ao paciente, como o estetoscópio utilizado no exame, fichário para anotar prontuário, raio x, entre outros; tecnologia leve/dura é a ciência do profissional saber direcionar os processos de trabalho, bem estruturados, como a clínica do médico, da enfermeira, do fisioterapeuta; por fim, a expressão tecnologia leve se refere à comunicação direta, ao acolhimento, ao respeito à pessoa, à valorização das experiências pessoais de cada um e às necessidades individuais dos pacientes (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O Ministério da Saúde afirma que o termo Tecnologia tem como significado a fusão entre o conhecimento teórico (técnico-científico) e prático aplicada ao desenvolvimento de ferramentas, materiais e processos que, quando utilizado, auxiliam o profissional na resolução de alguns problemas. Desta maneira, compreende-se que uma tecnologia em saúde é qualquer ferramenta passível de utilização para promover a saúde. Esse conceito além de incluir as tecnologias que são utilizadas pelos pacientes inclui (tecnologias biomédicas) também os sistemas

organizacionais e de suporte por meios dos quais são oferecidos cuidados em saúde (BRASIL, 2009).

Os recursos tecnológicos quando utilizados na assistência do cuidado e na gerência de enfermagem poderá promover ao paciente um atendimento mais humanizado. As tecnologias em saúde trata-se de uma ciência da enfermagem, computação e informação no intuito de favorecer benefícios para a pesquisa, ensino e a práxis na enfermagem garantindo um cuidado, rápido, e de qualidade. Quando direcionamos o termo tecnologia para área da saúde identificamos alguns conceitos que vão desde ao uso de máquinas até intervenções mais simples, que precisam de conhecimentos científicos para serem utilizadas (LORENZETTI, 2012).

Tecnologias que favorece a sistematização da assistência em enfermagem faz parte de alguns desenvolvimentos tecnológicos que promove organização, reutilização, divulgação de dados e uma melhor comunicação entre os profissionais de enfermagem e usuários (HAYREINEN; LAMMINTAKANENB; SARANTO, 2010). Países como Estados Unidos, utilizam sistemas eletrônicos, desenvolvidos por cientistas clínicos e experts, que integram a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), os resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenções Nursing Interventions Classification (NIC). Já no Canadá é utilizado a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em parceria com o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de um catálogo e registro eletrônicos, padronizando as ações de enfermagem (HANNAH; BALL; EDWARDS, 2009).

Produção tecnológica é caracterizada, pela geração de produtos e de processos tecnológicos, com o intuito de contribuir na solução de problemas práticos. Acredita-se que quando se faz o uso de uma ferramenta inovadora na consulta de enfermagem durante o atendimento ao paciente com doença renal crônica, esta poderá atender suas necessidades e conseqüentemente trazer um impacto na saúde (CESTARI et al., 2017).

O manual de prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde, considera os cadernos de AB, acolhimento, prontuário e os protocolos do Ministério da Saúde uma tecnologia relacionada ao processo de comunicação. Esta tecnologia tem várias utilidades como; fonte de informação ao acompanhamento da evolução da doença renal crônica, intervenções

preventivas, elo de comunicação entre os profissionais de saúde e a população, atribuições e competências da equipe de saúde, critérios de encaminhamentos para referência e contrarreferência entre outros (BRASIL, 2006).

Atuação do enfermeiro diante de um paciente com doença renal crônica deverá ser baseada em pressupostos humanizados. O uso da tecnologia leve favorece o vínculo entre o profissional e paciente, colaborando com a subjetividade e autonomia no processo de trabalho. Enquanto a tecnologia leve-dura o enfermeiro deverá ter conhecimento dos protocolos, das normas, da clínica e epidemiologia da doença, para direcionar os processos de trabalho. As tecnologias duras, são representadas por equipamentos, como glicosímetro, aparelho de pressão, balança, formulários para registro de atividades da prática de grupo, também são utilizadas no processo de cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O acolhimento com tecnologia leve, é proposto pelo Ministério da Saúde em todas as instâncias de atendimento do SUS. O enfermeiro quando desenvolve escuta qualificada diante de um atendimento a um paciente com diagnóstico de doença renal crônica, ameniza a angústia do paciente, evita condutas desnecessárias, proporcionando uma boa interação com o profissional permeando a promoção e prevenção da DRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A incorporação da tecnologia dos testes de urinálise e dosagem de creatinina sérica no sangue na atenção primária durante a consulta ao paciente alvo ou com doença renal crônica tem contribuído para o rastreamento e diagnóstico, são utilizados como recursos estratégicos de fácil execução e que dispensam infraestrutura laboratorial, possibilitando início precoce do tratamento e conseqüentemente bloqueando a evolução da doença (SOBRÉ; COSTA; LIMA, 2007).

Este processo de desenvolvimento tecnológico tem como finalidade aprimorar o bem-estar do paciente. A utilização de tecnologias requer a reorganização dos serviços e o desenvolvimento de competência dos profissionais, ferramentas indispensáveis para edificação de novas práticas em saúde. O serviço de saúde deverá estar habilitado a promover o acesso do paciente precocemente, de forma qualificada, permitindo o uso das tecnologias apropriadas (SANTOS et al., 2013).

Para cada tipo de cuidado, existem tecnologias que são essenciais. Sendo assim quando o profissional enfermeiro faz o uso correto das tecnologias durante o atendimento, potencializa o cuidado e conseqüentemente diminui os riscos para o

desenvolvimento da doença e aumenta a efetividade do serviço de saúde (SILVA; FERREIRA, 2014).

Mudar a lógica de trabalho não é somente, estabelecer leis, decretos, portarias ou normativos. Há necessidade de discutir o perfil do profissional que opta em trabalhar na atenção básica. É necessário que os mesmos estejam comprometidos com as ações da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, garantindo a qualidade dos serviços de saúde. A incorporação de tecnologias não esgota a necessidades do uso de tecnologias relativas ao manejo dos processos de trabalho como educação permanente dos profissionais de saúde (LIMA; BRITO, ANDRADE, 2019).

Acredita-se que o uso de tecnologias inovadoras, utilizada de forma sistematizada pelo profissional enfermeiro durante a consulta de enfermagem aos grupos-alvo à doença renal crônica na atenção primária à saúde poderá transformar a realidade dos números alarmantes. Uma tecnologia utilizada na consulta de enfermagem para a consulta de grupos-alvo à doença renal crônica na atenção primária à saúde poderá trazer benefícios para a saúde do paciente. Esta ferramenta tem a capacidade de trazer novos produtos e serviços no que se refere à aplicação da sociabilidade, do lazer, das relações familiares, afetivas garantindo ao paciente qualidade de vida e capacidade de construção do seu próprio bem-estar.

3.5 A INTEGRAÇÃO ENTRE A ENGENHARIA CLÍNICA E A ENFERMAGEM

Os engenheiros biomédicos são encarregados de fazer avançar os cuidados de saúde para diagnóstico e fins terapêuticos (BHAT; KUMAR, 2013). Com objetivos de estabelecer soluções para problemas aos cuidados de saúde, desde robôs cirúrgicos para atendimento direto, dispositivos de reabilitação a aperfeiçoamentos do fluxo de trabalho. A experiência em engenharia e cuidados de enfermagem são vitais para fazer esses avanços clinicamente significativo e eficiente.

Enfermeiros que aprendem as práticas e ferramentas na prestação de cuidados de saúde através da Engenharia Clínica, convêm a ter uma abordagem inovadora para resolver problemas clínicos causando uma mudança de paradigma significativa em inovações de atendimento ao paciente, prática de enfermagem e saúde em geral (GLASGOW et al. 2018).

Esses profissionais terão a capacidade de se envolver em todas as fases da inovação biomédica - desde a identificação do problema clínico, passando pelo desenvolvimento de uma solução técnica, até a avaliação dos resultados clínicos (NEWSWIRE, 2014). Assim, terão conhecimento e uma concepção única para criar tecnologias que melhorem os resultados de saúde, criem eficiências e diminuam os erros assistenciais.

Parcerias entre saúde e engenharia não são tão recentes, as colaborações de grande sucesso entre medicina e engenharia, culminando no desenvolvimento do marca-passo (1958), o tomógrafo (1970) e medicamentos de liberação prolongada (1980). Apesar desses avanços que salvam vidas e melhorias na qualidade de vida e independência do paciente, continuam haver desafios com a segurança, continuidade, eficiência e relação custo-benefício dos cuidados de saúde (COMPTON; REID, 2008).

A assistência de enfermagem tem se tornado cada vez mais complexa. E essa relação não se deve apenas pelo processo de promoção e prevenção de doença que podem levar ao autocuidado, mas também devido à adoção de novas tecnologias que podem impactar a organização, priorização e tomada de decisão da prestação de cuidados de enfermagem (EBRIGHT, 2010).

Os maiores desafios para os enfermeiros incluem a integração de novas tecnologias na prática e o gerenciamento da interface da tecnologia humana, além também de inúmeras questões éticas e de segurança de dados (HUSTON, 2013).

As preocupações com a tecnologia nos cuidados de saúde e o impacto que podem ter sobre os pacientes e os cuidados de enfermagem foram ouvidos há algum tempo (Henderson, 1985) e continuam até hoje, como visto no webinar da American Nurses Association por Carol Huston "*Touch Vs Tech: Leading Care in a Technology-Driven Environment Without Losing the Human Touch*". Os enfermeiros trabalham em um ambiente que está em constante mudanças, onde há oportunidades de envolver tecnologias para melhorar os resultados dos pacientes (TIFFIN, 2013).

O futuro da assistência de enfermagem exigirá que os enfermeiros se tornem mais do que apenas usuários sofisticados de tecnologia. A assistência da enfermagem requer mudanças para um papel mais proativo, no qual os enfermeiros invistam em pesquisa e criação de tecnologias, que envolva questões de política e prática na criação de novos dispositivos de saúde e modalidades de cuidados.

Não é tão comum observarmos o trabalho da enfermagem em conjunto com profissionais engenheiros, porém tem se tornando importante esse paradigma. Dois exemplos recentes dessas parcerias inovadoras são um assistente de enfermagem inteligente telerrobótico de primeira geração, projetado por estudantes de enfermagem e engenharia da *Duke University* após o surto de Ebola em 2014. O assistente de enfermagem inteligente telerrobótico serve como uma alternativa ao contato humano que diminui o risco para os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com doenças infecciosas. Embora o assistente de enfermagem inteligente telerrobótico ainda esteja nas fases iniciais de desenvolvimento, os enfermeiros e engenheiros esperam criar uma interface melhor entre humanos e robôs para fornecer cuidados usando habilidades motoras finas e se assemelharem humanos na aparência para melhorar o nível de conforto dos pacientes (MORGAN, 2016).

Outro exemplo, coordenadores de enfermagem do setor de obstetrícia e médicos especializados em obstetrícia e ginecologia no *Beth Israel Deaconess Medical Center* colaboraram com engenheiros do *Massachusetts Institute of Technology* na avaliação do dimensionamento de pessoal de enfermagem. Enfermeiros gerentes participaram de simulações de computador para avaliar a tomada de decisão com relação às variações no censo de pacientes e alocações de recursos de pessoal. O aumento do censo da unidade está associado a atrasos no atendimento ao paciente na vida real e na simulação de computador. A simulação de computador é viável e método válido de demonstrar a sensibilidade das decisões de cuidado às mudanças no volume do paciente. Enfermeiros, médicos e engenheiros antecipam o uso de simulação para melhorar o gerenciamento de recursos clínicos (MOLINA et al., 2018).

A ideia de conexões de profissionais entre enfermagem e engenharia existe há quase 25 anos. Enfermeiros e engenheiros usam ciência e tecnologia e resolvem problemas práticos de forma criativa; no entanto, os enfermeiros se concentram na "arte de cuidar" e na "prática da promoção da saúde", enquanto os engenheiros se concentram sobre a "arte do design" e a "prática da construção" (OERTHER, 2017).

Em 1993, Hendrickson avançou com a ideia de que um novo profissional era necessário, o engenheiro de enfermagem, para especificar, construir e educar profissionais e pacientes no uso de sistemas de informação. Essa ideia foi tema de discussão posterior por Eisenhauer (2015), que defendeu a criação de uma nova

disciplina, enfermagem em engenharia, nos moldes da engenharia biomédica em vez da combinação de duas disciplinas distintas: enfermagem e engenharia biomédica.

Atualmente não temos um sistema educacional integrado que ver a enfermagem-engenharia como uma disciplina completa, mas sim uma malha de enfermagem a um grau técnico. Até o momento, nenhuma universidade criou uma disciplina inteiramente nova, ou seja, enfermagem-engenharia, mas algumas universidades criaram colaborações únicas ou graus conjuntos para melhorar as experiências do paciente ou comprovação da eficiência do sistema de saúde (GLASGOW, 2018).

Com base nessas ideias, os objetivos da enfermagem na engenharia clínica para os cuidados de saúde terão como alvo projetar e implementar novos equipamentos, tecnologias e sistemas; criar cuidados seguros nos ambientes assistências para os pacientes; garantir que haja uma ética e estrutura de segurança de dados para atendimento; e desenvolver estratégias de comunicação e mensagens eficazes para médicos, pacientes e seus cuidadores (GLASGOW, 2018).

Contribuições da enfermagem no desenvolvimento de inovações tecnológicas na saúde faz necessária desde o conceito, pesquisa e estágios de desenvolvimento de qualquer produto ou sistema. Muitas vezes a enfermagem está envolvida apenas no teste ou avaliação de um produto já acabado, quando importantes alterações de funcionalidade podem não ser possíveis. Vemos os enfermeiros serem empregados em hospitais ou clínicas para funções assistências e administrativas, mais de forma atípica em atividades de pesquisa e desenvolvimento.

Korhonen, Nordman e Eriksson (2015) sugere que a tecnologia de uma perspectiva ética precisa ser considerada como um serviço (direitos humanos, privacidade e confidencialidade), um processo (dignidade humana, autonomia, exclusividade, consentimento informado) ou um produto ou dispositivo (segurança, benefícios, prevenção de danos). Em cada caso, a necessidade de que a tecnologia e a enfermagem tenham um entendimento comum é essencial no domínio da enfermagem e da ciência do cuidado, com nossa ênfase na ética, dignidade e bem-estar humano.

Atualmente, publicações acadêmicas, pesquisas conduzidas por enfermeiros, diretrizes de melhores práticas baseadas em evidências e periódicos de enfermagem documentam as contribuições dos enfermeiros para a base de conhecimento de

saúde. Além disso, existem alguns exemplos de enfermeiras que aperfeiçoaram a assistência de enfermagem por meio de novas invenções tecnológicas (NURSING ENTRE PRENEURS, 2013).

De acordo com Metler (2005), 42 enfermeiras foram responsáveis por apenas 94 invenções de 1865 a 2003. Exemplos recentes de melhorias no atendimento ao paciente incluem (a) o *Bili-Bonnet*, um gorro de rede de compressão sem látex usado para manter os protetores oculares no lugar, reduzindo assim o risco de exposição à luz ultravioleta quando os neonatos são tratados para icterícia (PAOLUCCI, 2000); (b) o *Aqua-Box*, um recipiente montado na parede que permite que fluidos contaminados sejam tratados com um desinfetante aprovado pela *Food and Drug Administration* e, em seguida, descartados em redes de esgotos (ELGHANAYAN, 2000); e (c) o *Neonur*, um dispositivo que mede a complexa coreografia de sucção, respiração e deglutição que podem indicar problemas de desenvolvimento em bebês prematuros, desenvolvidos para diminuir o risco de falta de crescimento, afetando atualmente metade de todos os recém-nascidos com defeitos cardíacos congênitos (UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA SCHOOL OF NURSING, 2014).

Devido à natureza de sua função na área de saúde, os enfermeiros estão em uma posição privilegiada para ver o funcionamento assistencial, assim podem avaliar o que precisa ser aprimorado (KLIGER et al., 2010). Uma vez que os enfermeiros são os prestadores de cuidados primários aos pacientes em ambientes de cuidados, é provável que muitas oportunidades importantes de melhoria do atendimento ao paciente estejam sendo perdidas quando os enfermeiros não estão sendo contratados ou participando da inovação tecnológica.

Novas colaborações da enfermagem e engenharia biomédica têm o potencial de mudar consideravelmente o panorama da interface da enfermagem tecnológica. Cooperações entre a enfermagem e engenharia têm o potencial de criar uma mudança de paradigma e desenvolver tecnologias e resolver problemas clínicos reais. Essa mudança oferece uma oportunidade para enfermeiros, de melhorar o atendimento ao paciente e os resultados por meio de uma maior participação e reconhecimento de inovações importantes e valiosas nos dispositivos de atendimento ao paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica que conforme Polit e Beck (2019) busca enfocar o desenvolvimento de ferramentas específicas, coleta de dados, investigação, organização e análise dos dados com o intuito de proporcionar a melhoria, confiabilidade e validade desses instrumentos.

Esse tipo de estudo propõe-se apresentar hipótese, métodos de coleta de dados, medição e técnicas de análise de dados e possui como meta a construção de instrumento que possa ser utilizado por outros pesquisadores e profissionais na prática de enfermagem (LOBIONDO; HABER, 2014).

Assim sendo, este estudo construiu e validou um instrumento de consulta de enfermagem para paciente de grupos-alvos ou com DRC. Lobiondo e Haber (2014), afirmam que a validação do conteúdo e aparência do instrumento para consulta permitirá a produção de uma tecnologia confiável e válida para o fim que se destina.

A construção do instrumento contemplou as etapas do processo de enfermagem: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação da Assistência de Enfermagem e Avaliação com as quais o enfermeiro tomará decisões no atendimento a pacientes com DRC, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TANNURE; PINHEIRO, 2019). Disposta na resolução do COFEN 358/2009, que também traz a sua obrigatoriedade em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

O estudo foi realizado em quatro fases: 1. Construção do instrumento com base na revisão integrativa da literatura; 2. Concepção do instrumento de consulta de enfermagem a paciente-alvos ou com DRC; 3. Recrutamento dos juízes para participar do estudo e 4. Validação de conteúdo quanto a estrutura, apresentação, clareza e relevância do material por juízes especialistas.

4.2 FASES DO ESTUDO

4.2.1 Revisão integrativa

Trata-se de uma revisão integrativa com intuito de identificar a produção científica a respeito da consulta de enfermagem a pacientes-alvo ou com DRC

atendidos na atenção primária, com a finalidade de um embasamento teórico para elaboração do construto. Esse método de pesquisa permite a síntese dos resultados de múltiplos estudos relacionados com um problema específico, contribuindo para o aprofundamento do tema pesquisado e auxiliando na tomada de decisão (QUAGLIO; BUENO; ALMEIDA, 2017).

Para tanto, foram selecionados os descritores no DeCS/Mesh (Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*): doença renal crônica / *chronic kidney Disease*, tecnologia / *technology*, enfermagem / *nursing* e validação / *validation*, em inglês, espanhol e português. As bases de dados selecionadas foram PUBMED/MEDILINE, CINAHL Complete EBSCO, SciVerse Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A busca procedeu-se no mês de junho de 2020 e a delimitação temporal compreendeu o período de 2015 a 2021. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, de acesso gratuito, disponível *on-line*, nos idiomas em inglês, espanhol e português. Foram excluídas estudos de revisão, estudos duplicados, capítulos de livros, reportagens, notícias e editoriais.

Foram identificados nas bases de dados o total 148 artigos que após a utilização dos critérios de exclusão foi possível obter 8 para leitura na íntegra, dos quais somente 5 preencheram adequadamente os critérios de inclusão, sendo assim, selecionados para esta revisão integrativa.

Além disso, buscou-se dados nos manuais disponíveis na internet do Ministério da Saúde com conteúdo direcionado à atenção ao paciente a doença renal crônica, como o caderno de atenção básica, prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica (BRASIL, 2006) e as diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

4.2.2 Etapa: Construção do instrumento de consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com a doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde

No presente estudo foi concebido um Instrumento para Consulta de Enfermagem (APÊNDICE A), com perguntas objetivas e subjetivas constituído com dados da investigação (anamnese), Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções,

Resultados esperados, Avaliação, embasados na teoria das necessidades humana básicas (OLIVEIRA et al, 2019).

O instrumento utilizado na CE é composto de 5 (cinco) etapas – investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução/resultados:

– Investigação: abordou dados sobre a DRC como a identificação dos dados pessoais, antecedentes de insuficiência renal, resultados de exames, conhecimento sobre a história da doença atual, as necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespiritual. O cartão do paciente hipertensos e diabético recomendado pelo Ministério da Saúde.

– Diagnóstico de enfermagem: Foram elaborados tendo como referência a taxonomia II da NANDA-I (2018-2020) distribuídos de acordo com os requisitos das necessidades humanas básicas, onde o autor escolheu conforme sua experiência na Estratégia Saúde da Família no acompanhamento ao paciente com DRC, e os Diagnóstico de Enfermagem achados na revisão de literatura realizada durante este estudo que contemplam a DRC na atenção básica (psicobiológicas – sono e repouso, nutrição, sexualidade, terapêutica; psicossociais – segurança, amor, comunicação, aprendizagem, sociabilidade, recreação/lazer, autoestima, participação, autoimagem; psicoespiritual – religião).

– Planejamento: Após o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem foram planejadas as intervenções de enfermagem pertinentes para cada diagnóstico, buscou-se na literatura os resultados esperados apropriados diante de cada diagnóstico, com base em NIC e NOC (2012), pensando-se na clientela em questão que é os pacientes de grupos-alvos ou com DRC na AB.

– Implementação: Contemplou orientações ao paciente quanto às intervenções de enfermagem, serão identificadas as responsabilidades do paciente e da equipe de saúde.

– Evolução/resultados: será realizada uma avaliação acerca do planejamento e implementação, ou seja, verificar se o plano de ações traçados para o paciente modificam (novas intervenções/resultados) realizando uma nova avaliação.

O instrumento da Consulta de Enfermagem proposto por esse estudo o profissional de enfermagem irá identificar e assinalar as intervenções adequadas para cada diagnóstico. Vale salientar, que em todas as Consulta de Enfermagem o

instrumento deverá ser alimentado com as devidas anotações mediante a condição de saúde do paciente, em que serão introduzidos ou retirados diagnósticos do plano de ação. Caso haja alterações nas condutas de enfermagem deverá haver um novo planejamento das ações a ser prescrita.

4.2.3 Etapa: Forma de recrutamento dos participantes e coleta de dados

Os participantes foram selecionados pela técnica de amostragem intencional, em que o pesquisador seleciona os membros que irão participar por decisão própria, baseado em suas especificidades acerca do tema estudado (POLIT; BECK, 2019). Além deste, foi utilizado seleção de juízes por meio da amostragem de rede ou “bola de neve” (snowball) sendo este um método utilizado quando a população consiste em pessoas com características raras, dificultando o recrutamento. Desta forma, ao encontrar um participante que se enquadra nos critérios de elegibilidade foi solicitada a indicação de outros possíveis participantes (POLIT; BECK, 2019).

A forma de recrutamento dos participantes deu-se pela análise de currículo disponibilizado na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) mediante o refinamento da pesquisa. Foi realizado uma busca por profissionais enfermeiros que atuassem na atenção básica em Saúde, docentes e pesquisadores envolvidos na temática hipertensão, diabetes mellitus, saúde do idoso, doença renal crônica e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Os participantes foram denominados de juízes e escolhidos diante dos critérios de inclusão e exclusão descritos logo abaixo.

Segundo Pasquali (2013), o número de especialistas para validação do instrumento pode variar entre 6 e 20 participantes. Esses juízes representam a validação do instrumento quanto a sua confiabilidade e a validade os quais são atestadas por meio dos métodos de avaliação de conteúdo e validade do constructo.

Para o processo de seleção dos juízes em enfermagem foram empregados critérios adotados (Tabela 4) pelo sistema de classificação de Jasper (1994).

Tabela 4 – Critérios para seleção de juízes em Enfermagem

Critérios	Pontuação
Experiência na área do estudo há pelo menos um ano	2/ano
Capacitação em Saúde Coletiva/Pública nos últimos três anos	2/ano
Especialização em áreas afins	2/ano
Mestre em Saúde Coletiva/Pública ou afins	1/ano
Doutor em Saúde Coletiva/Pública ou afins	1/ano
Participação em eventos nos últimos três anos	0,5
Experiência docente na temática de DRC/ESF	1/ano
Participação em grupos/projetos de pesquisa na área de saúde pública e afins	1/ano

Fonte: Elaborado pelo autor

Os juízes que obtiveram no total mínimo de quatro (4) pontos participaram do estudo. Foram convidados a participar do estudo por meio de uma carta convite via correio eletrônico, na qual explicava os objetivos da pesquisa.

Aos juízes que aceitaram participar da pesquisa, foi enviado pelo *Google Forms* o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para que fosse registrado sua anuência e em seguida responderam o instrumento de validação da tecnologia para consulta de enfermagem a pacientes de grupos-alvos ou com DRC. Foi estipulado um prazo de quinze (15) dias para devolução. No caso dos juízes que não responderam no período definido, foi realizado um novo contato, concedendo outro prazo de mais quinze (15) dias para a devolução, para que todos selecionados participassem do estudo.

Foram enviadas trinta (30) cartas convites via e-mail, porém obteve-se como aceitação para participação no estudo o número mínimo de 18 juízes.

O período para a coleta de dados deu-se entre os meses de março a junho de 2021. Para esta coleta foi enviado aos juízes o instrumento (APÊNDICE B) que abrangeu duas partes:

Parte I – Dados sociodemográfico (idade, sexo, titulação, atuação profissional atual e tempo de trabalho).

Parte II – Composta da avaliação dos objetivos, estrutura e apresentação e a relevância do instrumento de consulta de enfermagem.

4.2.4 Etapa: Validação do instrumento para consulta de enfermagem

Esta etapa foi utilizada a escala de *Likert*, pela necessidade de identificar a qualidade do constructo, por ser amplamente empregada e possuir representatividade científica e demanda menos recursos e tempo (LUCIAN; DORNELAS, 2014).

As respostas do instrumento utilizada no estudo foram apresentadas sob a forma da escala de *Likert* em quatro pontos equivalentes conforme descrito abaixo:

- 1- Inadequado (I)
- 2- Parcialmente adequado (PA)
- 3- Adequado (A)
- 4- Totalmente adequado (TA)

A escala de *Likert*, permite que os juízes manifestem o seu grau de consentimento sobre os questionamentos propostos no estudo atribuindo um valor a cada item (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Nos casos em que as respostas obtiveram notas 1 e 2, foi solicitado aos juízes que justificassem as suas respostas.

Para validar os Objetivos, Estrutura, Aparência, Clareza e Relevância do instrumento para consulta de enfermagem foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (APÊNDICE B).

Esse método utiliza uma escala do tipo *Likert* com pontuações de um (inadequado) a quatro (totalmente adequado). O índice foi calculado a partir do somatório de concordância dos itens marcados como “3” e “4” pelos especialistas, dividido pelo total de respostas. Foi considerado aceitável o IVC com taxa mínima de 0,80 para adequação de objetivos, estrutura e relevância, uma vez que autores recomendam esse valor como aceitável para validações com mais de 6 juízes (POLIT; BECK, 2019).

Os objetivos referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da ferramenta tecnológica. A estrutura, aparência e clareza referem-se à forma de apresentar o instrumento para consulta de enfermagem. Inclui sua organização, estrutura, aparência, coerência e formatação, enquanto a relevância refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado.

Para calcular o IVC dos itens, foi dividido o número total de juízes, que atribuíram escore de 3 ou 4 em uma escala ordinal de quatro pontos com significância de “adequado” a “totalmente adequado”, pelo total de juízes que avaliaram o item (WYND; SCHIMIDT; SCHAEFER, 2003).

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de pessoas "3" ou "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Também houve o cálculo do teste binomial para avaliar a concordância e consistência dos especialistas em relação aos itens do instrumento, sendo definido um valor igual ou superior a 80% para considerar o item adequado se o teste não apresentasse significância estatística ($p > 0,05$) (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Todas as análises estatísticas foram realizadas no software Stata 13.0.

4.2.5 Etapa: Correção do instrumento da consulta de enfermagem ao paciente com doença renal crônica

Após a validação do instrumento da consulta de enfermagem pelos juízes, foram analisadas as sugestões e críticas de modo a refinar o instrumento da Consulta de Enfermagem, o qual foi elaborado um quadro de resumo com sugestões.

4.2.6 Preceitos éticos

Os procedimentos éticos-legais da pesquisa seguiram as normas contidas na Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, a qual aponta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil, o qual o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Brasil, sido aprovado com o parecer Nº 4.599.353 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa tiveram sua integridade emocional e física preservadas, direito à livre desistência, sigilo e confidencialidade das informações e identificações concebidas concedidas e tiveram acesso as essas informações. Não haverá aos participantes prejuízo financeiro.

A pesquisa foi realizada com anuência formal dos especialistas por meio da leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE C). A importância do TCLE se dá em respeito à dignidade humana, exigindo que toda pesquisa com seres humana se processe com o consentimento livre e esclarecido dos participantes de forma que os mesmos possam se manifestar, de forma autônoma, consciente livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

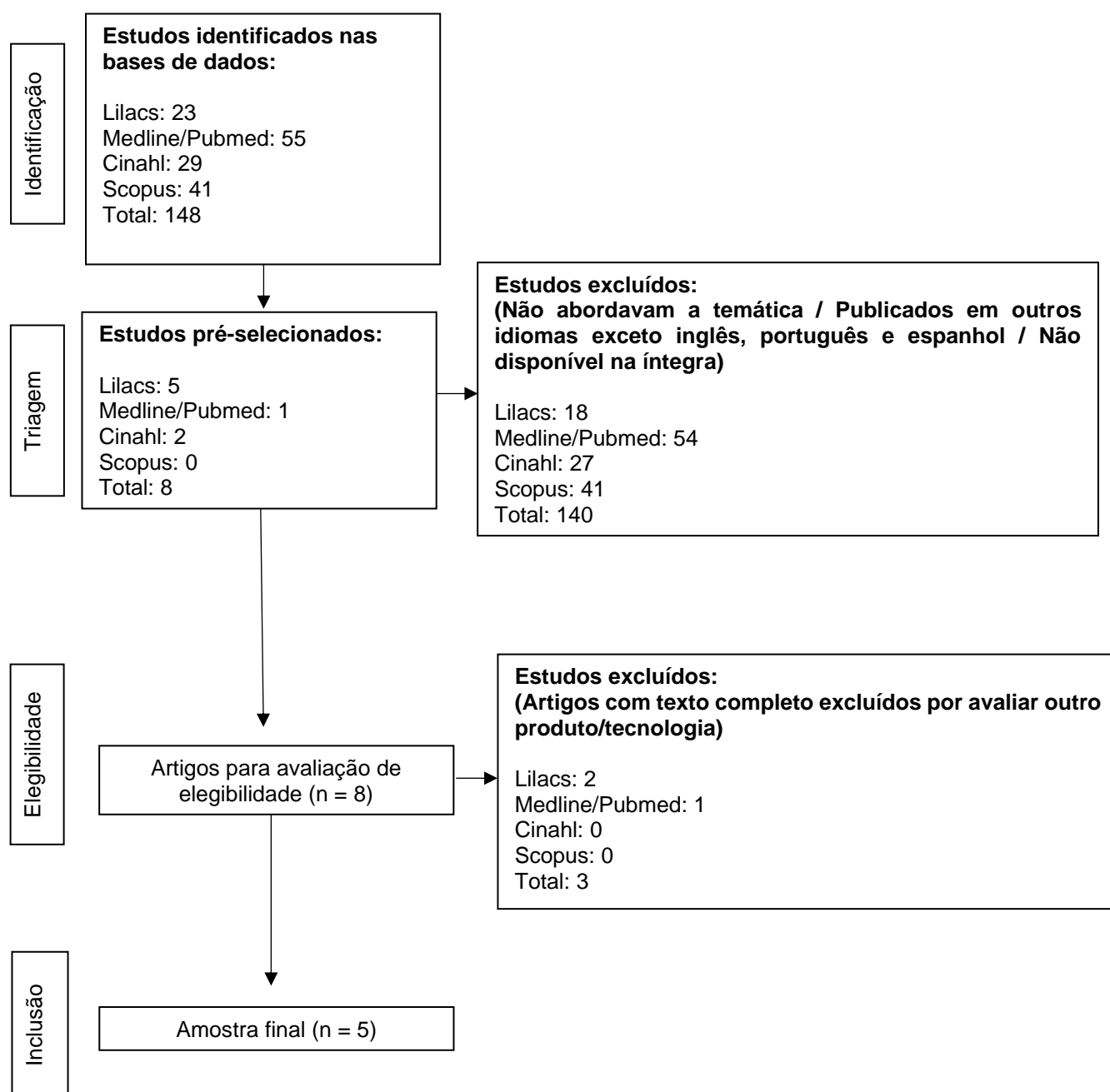
5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA PARA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

Um resumo da busca eletrônica realizado no mês de abril de 2021, através da PUBMED/MEDILINE, CINAHL Complete EBSCO, SciVerse Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) é apresentado na Figura 3.

No Quadro 1, encontra-se a distribuição dos estudos selecionados para compor a amostra final da revisão integrativa, segundo autor, ano e local do estudo, título do estudo, tipo de estudo, amostra, instrumento de avaliação e resultados.

Figura 3 - Fluxograma de descrição dos artigos, encontrados, excluídos e selecionados de acordo com cada base de dados.



Fonte: Autoria Própria.

Os países com maior representatividade foram Brasil, com 4 artigos. Também foi publicado estudo sobre a temática, em Portugal. Com relação ao ano de publicação, houve predominância dos estudos publicados em 2016 (n=2). Quanto ao objetivo, os estudos abordaram a validação de tecnologia (n=5). A maior parte dos estudos eram do tipo transversal (n=2), com nível de evidência VI (Quadro 1).

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa

Autor, ano e local do estudo	Título do estudo	Tipo do estudo	Amostra	Resultados
SANTOS et al, 2021, Maringá, Paraná, Brasil.	Tecnologia educacional para pessoas com doença renal crônica: construção e validação de conteúdo	Pesquisa metodológica desenvolvida em quatro fases: diagnóstico situacional; revisão de literatura; elaboração da cartilha e validação do conteúdo com cinco experts.	Os participantes do processo de elaboração foram 48 pessoas em hemodiálise e, de validação, cinco profissionais de saúde.	A cartilha foi encaminhada para cinco experts da área para a realização da validação do conteúdo
LINS et al, 2016, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.	Validação do questionário de adesão do paciente renal crônico em hemodiálise.	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, que buscou a validação das propriedades psicométricas - confiabilidade e validade - do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise (QA-DRC-HD), versão adaptada para o Brasil.	Os participantes do estudo foram nove especialistas, assim considerados por possuírem no mínimo dois anos de experiência com titulação oferecida pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.	A amostra foi considerada adequada pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (0,815; $p < 0,001$).
MELO et al, 2020, Fortaleza, Ceará, Brasil.	Validação psicométrica do general comfort questionnaire em renais crônicos hemodialíticos	Estudo metodológico. Submetido a análise fatorial exploratória e confiabilidade de dados.	Participaram 260 pacientes renais crônicos submetidos a aplicação do General Comfort Questionnaire, versão Brasileira.	O General Comfort Questionnaire é válido e confiável para medir o conforto em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

SOUSA et al, 2016, Lisboa, Portugal.	Validação da positive and negative affect schedule em pessoas com doença renal crônica	Estudo metodológico. Avaliação das propriedades psicométricas: validade (construto, convergente e preditiva), confiabilidade (α de Cronbach) e estabilidade (teste-reteste).	A amostra randomizada foi constituída por 171 pessoas com doença renal crônica, submetidas a hemodiálise em duas clínicas na região de Lisboa, Portugal.	Permitiram verificar que a escala Positive and Negative Affect Schedule apresenta duas dimensões distintas de afeto positivo e negativo, confiáveis e estáveis, obtidas por entrevista e por questionário.
LINS et al, 2017, Rev Bras Enferm, Brasil.	Adaptação cultural e validação do questionário de avaliação sobre a adesão do portador de doença renal crônica em hemodiálise: uma contribuição para a gerência do cuidado de enfermagem.	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	A amostra foi composta por oito especialistas em nefrologia, selecionados conforme critérios de inclusão.	A versão final do instrumento foi produzida em português e considerada a versão final do questionário.

Fonte: Autoria Própria.

Essa fase objetivou em identificar na literatura evidências para embasar a construção de um instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na atenção primária à saúde.

5.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

5.2.1 Caracterização dos juízes

Quanto as características, observados na Tabela 5, os avaliadores apresentavam idade mediana de 31 anos (IQR: 25 – 34), variando de 23 a 39 anos. O sexo predominante foi o feminino (94,4%; n=17) e todos eram graduados em enfermagem. A maior parte dos juízes apresentou tempo de formação variando entre um a cinco anos (33,3%; n=6) e com formação na área de atenção primária ou saúde pública (33,3%; n=6).

A maior parte dos juízes referiu trabalhar atualmente na assistência (72,2%; n=13) e unidades básicas de saúde (72,2%; n=13). A função desempenhada pela maioria foi a de assistência direta ao paciente (77,8%; n=14). O tempo de trabalho

mostrou-se similar entre as categorias <1 ano (38,9%; n=7), entre um e cinco anos (22,2%; n=4) e de seis a dez anos (33,3%; n=6). A maioria dos participantes trabalha com paciente hipertenso, diabético ou com insuficiência renal (94,4%; n=17).

Tabela 5 - Características dos juízes.

	N	%
Sexo		
Feminino	17	94,4
Masculino	1	5,6
Formação		
Enfermagem	18	100,0
Tempo de formação		
<1 ano	3	16,7
1 a 5 anos	6	33,3
6 a 10 anos	5	27,8
>10 anos	4	22,2
Titulação		
Residência ou Especialização	15	79,9
Mestrado	2	11,1
Área de formação		
Atenção primária ou saúde pública	6	33,3
Gestão	2	11,1
Obstetrícia	2	11,1
Outro	3	16,7
Não informado	5	27,8
Ocupação atual		
Assistência	13	72,2
Ensino	2	11,1
Outra	3	16,7
Local de trabalho		
UBS	13	72,2
Gestão	2	11,1
IES	2	11,1
Hospital	1	5,6
Função		
Assistência	14	77,8
Coordenação	2	11,1
Ensino	2	11,1
Tempo de trabalho		
<1 ano	7	38,9
1 a 5 anos	4	22,2
6 a 10 anos	6	33,3
>10 anos	1	5,6
Trabalha com paciente hipertenso, diabético ou com insuficiência renal		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6

Fonte: Autoria Própria.

5.2.2 Instrumento de validação do conteúdo

A avaliar o IVC dos itens de avaliação do instrumento, ressaltados na Tabela 6, identificou-se que todos os itens foram considerados validados ($IVC > 0,80$). Na análise do IVC individual, o item relacionado ao terceiro objetivo “O uso do instrumento aos paciente-alvos ou com doença renal crônica contribuirá na adesão ao tratamento” foi o que apresentou menor valor ($IVC = 0,83$), mesmo assim o valor estava dentro do ponto de corte considerado para validade ($IVC > 0,80$). O instrumento como um todo apresentou um IVC geral de 0,90 (IC95%: 0,86 – 0,93).

Quando realizado o teste binomial para identificar concordância entre os avaliadores, observou-se que quando estipulada uma concordância de 80%, não foi possível obter diferenças entre os juízes. Assim, o conteúdo foi validado com pelo menos 80% de concordância entre os avaliadores.

Tabela 6 - Validação do conteúdo do instrumento de consulta de enfermagem.

Item do instrumento	IVC	IC95%		Sig.
		Limite Inferior	Limite Superior	
Bloco objetivos				
1. A linguagem utilizada está compatível com o público-alvo	0,94	0,73	1,00	0,10
2. O instrumento poderá promover mudança de comportamento e atitudes dos paciente-alvos a doença renal crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
3. O uso do instrumento aos paciente-alvos a doença renal crônica contribuirá na adesão ao tratamento	0,83	0,59	0,96	0,50
4. O uso do instrumento facilitará o atendimento paciente-alvos a doença renal crônica	0,94	0,73	1,00	0,10
Bloco estrutura e apresentação				
1. O artefato será apropriado para ser utilizado nas consultas aos paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
2. As informações são suficientes para realizar as etapas do Processo de Enfermagem	0,94	0,73	1,00	0,10
3. Há uma sequência lógica no instrumento	0,89	0,65	0,99	0,27
4. As informações apresentadas no instrumento estão cientificamente corretas	0,89	0,65	0,99	0,27
5. A organização do instrumento está adequada	0,89	0,65	0,99	0,27
6. O tamanho das letras dos títulos, subtítulos e texto está adequado	0,89	0,65	0,99	0,27
7. Os diagnósticos presentes no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
8. As intervenções apresentadas no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
9. Os resultados esperados no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
Bloco relevância				
1. O instrumento para consulta de enfermagem irá servir como guia ao atendimento de paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
2. O instrumento é necessário para o atendimento de paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	0,89	0,65	0,99	0,27
3. O instrumento para consulta de enfermagem utilizado poderá trazer respaldo clínico ao enfermeiro	0,89	0,65	0,99	0,27
IVC geral do instrumento	0,90	0,86	0,93	-

Fonte: Autoria Própria.

5.2.3 Avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem

Quanto à avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem, enfatizados na Tabela 7, 94,4% (n=17) dos juízes consideraram que todos os aspectos do histórico, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados estavam claros e relevantes. Somente um avaliador apontou como “em parte”.

Somente uma sugestão foi dada quanto à clareza e somente para o diagnóstico. Sugeriu-se incluir a etapa planejamento após o diagnóstico e recursos físicos.

Quanto à relevância do histórico, foi sugerida a inclusão de espaço para inserção de histórico de doenças, fatores hereditários, medicações em uso. Acerca da relevância do diagnóstico, foi sugerida a inclusão a etapa planejamento após a etapa de diagnóstico (graduando o tempo esperado para o alcance da meta exemplo: 1 semana, 2 semanas, entre outros). Com relação à relevância das intervenções, foi sugerida inclusão da graduação alvo do resultado de 1 a 5, como proposto no NIC e NOC.

Tabela 7. Avaliação da clareza e relevância dos componentes do instrumento de consulta de enfermagem.

Itens do Instrumento	Clareza		Relevância		IVC
	N	%	N	%	
Histórico					
Sim	17	94,4	17	94,4	1
Em parte	1	5,6	1	5,6	
Não	0	0	0	0	
Diagnósticos de Enfermagem					
Sim	17	94,4	17	94,4	1
Em Parte	1	5,6	1	5,6	
Não	0	0	0	0	
Intervenções e resultados					
Sim	17	94,4	17	94,4	1
Em Parte	1	5,6	1	5,6	
Não	0	0	0	0	

Fonte: Autoria Própria

5.2.4 Sugestões realizadas pelos juízes para validação do instrumento

Os questionamentos subjetivos, bem como as sugestões dos juízes avaliadores, foram compiladas e organizadas em forma de quadro, posteriormente, analisamos e, quando pertinentes, discutidas quanto a serem acatadas ou não acatadas, conforme literatura pertinente.

Destacam-se aqui as sugestões que foram acatadas e aquelas não acatadas, para elaboração do instrumento final de consulta de enfermagem.

Quadro 2 - Sugestões realizadas pelos juízes para validação do instrumento

Itens	Sugestões	Status
A	Incluir a etapa planejamento após o diagnóstico e recursos físicos.	Não acatada
B	Incluir o espaço para inserção de histórico de doenças, fatores hereditários, medicações em uso.	Acatada
C	Incluir na etapa planejamento após a etapa de diagnóstico (graduando o tempo esperado para o alcance da meta exemplo: 1 semana, 2 semanas, entre outros).	Não acatada
D	Incluir na relação intervenções a graduação alvo do resultado de 1 a 5, como proposto no NIC e NOC.	Não acatada

Fonte: Autoria Própria

Dentre as sugestões não acatadas, ressalta-se no item quanto à clareza somente uma sugestão foi dada para o diagnóstico. Sugeriu-se incluir a etapa planejamento após o diagnóstico e recursos físicos (Quadro 2-A).

Conforme o COFEN (2017) planejamento de enfermagem constitui também as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem. A etapa planejamento não se encontra explícita, entretanto ela atua no instrumento.

Com objetivo em construir um instrumento completo, em que vislumbre o ser humano como um ser indivisível e único, e sabendo da alta demanda de pacientes e dos cuidados assistenciais na atenção primária, bem como do número de enfermeiros nem sempre condizente para a realização de todas estas atividades, atribui-se elaborar um instrumento com apresentação sucinta e objetiva. Lembrando que no Art. 71 das Responsabilidades e Deveres do Código de Ética de Enfermagem temos que incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar (COFEN, 2017).

O conteúdo e a dinâmica do instrumento abordaram os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem construídos e planejados especificamente para as necessidades de cuidados de cada paciente alvo ou com doença renal crônica previamente, além de exprimir as intervenções e os resultados das condutas

terapêuticas preconizadas por enfermeiros no planejamento da assistência de enfermagem.

Ao elaborar um instrumento com uma teoria interligada tem-se o respaldo e a firmeza de se obter e alinhar os resultados esperados e sistematizados a partir de estudos e validações já realizados, com maior credibilidade e segurança. De tal modo a sugestão não foi acatada.

Outra, sugestão não acatada, foi acerca da relevância do diagnóstico, o qual sugeriu-se a inclusão da etapa planejamento após a etapa de diagnóstico (graduando o tempo esperado para o alcance da meta exemplo: 1 semana, 2 semanas, entre outros) (Quadro 2-C).

A listagem dos possíveis diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA I visou compatibilizar *layout*; rapidez no preenchimento, acompanhamento processual da evolução dos diagnósticos e explicitação de todos os componentes de cada diagnóstico (causas, fatores de risco e manifestações clínicas) e nortearam, simultaneamente, a escolha das intervenções de enfermagem e a explicitação dos indicadores de resultados utilizados na evolução de enfermagem, contribuindo para a melhoria dos registros de enfermagem (HERDMAN, 2015).

Conciliar as prioridades de demandas de cuidados e necessidades emergentes com a organização dos conteúdos, foi critério para apresentação dos diagnósticos de enfermagem. A decisão em adaptar os diagnósticos de enfermagem por eixos procurou atender à recomendação do processo de sistematização da assistência e facilitar seu manuseio pelos enfermeiros.

Como já descrito a etapa planejamento encontra-se após a etapa diagnóstico. Em referência ao alcance das metas, os diagnósticos estão determinados para registros diário com base na evolução dos diagnósticos de enfermagem por meio de códigos que indicarão o início, o acompanhamento ou o término de um diagnóstico. Assim a sugestão não foi acatada.

Com relação à relevância das intervenções, foi sugerida inclusão da graduação alvo do resultado de 1 a 5, como proposto no NIC e NOC (Quadro 2-D).

Com objetivo de uma melhor harmonização do layout e espaço, agilidade ao preenchimento dos registros; simplicidade em conectar as intervenções aos indicadores de resultados (escalas mensurativas) com espaço para aprazamento, as intervenções e os resultados de enfermagem, segundo a NIC e a NOC, foram

agrupados num mesmo impresso (APÊNDICE A). O método adotado foi no objetivo de definir as intervenções, resultados de enfermagem e as escalas mensurativas para cada item.

Deste modo a sugestão não foi acatada por já existir a graduação alvo no instrumento com escalas mensurativas que varia de um a cinco, dado que o valor cinco caracteriza.

As escalas contêm valores que oscilam de um e cinco, sendo que o valor cinco representa a melhor situação possível. Deste modo a sugestão não foi acatada por já existir a graduação alvo no instrumento.

Ao que concerne a sugestão acatada (Quadro 2-B), foi considerado pertinente, sendo realizada a modificação no instrumento. Destaca-se aqui a sugestão para inclusão de espaço para inserção de histórico de doença, fatores hereditários e medicações em uso no item histórico de enfermagem. Assim, foram revistas as páginas que apresentaram *layout* com descontinuidade de conteúdo, para possibilitar a inserção desse novo item.

6 DISCUSSÃO

Estudos com objetivo em construção e validação de instrumento a pacientes-alvos ou com DRC na AB são escassos na literatura. A utilização da revisão de literatura para construção do conteúdo e posterior validação por enfermeiros especialista foram fases essenciais para o desenvolvimento do instrumento de consulta, posto que foi desenvolvido com fundamentação em evidências científicas e práticas.

O instrumento de consulta de enfermagem foi construído utilizando como base nas etapas da SAE. No Brasil desde 2002, as instituições de saúde vêm se organizando para manter a exigência do COFEN por meio da Resolução nº 272/2002 (COFEN, 2002), para implementação da documentação de enfermagem em todo o território nacional. Normalizado na prática clínica pela Resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009), descrevendo as etapas da SAE e a necessidade dos respectivos registros. A Resolução nº 429/2012 (COFEN, 2012) vigora a necessidade dos registros de enfermagem nos prontuários ou em outros instrumentos legalizados, independente do suporte manual ou eletrônico.

As informações do histórico de enfermagem foram organizadas com propósito de favorecer a técnica comunicacional e semiológica entre o profissional e paciente a partir dos dados contidos. Estes foram organizados em uma única página, visando uma sustentabilidade ambiental e uma redução do número de impressos. Sendo utilizado o verso para dados como peso, pressão arterial, glicemia, TFG e níveis de albuminúria. O histórico de enfermagem é conceituado por um roteiro sistematizado, estruturado, com dados objetivos ou subjetivos. Na qual a interrelação enfermeiro/indivíduo, família ou comunidade contribui para qualidade e quantidade das informações coletadas (HORTA, 2018).

Segundo o Quadro 2-B entre as sugestões dos juízes a serem acatadas encontra-se a de incluir o espaço para inserção de histórico de doenças, fatores hereditários e medicações em uso. Estudos similares de validação de conteúdo comprovam que os instrumentos do histórico de enfermagem, para serem válidos, confiáveis e relevantes necessitam ser guiados pelos métodos teórico-científicos. Organizados por meio de entrevista, com dados de identificação, história pregressa e atual (inclui estado de saúde e respostas a problemas reais ou potenciais). Seguido

do exame físico, caracterizado por avaliação geral e das necessidades humanas básica (MARQUES; SILVA; NOBREGA, 2016; TOLENTINO; BETTENCOURT; FONSECA, 2019). Silva et al., (2012), ainda enfatiza a importância de espaços para informações complementares. Dessa forma, a categoria histórico foi a única a sofrer alterações conforme evidências e sugestões dos juízes.

O segundo impresso Diagnósticos de Enfermagem, foram identificados 43 diagnósticos de enfermagem, constituídos por uma lista de possíveis diagnósticos reais, de risco ou de promoção de saúde, contendo as evidências advindas (in) diretamente das identificadas na literatura, havendo espaços adicionais para a inclusão de diagnósticos não listados por registro cursivo. Há 19 colunas destinadas ao registro diário da evolução dos diagnósticos de enfermagem por meio de códigos que indicarão o início, o acompanhamento ou o término de um diagnóstico.

Um estudo de validação de conteúdos para cuidados de enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato afirma que a escolha dos Diagnósticos de Enfermagem é uma etapa que requer conhecimento e habilidade dos enfermeiros para julgamento crítico e raciocínio clínico, diante das necessidades manifestadas pelo indivíduo, família ou comunidade. Dessa forma, as taxonomias da NANDA-I, NOC e NIC são selecionadas mundialmente para padronizar a linguagem da enfermagem (SENA, 2017).

O terceiro impresso denominado Intervenções e Resultados de Enfermagem contém 26 intervenções e 78 indicadores de resultados com suas respectivas escalas mensurativas, com objetivo de definir a conduta terapêutica, com valores que oscilam de um a cinco, sendo cinco a melhor condição do paciente. Com relação as Intervenções e Resultados de Enfermagem, é comum identificar na literatura apenas o conceito generalizado dessas ações. No entanto, Johnson et al., (2013), conceituam intervenções como conjunto de atividades de enfermagem a serem implementadas individual ou coletivamente. Ao mesmo tempo, que os Resultados de Enfermagem dessas ações ou atividades precisam ser descritas com um rigor de detalhes para que possam ser implementadas com segurança.

Através dos registros foi possível observar que dentro das características dos juízes o sexo predominante foi o feminino e que o tempo de formação desses profissionais mostrou-se similar. Desde a antiguidade, a enfermagem já apresentava um perfil exclusivo ou majoritário de população feminina, associada ao papel da

mulher na sociedade como cuidadora e mãe, detentora de um conhecimento informal de práticas de saúde, repassado de mulher para mulher. Assim como, o Século XIX ficou marcado pela “Enfermagem Nightingaleana”, na qual Florence Nightingale resgatou a identidade profissional da enfermagem, vinculada as características femininas do cuidado (CUNHA; SOUSA, 2017).

Todo esse contexto histórico, facilita a interpretação do predomínio do sexo feminino, apesar da quebra de estereotipo na profissão e no cuidado, ainda é marcada socialmente pela feminização nas distintas áreas de atuações (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

Quanto ao tempo de formação da maioria dos enfermeiros, demonstra que eram profissionais que atuavam na maior parte dos anos de trabalho, após a formação, na APS, ou seja, detinham uma relativa experiência e estabilidade em relação a esse ponto de atenção. Também é relevante o volume de profissionais que após a formação de graduação se inseriram em programas diversos de pós-graduação, refletindo um investimento educacional desses profissionais. Em outros estudos, que abordam construção de instrumentos de SAE em diferentes contextos, mostram que a participação do enfermeiro com formação e experiência na área de atuação na fase de validação do instrumento, é considerada essencial por representar a significância e precisão do conteúdo. Deixando claras as lacunas da literatura, no que se refere a escassez de referenciais metodológicos que subsidiem a construção de instrumentos para o gerenciamento do cuidado, bem como instrumentos específicos para a sistematização da assistência de enfermagem em serviços de atenção primária a saúde (MARQUES; SILVA; NÓBREGA, 2016; VIANA; PIRES, 2014; PAES; SASSO; COLLA, 2018; RAMALHO; FONTES; RÓBREGA, 2013).

Quando levamos em consideração o volume de profissionais que recebeu ou investiu em qualificação em programas de pós-graduação um estudo conduzido pelo Observatório de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde SES-SP em 2008, com amostra representativa de 250 municípios do Estado, verificou-se que 45,9% dos médicos que atuavam na AB Tradicional e 65,9% no PSF não tinham nenhuma formação em residência médica. No estudo citado, 32,6% dos médicos não possuíam essa formação e, outro fator importante, foi o predomínio da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Esses achados podem ser reflexo de mudanças ocorridas nos últimos anos como o Programa de Valorização do Profissional da

Atenção Básica - PROVAB (2011) e o Programa Mais Médicos (2013), iniciativas que destacaram a necessidade de formação com enfoque na APS.

Apesar de menos da metade dos médicos terem recebido algum tipo de treinamento, na maioria das vezes, esses foram ofertados pelos serviços em que atuavam, enquanto que para os enfermeiros observou-se uma escassez de oferta de treinamento em DRC e ainda um expressivo número de busca de treinamentos por meios próprios, o que sugere a não priorização dessa categoria profissional para os treinamentos nessa temática (MARQUES; SILVA; NÓBREGA, 2016).

A formação de profissionais de saúde tem recebido atenção por ser um processo eficaz na ampliação e sustentabilidade do SUS, pois treinamento contínuo é uma parte esperada para atender aos requisitos atuais de registro e desenvolvimento profissional contínuo para profissionais de saúde, a fim de apoiar os esforços de melhoria do sistema e de atendimento de qualidade (LAWN; MORELHO, 2017).

Globalmente, a escassez de profissionais de saúde está projetada para chegar a 12,9 milhões até 2035. Atualmente, esse número é de 7,2 milhões. O relatório da OMS (2013) no Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde indicou que, se não for tratada, a escassez identificada no relatório terá sérias implicações na saúde de bilhões de pessoas em todo o mundo. A escassez de profissionais de saúde é mais prevalente nos países em desenvolvimento e, além disso, os profissionais de trabalho atual são treinados para lidar com enfermidade agudas, e não crônicas, que exigem responsabilidades e habilidades totalmente diferente (BHATT; GIRI; KOIRALA, 2008).

Em paralelo, um estudo realizado em Juiz de Fora município de Minas Gerais, o qual avaliou a estrutura, processo e resultado do “Programa de Atenção a Doentes Renais” no município, observou-se que a maior parte dos profissionais não recebeu capacitação específica para o atendimento de usuários com DRC. Um dos pontos mais citado pelos gestores da atenção primária corresponde ao número reduzido profissionais com capacidade técnica adequada ao processo de expansão das equipes. Fatores como a falta de reconhecimento social, dificuldades em participar de educação permanente, condições precárias de trabalho e dificuldades no gerenciamento das equipes contribuem para baixa fixação dos profissionais e, conseqüentemente, para a fragmentação da rede (PAULA et al., 2016).

A maior parte dos juízes referiu trabalhar atualmente na assistência e unidades básicas de saúde com função desempenhada pela maioria de assistência direta ao paciente. Estudos de validação de conteúdo, que utilizaram a seleção de forma intencional dos juízes com base na experiência de trabalho afirmam que esses profissionais contribuíram de forma significativa para adaptação do instrumento (MONTEIRO; HORA, 2014; LIBERATTI et al., 2019).

Nessa premissa, no atual trabalho optou-se por escolher profissionais com expertises que apresentassem desejável experiência na área, pois o julgamento e apreciação de profissionais especializados e envolvidos com o público alvo, proporcionam pareceres e contribuições tanto no conteúdo quanto na aparência. (SANTOS, 2021).

É importante considerar que no processo de educação em saúde o usuário é elemento essencial para validação de um instrumento (ECHER, 2005). Isto posto, estudos com objetivos em validação de instrumentos refere a relevância do processo de se validar um material com população leiga, visto que serão esses usuários que irão usufruir deste material, assim como, em outros estudos foram procedidos a validação com o público-alvo (OLIVEIRA, 2019).

Ao realizar o IVC dos itens de avaliação do instrumento, as etapas foram divididas em blocos objetivos, estrutura/apresentação e relevância, observou que todos os itens foram considerados validados.

Araújo, 2020, afirma através de um estudo com objetivo de construir e validar a consulta de enfermagem, que para garantia de eficiência e eficácia da tecnologia, a ferramenta precisa oferecer clareza e objetividade, por meio da estrutura e apresentação. Conceituados como a forma de representar as informações, através da organização geral, estrutura, estratégias de apresentação, coerência e formatação. Garantindo assim, maior credibilidade à tecnologia que está sendo inserida no mercado.

Os registros de enfermagem representam um instrumento de monitoramento da qualidade do cuidado, da comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde envolvidas no cuidado, garantindo fidedignidade e legalidade das informações. Portanto, é imprescindível que esses dados sejam adequados quanto

objetivos, estrutura (formatação) e conteúdo (redação) (BARBOSA; TRONCHIN, 2015).

Quanto à avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem, todos os aspectos dos itens histórico, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados foram validados pelos juízes como estavam claros e relevantes.

Estudos que utilizaram a mesma metodologia para validação e construção de instrumento, porém com objetivos a atendimento de pacientes com Diabetes *Mellitus* conceitua que face ou aparência significa o aspecto ou característica do objeto a ser mensurado, através da apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens descritos (PIMENTEL, 2018). Após a validação por juízes, é possível afirmar que a tecnologia proposta é passível de ser reproduzida, e em todos os cenários do cuidado da atenção básica, contribuindo para organização do processo de trabalho dos enfermeiros, autonomia e visibilidade a prática profissional.

Com base nessa premissa, Ferreira et al., (2018), corroboram com o mesmo pensamento apresentado. No qual, elaboraram um instrumento de coleta de dados para UTI adulto, organizando e estruturando os registros, sempre que possível, no formato de checklist, com espaços para inclusão de informações subjetivas relevantes e afirmam que esse tipo de formato facilita a consolidação dos dados, minimiza erros, reduz tempo, e proporciona uma uniformidade e continuidade das informações obtidas.

A consulta de enfermagem deve evidenciar clareza nos registros, facilidade de leitura, praticidade e dinamicidade para eficácia na aplicabilidade da prática clínica do enfermeiro. No entanto, Horta (2018), trabalhava modelos de instrumentos simplificados, com formato subjetivo, linguagem clara, representação das necessidades psíquicas, sem repetições, reduzindo assim, o tempo de preenchimento. Entretanto, desde na década de 70, com o surgimento dos primeiros instrumentos científicos no país, era inadmissível o enfermeiro não ter conhecimento técnico-científico para operacionalizar a consulta de enfermagem. O raciocínio crítico-reflexivo é indispensável para a identificação das respostas humanas

Logo, a elaboração desse instrumento padronizado, oferece maior segurança aos enfermeiros para coleta, interpretação dos dados e implementação das intervenções, contribuindo para reflexão crítica e tomada de decisão em sua prática

assistencial. Relevante ferramenta de gestão assistência do processo de enfermagem na atenção básica, a ser implantada nas instituições, impactando na qualidade da assistência de enfermagem assim como na diminuição ou retardos da DRC. Essa proposta com objetivo de favorecer a qualidade da assistência da enfermagem na consulta estar presente no estudo de Ferreira et al., (2018), na elaboração e validação de instrumentos para assistência de enfermagem intensiva.

Após a avaliação do público-alvo, a versão final do instrumento foi composta por 6 páginas, sendo 2 páginas destinadas ao histórico de enfermagem, 2 páginas aos diagnósticos de enfermagem e 2 páginas as intervenções e resultados de enfermagem (APÊNDICE A).

Diante das adversidades do estudo, destaca-se como limitações o baixo número de profissionais de enfermagem especializado em nefrologia, principalmente com atuação na atenção primária a saúde. Outro ponto observado é que o conhecimento sobre doença renal crônica entre os profissionais de enfermagem ainda é restrito, identificando uma necessidade de educação permanente. Porém, os que contribuíram para o aprimoramento da tecnologia, agregaram conhecimentos e valores à sua versão final.

7 CONCLUSÃO

A vivência de elaborar e validar um instrumento de consulta de enfermagem possibilitou a compreensão da importância destes dados para uma assistência de qualidade destes pacientes alvos ou com doença renal crônica, no sentido de se elaborar um plano de cuidados mais individualizado e pertinente às reais necessidades do paciente.

A seleção dos juízes especialistas, com experiência na área assistencial, bem como de ensino e de pesquisa, bem como o embasamento teórico e os estudos já citados permitiram a elaboração deste instrumento. Acredita-se na importância da SAE e de realizar a suas etapas da sistematização de forma completa, abordando o paciente como um todo.

Apesar do item de avaliação relacionado ao terceiro objetivo “O uso do instrumento aos paciente-alvos ou com doença renal crônica contribuirá na adesão ao tratamento” ter apresentado menor valor (IVC=0,83), mesmo assim o valor estava dentro do ponto de corte considerado para validade (IVC>0,80). Contudo, o instrumento como um todo apresentou um IVC geral de 0,90 (IC95%: 0,86 – 0,93), nos mostrando que o instrumento é válido e será importante para um cuidado mais humanizado e individualizado.

Sugere-se, contudo, que novos estudos sejam realizados, buscando-se verificar a confiabilidade e eficiência do instrumento a partir do autorrelato dos profissionais, em virtude da conveniência de conferir os resultados alcançados a partir de uma metodologia observacional.

Todavia espera-se que este instrumento venha a fazer a diferença no cuidar do enfermeiro dando subsídios para uma coleta de dados mais detalhada e direcionada ao paciente visando uma assistência de qualidade e excelência.

REFERÊNCIAS

AKBARI, A. et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2008.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006> Acesso em: 11/05/2021

ARAÚJO, B.P.D.L. **Consulta de enfermagem - tecnologia do cuidado referenciada pela teoria das necessidades humanas básicas**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Profissional Em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.

BARBOSA, S.F; TRONCHIN, D.M.R. Manual de monitoramento da qualidade dos registros de enfermagem na assistência domiciliar. **Rev Bras Enferm**. v.68, n.2, p.253-60, 2015. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680210i. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0253.pdf>. Acesso em: 16/06/2020.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. DOENÇA renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online]. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010442302010000200028> Acesso em: 22/09/2021

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. **Brazilian Journal of Nephrology** [online]. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013> Acesso em: 22/09/2021

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do programa de saúde da família na prevenção da doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, n. 29, p.32-34, mar. 2007.

BHAT, S.; KUMAR, A. Biomaterials and bioengineering tomorrow's healthcare. **Biomatter**. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23628868/> Acesso em: 11/03/2021

BHATT, V.; GIRI, S.; KOIRALA, S. Health Workforce Shortage: A Global Crisis. **The Internet Journal of World Health and Societal Politics**. 2008. Disponível em: <https://ispub.com/IJWH/7/1/6202> Acesso em: 08/01/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF; 2011 [citado 12 dez. 2018]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 10/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF; 2004 [citado 12 dez. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm Acesso em: 10/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 1675, de 7 de junho de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF; 2018 [citado 12 dez. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html Acesso em: 10/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html Acesso em: 12/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF; 2014 [citado 12 dez. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html Acesso em: 10/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.** Brasília, DF; 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 14, Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf> Acesso em: 10/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018.** Dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html Acesso em: 12/04/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2690/GM de 05 de novembro de 2004. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Diário Oficial Uniao*. 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html
Acesso em: 11/03/2021

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

CESTARI, V.R.F. et al. Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700029> Acesso em: 11/03/2021

COMPTON, W.; REID, P. Engineering and the health care delivery system (editorial). **The Bridge**. 2008. Disponível em: <https://www.nae.edu/19582/Bridge/> Acesso em: 11/03/2021

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 564/2017 – **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.html Acesso em: 05/04/2021

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.html Acesso em: 11/05/2021

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR)**. 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. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 11/05/2021

COUSER, W.G. et al. The contribution of chronic kidney disease to the global Burden of major noncommunicable diseases. **Kidney international**. v. 80, n. 12, p. 1258-1270, 2011.

CREWS, D. C.; BELLO, A. K.; SAADI G.; World Kidney Day Steering Committee. Burden, access, and disparities in kidney disease. **Braz J Med Biol Res**, 2019. **Disponível em:** <https://doi.org/10.1590/1414-431X20198338> Acesso em: 05/04/2021

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996.

EBRIGHT, P.R. The complex work of RNs: Implications for healthy work environments. **Online Journal of Issues in Nursing**. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man04> Acesso em: 11/03/2021

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022> Acesso em: 11/05/2021

EISENHAUER, W. The time has come for nursing engineering. **Industrial Engineer**. 2015. Disponível em:

http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1090&context=etm_fac
Acesso em: 08/01/2021

ELGHANAYAN, S.G. Kiss the kick bucket goodbye. **American Journal of Nursing**. 2000.

FERREIRA, R.C. et al. Elaboração e validação de instrumento de assistência de enfermagem para pacientes em unidades de terapia intensiva. **Cogit. Enferm.** v.23, n. 4, jan. 2018. Disponível em:http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362018000400319. Acesso em: 10/12/2020.

FISCHER, M.J.; AHYA, S.N.; GORDON. Interventions to Reduce Late Referrals to Nephrologists. **Am J Nephrol**, 2011. Disponível em:

<https://www.karger.com/Article/PDF/322704> Acesso em: 22/09/2021

FRASER, S.D.S., et al. The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. **BMC Nephrol**. 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4666158/> Acesso em: 22/09/2021

GBD compare: Viz Hub. Seattle, WA: IHME; 2019. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> Acesso em: 04/04/2021

GLASGOW, M.E.S. et al. The Nurse-Engineer: A New Role to Improve Nurse Technology Interface and Patient Care Device Innovations. **J Nurs Scholarsh**. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30221824/> Acesso em: 11/03/2021

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, 2015.

GREER, R.C., et al. Primary Care Physicians' Barriers perceived by primary care physicians to nephrology referral and management of patients with CKD: a qualitative study. **J Gen Intern Med**. 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30993634/> Acesso em: 22/09/2021

HANNAH, K. J.; BALL, M. J.; EDWARDS, M. J. A. **Introdução à informática em enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HAYREINEN, K.; LAMMINTAKANEN, J.; SARANTO, K. Evaluation of electronic nursing documentation –nursing process model and standardized terminologies as Keys to visible and transparente nursing. **International Journal of Medical informatics**, Philadelphia, 2010. Disponível em:

<https://europepmc.org/article/med/20617569> Acesso em: 11/03/2021

HENDRICKSON, M. F. The nurse engineer: A way to better nursing information systems. **Computers in Nursing**. 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8457936/> Acesso em: 08/01/2021

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. NANDA International nursing diagnoses: Definitions classification, 2018-2020. **New York: Theime**; 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/b-006-161141> Acesso em: 11/05/2021

HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300012> Acesso em: 11/03/2021

HIMMELFARB, Jonathan; IKIZLER, T. Alp. Hemodiálise. **New England Journal of Medicine**. v. 363, n. 19, pág. 1833-1845, 2010.

HOERGER, T. J. et al. **The future burden of CKD in the United States: a simulation model for the CDC CKD Initiative**. American Journal of Kidney Diseases, v. 65, n. 3, p. 403–411, mar. 2015.

HOERGER, T.J. et al. The future burden of CKD in the United States: a simulation model for the CDC CKD Initiative. **Am J Kidney**. v. 65, n. 3, p. 403-411, 2015.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. Colaboração de CASTELANOS, B. E. P. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 99p.

HTAY, H., et al. **Global access of patients with kidney disease to health technologies and medications: findings from the Global Kidney Health Atlas Project**. Kidney Int Suppl (2011). 2018;8 (2):64-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.10.010> Acesso em: 10/04/2021.

HUSTON, C. The impact of emerging technologies on nursing care: Warp speed ahead. **Journal of Issues in Nursing**. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23758419/> Acesso em: 11/03/2021

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden of Disease (GBD) 2013. Protocol: Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**. 2015. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2961682-2> Acesso em: 04/04/2021

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden of Disease (GBD) 2017. **Insufficiency and failure to chronic kidney disease**. In: **KIMMEL, P. L.; ROSENBERG, M. E. (Ed.)**. Chronic renal disease. USA: Elsevier, 2015. cap. 3, p. 20-30. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124116023000032> Acesso em: 05/04/2021

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. **Kidney Int (Suppl)** 2013; 3:1-150. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0063.pdf>. Acesso em: 10/04/2021

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. **Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica.** *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3:1-150. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0063.pdf>. Acesso em: 10/04/2021

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de uniformização da coleta de dados do PREVINASE: oportunidade de conhecermos a parte submersa do “iceberg” Doença Renal Crônica no Brasil! **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 193-195, dez. 2007.

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de uniformização da coleta de dados do PREVINASE: oportunidade de conhecermos a parte submersa do “iceberg” Doença Renal Crônica no Brasil! **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 193-195, dez. 2007.

KLIGER, J.; et al. Nurse-driven programs to improve patient outcomes: Transforming care at the bedside, integrated nurse leadership program, and the clinical scene investigator academy. **Journal of Nursing Administration**. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20485209/> Acesso em: 08/01/2021

KORHONEN, E.; NORDMAN, T.; ERIKSSON, K. Technology and its ethics in nursing and caring journals. An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733014549881> Acesso em: 08/01/2021

LAWN, S.; ZHI, X.; MORELLO, A. An integrative review of e-learning in the delivery of self-management support training for health professionals. *BMC Med Educ*. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1022-0> Acesso em: 08/01/2021

LIBERATTI, V.M. et al. Validação de instrumento de auditoria do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 32, n. 5. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>> Acesso em: 08/01/2021

LIMA, S.G.G.; BRITO, C.; ANDRADE, C.J.C. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232018245.17582017> Acesso em: 11/03/2021

LIYANAGE, T. et al. **Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review.** www.thelancet.com, 2015. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61601-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61601-9.pdf) Acesso em: 11/04/2021

LIYANAGE, T. et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. **The Lancet**. 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9) Acesso em: 04/04/2021

LOBIONDO, W.G.; HABER J. **Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 8 ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 55, p. 649-55, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000500002&script=sci_abstract Acesso em: 11/05/2021

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. **Rev Bras Enferm**. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002> Acesso em: 11 abr. 2021.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200023> Acesso em: 11/03/2021

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 19, n. 2ª Ed. Especial, p. 157-177, 2015.

MALTA, D. C., et al. Avaliação da função renal na população adulta brasileira, segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**. 2019; Supl 2: E190010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010.supl.2> Acesso em: 04/04/2021

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11/03/2021

MARQUES, D. K. A; SILVA, K. L; NÓBREGA, M. M. L. Escolares hospitalizados: proposta de um instrumento para coleta de dados à luz da teoria de Horta. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, p. 1-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rge/v37nspe/en_0102-6933-rge-1983-14472016esp2016-0038.pdf. Acesso em: 11/05/2021

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n. 1, p.97-102, 2010.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p.29-74. 2009.

METLER, R. Patented technologies of nurse inventors. **Proceedings of the American Public Health Association Meeting**, Washington, DC. (2005). Disponível em: http://apha.confex.com/apha/132am/techprogram/paper_77202.htm Acesso em: 08/01/2021

MOLINA, R. L., et al. Association between labor and delivery unit censos and delas in patient management: Findings from a computer simulation module. **Obstetrics & Gynecology**, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29420404/> Acesso em: 11/03/2021

MONTEIRO, G.T.R.; HORA, H.R.M. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. Curitiba: Appris, 2014.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S003471672003000200015> Acesso em: 11/05/2021

MORGAN, C.D. **University nursing and engineering students collaborate to build and refine a robot-nurse**. 2016. Disponível em: <http://dailynurse.com/duke-university-nursing-engineering-studentscollaborate-build-refine-robot-nurse/> Acesso em: 11/03/2021

MOURA, L. et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade: Apac: Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2009.

NAZAR, C. M. J. et al. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level: a systematic review. **Journal of Renal Injury Prevention**, Isfahan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206053/> Acesso em: 22/09/2021

NEALE, E. P.; MIDDLETON, J.; LAMBERT, K. Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: a systematic review. **BMC Nephrology**. 2020. Disponível em: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-020-01731-x> Acesso em: 22/09/2021

NEWSWIRE. **Duquesne to pioneer first-in-the-nation joint undergraduate program in biomedical engineering and nursing**. 2014. Disponível em: <http://www.prnewswire.com/news-releases/duquesne-topioneer-first-in-the-nation-joint-undergraduateprogram-in-biomedical-engineering-andnursing-258468071.html> Acesso em: 11/03/2021

NIHAT A.L.S., et al. What drives quality improvement in chronic kidney Disease (CKD) in primary care: process evaluation of the quality improvement in Chronic Kidney Disease (QICKD) trial. **BMJ Open**. 2016; Disponível em: [doi:10.1136/bmjopen-2015-008480](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008480) Acesso em: 22/09/2021

OERTHER, D. B. Using nursing theory to improve teaching of engineering practice. **Paper presented at 2017 ASEE Annual Conference & Exposition**. Columbus, Ohio. 2017. Disponível em: <https://peer.asee.org/29084> Acesso em: 11/03/2021

OLIVEIRA, L.L. et al. Hipermídia educacional na assistência de enfermagem ao nascimento: construção e validação de conteúdo e aparência. **Rev Bras Enferm.** 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167/2018-0163> Acesso em: 08/01/2021

Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores**. 54º Conselho Diretor da OPAS. 67ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 28 de setembro a 2 de outubro de 2015. Washington, DC: OPAS. 2015.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da Teoria de Orem. **Rev Enferm UERJ**, n. 13, p. 257-62, 2005.

PAES, F.; SASSO, G.T.M.D.; COLLA, G.W. Metodologia de estruturação do Processo de Enfermagem Informatizado em Unidades de Pronto Atendimento. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301079&lng=en. Acesso em: 22/09/2021

PAOLUCCI, M. Mothers of invention: To improve patient care, nurses devise innovative products. **NurseWeek**. 2000.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes; 2013.

PATWARDHAN, M.B., et al. Advanced chronic kidney disease practice patterns among nephrologists and nonnephrologists: a database analysis. **Clin J Am Soc Nephrol**. 2007. Disponível em: <https://cjasn.asnjournals.org/content/2/2/277> Acesso em: 22/09/2021

PAULA, E.A. et al. Pontos fortes da atenção primária à saúde em relação aos cuidados prestados à doença renal crônica. **Revista Latino-Americana**. Enfermagem. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801> Acesso em: 11/05/2021.

PIMENTEL, T.S. **Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem ao indivíduo com Diabetes Mellitus Tipo 2**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, 2018. 115 p. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/8534?locale=es>. Acesso em: 15/08/2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. Ed. p.196, Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUAGLIO, W. H.; BUENO, S. M. V.; ALMEIDA, E. C. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes transplantados: revisão integrativa da literatura. Arq. **Ciência Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.21, n.1, p. 53-58, jan./abr. 2017.

ROBERTI, J., et al. Work of being an adult patient with Chronic kidney disease: a systematic review of qualitative studies. **BMJ Open**. 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/9/e023507> Acesso em: 22/09/2021

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefro.**, v. 26, n.3, ago 2004.

RAMALHO, N.J.M.; FONTES, W.D.; NÓBREGA, M.M.L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400011&lng=en. Acesso em: 22/09/2021

SANTOS, J.L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016> Acesso em: 11/03/2021

SANTOS, F.G.T. et al. Tecnologia educacional para pessoas com doença renal crônica: construção e validação de conteúdo. **R. pesq.: cuid. fundam.** 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9263>. Acesso em: 10/08/2021

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2012. v. 28, n. 3 pp. 490-496. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009> Acesso em: 10/04/2021

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2012000300009> Acesso em: 10/04/2021

SEIXAS, P. Avanços e perspectivas na política de gestão de recursos humanos: desenvolvimento de pessoas e qualificação dos profissionais do SUS/SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde.** [online]. 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000300004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 11/05/2021

SILVA, P. A. B. et al. Brazilian public policy for chronic kidney disease prevention: challenges and perspectives. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708> Acesso em: 22/09/2021

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/00347167.20140015> Acesso em: 11/03/2021

SILVA, R. S. et al. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.267-73. Abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.e-ublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/1552/2870>. Acesso em: 11/03/2021.

SILVA, S. S. B. E.; COLÓSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 488- 96, 2010.

SODRÉ, F.L.; COSTA, J.C.B.; LIMA, J.C.C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online]. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442007000500005> Acesso em: 11/03/2021

STEVENS, P.E.; LEVIN, A. Assessment and management of chronic kidney disease: synopsis of kidney disease: improves overall results Clinical practice guideline 2012. **Ann Intern Med.** 2013; 158: 825–830. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23732715/> Acesso em: 05/04/2021

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**. 2014; 38 Nº Espec:52-68. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005> Acesso em: 10/04/2021

TIFFIN, C. **Beyond the bedside: The changing role of today's nurses**. 2013. Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/charles-tiffin-phd/nursing-school_b_1384285.html Acesso em: 11/03/2021

TRAVAGIM, D. A. S. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev Enferm UERJ**. n.18, v.2, p. 291-7, 2010.

TRAVAGIM, D. A. S; KUSUMOTA; L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev Enferm UERJ**., n. 17, p. 388-93, 2009.

TRAVAGIM, D.A.S; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev Enferm UERJ**., n. 17, p. 388-93, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1599> Acesso em: 15/06/2021

TOLENTINO, G. S; BETTENCOURT, A. R. C; FONSECA, S. M. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia

ambulatorial. **Rev Bras Enferm.**, v.72, n. 2, p. 409-17, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0031. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672019000200391&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15/06/2021.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica -DRC no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde (Org.)**. - São Luís, 2014.

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA SCHOOL OF NURSING. **Inspiring innovation, inquiry and insight to transform care**. 2014. Disponível em: https://issuu.com/pennnursing/docs/upfront_spring_2014/16 Acesso em: 08/01/2021

University of Pennsylvania School of Nursing. Inspiring innovation, Inquiry and Insight Care. **Up Front**, p. 14-17, spring 2014. Disponível em: https://issuu.com/pennnursing/docs/upfront_spring_2014 Acesso em: 10/04/2021

VASSALOTTI, J. A. **Chapter 3 - Classification of Chronic Kidney Disease—Historic Perspective: From Insufficiency and Failure to Chronic Kidney Disease** In: Chronic Kidney Disease, Editors: Paul L. Kimmel and Mark E. Rosenberg, second edition, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815876-0.00003-6> Acesso em: 11/04/2021.

VAURE, C.B., et al. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. **BMJ Open**. 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e010119> Acesso em: 22/09/2021

VELOSO, A. L. M.; BIANCHETTI, A., **Nota de repúdio: O Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, em defesa da sociedade, repudia a portaria GM nº 1675, de 7 de junho de 2018**. COREN MG, 2018. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/nota-de-repudio-2/> Acesso em: 11/04/2021.

VIANA, V.O.; PIRES, P.S. Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm Atenção Básica REAS** [internet]. 2014 [citado em 12 maio 2019]; 3(2):64-75. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021/884> Acesso em: 11/04/2021.

WHITE G.D., et al. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. **Soc Sci Med**. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25748112/> Acesso em: 22/09/2021

WHO. World Health Organization. **Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases**. 2013-2020 [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ Acesso em: 12/04/2021

WYND, C.A.; SCHMIDT B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res.**, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12955968/> Acesso em: 10/04/2021

APÊNDICE A – Instrumento de Consulta de enfermagem

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA ABORDAGEM A GRUPOS-ALVO / PACIENTES À DRC		(Frente)	
Nome:		Data nascimento:	Prontuário:
CONCEITOS A AVALIAR	Sinais vitais: (*) PA, FC, FR, dor; Parâmetros adicionais: peso, edema; Exames: (*) Ur, Cr, Na, K, Ca, P, ácido úrico, hemograma, leucograma e coagulograma; Avaliação Fístula Arteriovenosa (FAV): permeabilidade, sangramento, integridade; Transplante: indicação; Alimentação: adesão ou não para restrições alimentares; comorbidades correlacionadas.	Grau de (in) dependência: tipo e atividade; Mobilidade: autonomia, liberdade; Sexualidade: prática sexual.	Aparência e exposição da FAV: discriminação, curiosidade.
	Sentimento: positivos, negativos, de defesa, de enfrentamento; Estratégias de enfrentamento: positivo, negativo, mecanismos defesa, adesão; Comportamentos e atitudes: (in) adaptados; Autoimagem e autoconceito: percepções e autovalorização.	Envolvimento/isolamento: disponibilidade para vínculos.	Perfil da pessoa que tem afinidade.
	Lazer, recreação e atividades físicas; hábitos de vida: autonomia, capacidade funcional, atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).	Rotina, hábitos e costumes: tipo; Convívio com o outro: amizade, ambientes que frequenta; Vínculos: vida afetiva, pessoas significativas, convívio familiar; Pessoa de Referência: disponibilidade.	Convívio social: amizades, atividades culturais; Hábitos e vida social; Transplante: inserção na fila de transplante, potencial doador e aceitação.
	Etiologia da doença renal crônica; Adaptação à doença; Tratamento e estilo de vida.	Resiliência: ajuste da hemodiálise à rotina semanal.	Uso de benefícios sociais.
	Crenças. Cultos.	Transplante: concepção, expectativa, doadores familiares.	Rituais, Práticas e Integração, e sentimento de pertença.

Data:	FISIOLÓGICO: SINAIS VITAIS E MENSURAÇÃO/AVALIAÇÕES					(verso) Registros emergenciais
	Peso (Portadores de obesidade (IMC \geq 30 Kg/m ²);	Pressão Arterial (Hipertensos: PA $>$ 140/90 mmHg em 2 medidas c/ intervalo de 1 a 2 semanas)	Glicemia (jejum $>$ 126 mg/dL ou $>$ 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose)	Taxa de Filtração Glomerular (MDRD simplificada ou CKD-EPI)	Albuminúria (\geq 30 mg/24 horas)	

Nota dos autores (): variáveis das linhas de energia (FS= Fisiológica; PS= psicológicas; SC= socioculturais; DM= desenvolvimentais; ESP= espirituais). Sinais vitais (PA= pressão arterial, FC= frequência cardíaca; FR= frequência respiratória). Exames (Ur= uréia; Cr= creatinina; Na= sódio; K= potássio; Ca= cálcio; P= fósforo); CKD-EPI = Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; DRC - doença renal crônica; MDRD = Modification of Diet in Renal Disease; IMC = Índice de Massa Corporal; PA= Pressão Arterial; TFG= Taxa de Filtração Glomerular*

IMPORTANTE: Para o diagnóstico da DRC, são utilizados os seguintes parâmetros: TFG alterada $<$ 60ml/min/1,73m² OU TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

Classificação da DRC.	
Estágio	TFG (ml/min/1,73 m ²)
1	\geq 90
2	60 – 89
3 a	45 – 59
3 b	30 – 44
4	15 – 29
5	$<$ 15

São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso:
a) Albuminúria \geq 30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria Creatinínica (RAC) \geq 30 mg/g.
b) Hematúria de origem glomerular.
c) Alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares.
d) Alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal.
e) Alterações em exames de imagem: ultrassonografia dos rins e vias urinárias ou tomografia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO TAXONOMIA DA NANDA I PARA ABORDAGEM A GRUPOS-ALVO / PACIENTE À DRC			
Nome:	Data nascimento:	Prontuário:	Mês/Ano:
Legenda: I: diagnóstico inicialmente identificado C: diagnóstico em acompanhamento T: diagnóstico resolvido N: diagnóstico não identificado Susp: suspensão Mod: modificado			
Risco de glicemia instável associado à: <input type="checkbox"/> conhecimento sobre a doença; <input type="checkbox"/> ganho de peso excessivo; <input type="checkbox"/> monitoração inadequada da glicemia			
Risco de pressão arterial instável associado à: <input type="checkbox"/> desequilíbrio eletrolítico; <input type="checkbox"/> efeitos adversos de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); <input type="checkbox"/> Retenção de líquidos			
Volume excessivo de líquidos associado à: <input type="checkbox"/> mecanismos reguladores comprometidos; evidenciado por: <input type="checkbox"/> anasarca <input type="checkbox"/> dispneia <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> eletrólitos alterados <input type="checkbox"/> ganho de peso em curto espaço de tempo			
Risco de infecção associado à: <input type="checkbox"/> procedimentos invasivos			
Risco para trauma vascular associado à: <input type="checkbox"/> tipo de cateter <input type="checkbox"/> fixação inadequada do cateter			
Proteção ineficaz associada à: <input type="checkbox"/> terapia com medicamentos; evidenciado por: <input type="checkbox"/> alteração coagulação <input type="checkbox"/> calafrios <input type="checkbox"/> prurido			
Fadiga associada à: <input type="checkbox"/> estado doença; evidenciado por: <input type="checkbox"/> relato de cansaço			
Integridade de pele prejudicada associada à: <input type="checkbox"/> fatores mecânicos: estado <input type="checkbox"/> metabólico prejudicado nutricional desequilibrado; evidenciado por: <input type="checkbox"/> rompimento da superfície da pele <input type="checkbox"/> invasão estruturas corpo			
Disfunção sexual associada à: <input type="checkbox"/> alteração biopsicossocial <input type="checkbox"/> sexualidade <input type="checkbox"/> função corporal alterada; evidenciado por: <input type="checkbox"/> imitações percebidas e impostas pela doença <input type="checkbox"/> verbalização do problema			
Risco para integridade da pele prejudicada associada à: <input type="checkbox"/> sensações prejudicadas <input type="checkbox"/> fatores mecânicos; estado: metabólico prejudicado <input type="checkbox"/> nutricional desequilibrado			
Intolerância à atividade associada à: <input type="checkbox"/> fraqueza generalizada; evidenciado por: <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> dispneia aos esforços <input type="checkbox"/> relato verbal (fadiga/fraqueza)			
Risco de queda associado à: <input type="checkbox"/> dificuldades visuais <input type="checkbox"/> mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> hipotensão ortostática			
(**)Disposição para realizar atividade física melhorada evidenciado por: <input type="checkbox"/> relata gostar de fazer atividade física, <input type="checkbox"/> disposição para inserir-se em atividade			
Risco de desequilíbrio eletrolítico associado à: <input type="checkbox"/> efeitos secundários relacionados a tratamento			
Ansiedade relacionada à morte associada à: <input type="checkbox"/> percepção da proximidade da morte; evidenciado por: <input type="checkbox"/> relato de impotência quanto ao processo de morrer			
Insônia associada à: <input type="checkbox"/> estresse; evidenciado por: <input type="checkbox"/> relato de dificuldade para adormecer			
Ansiedade associada à: <input type="checkbox"/> crises situacionais <input type="checkbox"/> estresse evidenciado por: <input type="checkbox"/> inquietação <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> relato de preocupações com razão de mudanças em eventos da vida			
Manutenção ineficaz da saúde associada à: <input type="checkbox"/> enfrentamento individual ineficaz; evidenciado por: <input type="checkbox"/> falta de conhecimento das práticas de saúde			
Distúrbio na imagem corporal associada à: <input type="checkbox"/> biofísicos; evidenciado por: <input type="checkbox"/> relato de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo			
Desempenho de papel ineficaz associado à: <input type="checkbox"/> doença física; evidenciado por: <input type="checkbox"/> adaptação inadequada à mudança			
Déficit no autocuidado: <input type="checkbox"/> para alimentação <input type="checkbox"/> para banho <input type="checkbox"/> para higiene íntima <input type="checkbox"/> para vestir-se			
Mobilidade: <input type="checkbox"/> com cadeira de rodas prejudicada; <input type="checkbox"/> física prejudicada; <input type="checkbox"/> no leito prejudicada			
Autonegligência associada à: <input type="checkbox"/> importante estressor de vida <input type="checkbox"/> depressão; evidenciado por: falta de adesão a atividade de saúde			
Disposição para resiliência melhorada evidenciada por: <input type="checkbox"/> estabelece metas <input type="checkbox"/> uso eficaz de estratégias de controle de conflitos			
Resiliência individual prejudicada associada à: <input type="checkbox"/> fatores de vulnerabilidade que abrangem índices que exacerbam os efeitos negativos da condição de risco; evidenciado por: <input type="checkbox"/> condição de saúde percebida como inferior			
Planejamento de atividade ineficaz associado à: <input type="checkbox"/> percepção não realista da competência pessoal; <input type="checkbox"/> comportamento de fuga defensiva quando diante de uma solução proposta; evidenciado por: <input type="checkbox"/> falta de um plano; <input type="checkbox"/> falta de um recurso; <input type="checkbox"/> falha em um padrão de comportamento			
Negação ineficaz associada à: <input type="checkbox"/> medo de morte; <input type="checkbox"/> falta de controle sobre situação de vida; evidenciado por: <input type="checkbox"/> desloca fonte de sintomas para outros órgãos			
Disposição para autocontrole da saúde melhorada evidenciada por: <input type="checkbox"/> expressa desejo de controlar a doença.			
Padrão sexualidade ineficaz associado à: <input type="checkbox"/> relacionamento prejudicado com pessoa; significativa evidenciado por: <input type="checkbox"/> relato limitações nos comportamentos sexuais			
Disfunção sexual associado à: <input type="checkbox"/> alteração na estrutura corporal <input type="checkbox"/> alteração na função corporal evidenciada por: <input type="checkbox"/> alteração na atividade sexual / excitação sexual / satisfação sexual <input type="checkbox"/> Redução do desejo sexual.			
Pesar complicado associado à: <input type="checkbox"/> morte de pessoa significante; evidenciado por: <input type="checkbox"/> depressão; <input type="checkbox"/> diminuição no desempenho nos papéis de vida			
Risco de baixa autoestima situacional associado à: <input type="checkbox"/> mudanças no papel social			

<p>Tristeza crônica associada à: <input type="checkbox"/> morte de pessoa amada; evidenciado por relatos de sentimentos: <input type="checkbox"/> negativos; <input type="checkbox"/> que interferem na capacidade do paciente de atingir o seu mais alto nível de bem-estar social;</p>																			
<p>Conhecimento deficiente associado à: <input type="checkbox"/> limitação cognitiva; <input type="checkbox"/> falta exposição; <input type="checkbox"/> falta de familiaridade com recursos/informações; evidenciado por: <input type="checkbox"/> verbalização do problema</p>																			
<p>Disposição para conhecimento melhorado evidenciado por: <input type="checkbox"/> expressa interesse em aprender; demonstra conhecimento sobre tópico</p>																			
<p>Atividade de recreação deficiente associada à: <input type="checkbox"/> ausência atividade recreação no ambiente; evidenciado por: <input type="checkbox"/> relatar sentir-se entediado</p>																			
<p>Risco de relacionamento ineficaz associado à: <input type="checkbox"/> eventos estressantes de vida; <input type="checkbox"/> habilidades insatisfatórias de comunicação</p>																			
<p>Disposição para relacionamento melhorada evidenciada por: <input type="checkbox"/> relata satisfação com a relação complementar entre os parceiros</p>																			
<p>Disposição para relacionamento melhorada evidenciada por: <input type="checkbox"/> relata satisfação com a relação complementar entre os parceiros</p>																			
<p>Interação social prejudicada associada à: <input type="checkbox"/> deficiência em fortalecer a mutualidade; evidenciada por: <input type="checkbox"/> interação disfuncional com outras pessoas; <input type="checkbox"/> incapacidade de receber sensação satisfatória de envolvimento social</p>																			
<p>Baixa autoestima crônica associada à: <input type="checkbox"/> adaptação ineficaz a perdas; evidenciado por: <input type="checkbox"/> autoavaliação como incapaz de lidar com acontecimentos</p>																			
<p>Medo associado à: <input type="checkbox"/> falta familiaridade com experiência ambiental; <input type="checkbox"/> separação sistema apoio; <input type="checkbox"/> situações estressantes; evidenciadas por: <input type="checkbox"/> relato; <input type="checkbox"/> apreensão <input type="checkbox"/> relato de nervosismo</p>																			
<p>Conforto prejudicado associado à: <input type="checkbox"/> falta de controle da situação; evidenciado por: <input type="checkbox"/> incapacidade de relaxar</p>																			
<p>Disposição para enfrentamento melhorado evidenciado por: <input type="checkbox"/> define estressores como administráveis; <input type="checkbox"/> utiliza variedade de estratégias voltadas para o problema; <input type="checkbox"/> utiliza recursos espirituais</p>																			
<p>Enfrentamento ineficaz da saúde associada à: <input type="checkbox"/> crise situacional; evidenciado por: <input type="checkbox"/> incapacidade de atender às expectativas do papel</p>																			
<p>Disposição para religiosidade melhorada evidenciada por: <input type="checkbox"/> expressa desejo de reforçar costumes religiosos, modelos de crenças que proporcionaram conforto religioso no passado</p>																			
<p>Disposição para bem-estar espiritual melhorado evidenciado por: <input type="checkbox"/> participa das atividades religiosas; <input type="checkbox"/> reza; <input type="checkbox"/> expressa desejo de aumentar o enfrentamento</p>																			

INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NIC E NOC A GRUPOS-ALVO / PACIENTES À DRC							
Nome:			Data nascimento:		Mês/Ano:		
Prontuário:							
NIC	Resultados (NOC)	Escala: Indicadores (contêm valores que oscilam de 1 a 5, sendo 5 a melhor condição possível)	Aprazar	NIC	Resultados (NOC)	Escala: Indicadores (contêm valores que oscilam de 1 a 5, sendo 5 a melhor condição possível)	Aprazar
Orientação antecipada	Precauções contra complicações doença	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Modificação comportamento: habilidades sociais	Relata sentir-se socialmente engajado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Plano dieta para situações sociais	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Verbaliza sensação controle melhor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Técnicas de automonitorização	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Retirada de si das situações abusivas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Vantagens da dieta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Vantagens da dieta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Responsabilidade auto cuidado no tratamento contínuo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Alimentos a serem evitados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Melhora do enfrentamento	Reconhecimento realidade situação de saúde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Proteção contra infecção	Líquidos e alimentos permitidos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Identificação padrões eficazes enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Estratégias de mudanças de hábitos alimentares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Relato aumento conforto psicológico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Prática de controle de infecção	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Usa estratégias eficientes enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Identificação de risco	Reconhecimento de comportamentos associados ao risco de infecção	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Relata sentir-se socialmente engajado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Identificação riscos potenciais saúde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Interação com familiares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Melhora no sistema de apoio	Precauções para prevenir complicações doença	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Interação com familiares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Busca apoio emocional	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Usa estratégia eficaz controle financeiro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Participação como membro de uma organização	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Usa suporte social disponível	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Participação com membro de uma igreja	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Apoio Emocional	Assistência oferecida pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Controle comportamento	Interação com amigos mais próximos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Tempo proporcionado pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Mostra de receptividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Relações de confiança	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Uso comportamentos assertivos se necessário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Pessoas ajudam qdo necessário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Grupo apoio	Mostra de consideração	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Responsabilidade autocuidado: tratamento contínuo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Busca de apoio emocional	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Promoção do exercício	Movimentos realizados com facilidades	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Melhora da imagem corporal	Enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Atividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Imagem corporal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Resistência muscular	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Autonomia pessoal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Hemoglobina	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Ajuste psicológico à mudança de vida	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Hematócrito	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Autoestima	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Glicose do sangue	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Resiliência pessoal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Eletrólitos séricos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Fortalecimento da autoestima	Mantém autoestima	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Mobilização familiar	Assistência oferecida pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Usa bem estratégias enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Tempo proporcionado pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Verbaliza otimismo quanto ao futuro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Relações de confiança	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Relata sentir-se fortalecido	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

	Pessoas ajudam quando Necessário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Relata sentir-se fortalecido	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Promoção do envolvimento familiar	Interação com familiares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Apoio espiritual	Estado de conforto: psicoespiritual	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Pessoas ajudam quando necessário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Fé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Assistência oferecida pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Satisfação espiritual	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Tempo proporcionado pelos outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Satisfação espiritual	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NIC E NOC A GRUPOS-ALVO / PACIENTES À DRC								
Nome:			Data nascimento:		Mês/Ano:			
Prontuário:								
NIC	Resultados (NOC)	Escala: Indicadores (contêm valores que oscilam de 1 a 5, sendo 5 a melhor condição possível)	Aprazar	NIC	Resultados (NOC)	Escala: Indicadores (contêm valores que oscilam de 1 a 5, sendo 5 a melhor condição possível)	Aprazar	
Controle eletrolítico	Equilíbrio hídrico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Modificação comportamento: habilidades sociais	Relata sentir-se socialmente engajado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Peso estável do corpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Verbaliza sensação controle melhor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Ensino: Atividade/ Exercício Prescrito	Descrição precauções quanto à atividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Proteção contra infecção	Líquidos e alimentos permitidos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Descrição plano realista de exercícios	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				Estratégias de mudanças de hábitos alimentares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	Comportamento de adesão	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Prática de controle de infecção		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Ensino Processo doença	Pondera risco/benefícios comportamento de saúde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Controle comportamento	Reconhecimento de Comportamentos associados ao risco de infecção	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Conhecimento: Processos de doença	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Interação com amigos mais próximos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Ensino Dieta Prescrita	Descrição processo doença	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Melhora da imagem corporal	Mostra de receptividade	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Vantagens da dieta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
Alimentos a serem evitados	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Imagem corporal		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Estratégia mudar hábitos alimentares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Autonomia pessoal		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Líquidos e alimentos permitidos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Ajuste psicológico à mudança de vida		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Aconselhamento	Adaptação/mudanças aparência física	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Usa bem estratégias enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Adaptação/mudanças estado saúde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Verbaliza otimismo quanto ao futuro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Apoio família durante o tratamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Relata sentir-se fortalecido	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Oferta conforto membros família	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Relata sentir-se fortalecido	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Promoção Capacidade Resiliência	Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Apoio espiritual	Estado de conforto: psicoespiritual	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	Outros especificar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Outros especificar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

APÊNDICE B – Formulário de Validação**FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO**

DATA: ____/____/____

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Código do Avaliador: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

1. Qualificação

1.1. Formação/Graduação: () Sim () Não

Especifique: _____

1.2. Especialização: () Sim () Não

Especifique: _____

1.3. Residência: () Sim () Não

Especifique: _____

1.4. Mestrado: () Sim () Não

Especifique: _____

1.5. Doutorado: () Sim () Não

Especifique: _____

2. Atuação Profissional

2.1. Ocupação atual: () Assistência () Docência () Pesquisa () Outros

2.2. Local de trabalho: _____

2.3. Função/cargo na instituição: _____

2.4. Tempo de trabalho: _____

PARTE 2: INSTRUÇÕES

Analise o artefato tecnológico e *marque um "X"* em um dos espaços que estão à frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a numeração que melhor represente seu grau de concordância em cada critério. Não existem respostas certas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens a seguir, conforme a escala de valor abaixo.

Valoração: (1) *Inadequado*; (2) *Parcialmente adequado*; (3) *Adequado*; (4) *Totalmente adequado*.

PARTE 3: AVALIAÇÃO

OBJETIVOS: referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da ferramenta tecnológica

1. A linguagem utilizada está compatível com o público-alvo	1	2	3	4
2. O instrumento poderá promover mudança de comportamento e atitudes dos paciente-alvos a doença renal crônica	1	2	3	4
3. O uso do instrumento aos paciente-alvos a doença renal crônica contribuirá na adesão ao tratamento	1	2	3	4
4. O uso do instrumento facilitará o atendimento paciente-alvos a doença renal crônica	1	2	3	4

Sugestões:

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: referem-se à forma de apresentar o instrumento para consulta de enfermagem. Inclui sua organização, estrutura, aparência, coerência e formatação

1. O artefato será apropriado para ser utilizado nas consultas aos paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	1	2	3	4
2. As informações são suficientes para realizar as etapas do Processo de Enfermagem	1	2	3	4
3. Há uma sequência lógica no instrumento	1	2	3	4
4. As informações apresentadas no instrumento estão cientificamente corretas	1	2	3	4
5. A organização do instrumento está adequada	1	2	3	4

6. O tamanho das letras dos títulos, subtítulos e texto está adequado	1	2	3	4
7. Os diagnósticos presentes no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	1	2	3	4
8. As intervenções apresentadas no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	1	2	3	4
9. Os resultados esperados no instrumento são compatíveis com a doença renal aguda/crônica	1	2	3	4

Sugestões:

RELEVÂNCIA: refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado

1. O instrumento para consulta de enfermagem irá servir como guia ao atendimento de paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	1	2	3	4
2. O instrumento é necessário para o atendimento de paciente-alvos ou diagnosticado a doença renal crônica	1	2	3	4
3. O instrumento para consulta de enfermagem utilizado poderá trazer respaldo clínico ao enfermeiro	1	2	3	4

Sugestões:

CLAREZA E RELEVÂNCIA: referem-se à forma de apresentar o instrumento encontrasse nítido e importante quanto ao seu objetivo.

Item do instrumento	Clareza	Relevância
Histórico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte
Sugestões para melhoria:		
Diagnósticos de enfermagem	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte
Sugestões para melhoria:		
Intervenções e resultados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em parte
Sugestões para melhoria:		

Caso tenha sugestões para alterações no instrumento da consulta de enfermagem, informe abaixo e justifique sua resposta.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Eu, _____
_____, RG/CPF: _____, estou sendo convidado(a) a participar do estudo ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O RASTREAMENTO PRECOCE DE GRUPOS-ALVO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE e está sendo desenvolvida por Welmer Danilo Rodrigues Rocha que está inserido como pesquisador principal da pesquisa, sob a orientação do Prof. Dr. Nivaldo Antônio Parizotto que está inserido como pesquisador assistente, com objetivo de construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo para doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde.

O desenvolvimento da pesquisa visa favorecer na condução da consulta do profissional de enfermagem que é algo singular do enfermeiro que possibilitará uma avaliação contínua. Os cuidados elaborados, planejados e implementados serão de acordo com as necessidades humanas básicas pertinente a singularidade de cada paciente, otimizando o tempo e estabelecendo uma direção contínua da assistência, facilitando a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais envolvidos.

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar na construção de um instrumento de consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo para doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde. Assim através de um recrutamento dos participantes que se deu pela análise de currículo disponibilizado na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) mediante a posterior refinamento da pesquisa por profissionais enfermeiros que atua na Atenção Básica em Saúde do município de Colinas do Tocantins ou docentes e pesquisadores envolvidos na temática hipertensão, diabetes

mellitus, doença renal crônica e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Fui escolhido (a) e denominado (a) juiz (a) para participar da pesquisa o qual foi enviado pelo Google Forms o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e assim registrado minha anuência e em seguida respondido o instrumento de validação da tecnologia para consulta de enfermagem para o rastreamento precoce de grupos-alvo à doença renal crônica na atenção primária à saúde.

Fui informado(a) de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: favorecer um atendimento planejado e coordenado das ações de enfermagem oportunizando uma assistência humanizada e organizada. Além de propor o desenvolvimento do instrumento de uma consulta de enfermagem a pacientes-alvos de Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo como: Ocorrer riscos relacionados à dimensão psíquica pelo constrangimento do participante durante a coleta de dados. Assim, a busca ao grupo será voluntária, sem convite direto ao mesmo. Portanto, para minimizar o constrangimento, o pesquisador explicará que o participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, ressaltando que as informações obtidas na pesquisa serão confidenciais, garantindo o sigilo da identidade do participante. Os participantes serão recrutados por meio de correio eletrônico.

Fui informado(a) também, que conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde serão aplicadas as garantias previstas de assistência integral, gratuita e pelo tempo que for necessário e direito de solicitação de indenização por danos decorrentes da pesquisa, cujo mérito será julgado em sua instância adequada, conforme a Resolução CNS n° 466 de 2012, itens III.2.o, IV.3.c, V.6 e V.7.

Fui informado que não terei gastos para participar desta pesquisa; meu transporte e alimentação (e do acompanhante), se necessário, serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, serão mantidos em sigilo, sendo assegurado total anonimato destes pelos pesquisadores (Resolução CNS n° 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e por desejar sair da

pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Welmer Danilo Rodrigues Rocha, COREN TO 395.596, Nivaldo Antônio Parizotto, CREFITO 1400-F e com eles poderei manter contato pelos telefones 063-985041160 e 016-993066800. É garantido ao participante o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, conforme Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.3 e IV.4.

Tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza, objetivo e procedimentos do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar. Estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Caso eu aceite participar, rubricarei cada página deste termo, apresentado em duas vias, e assinarei ao final juntamente com o pesquisador responsável ou pelas pessoas por ele delegadas, indicando meu consentimento em participar da pesquisa (Resolução CNS n 466 de 2012, item IV.5.d), das quais uma via me será entregue.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Brasil (11) 4858-9224 sediado a Rua Carolina Fonseca, 235, Jd. Santana, SP- Capital** ou mandar um e-mail para **comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br**

Colinas do Tocantins, ____ de _____ de 2021

Pela assinatura abaixo declaro minha anuência em participar da pesquisa.

Participante da pesquisa

Eu, responsável pela pesquisa acima, declaro que cumprirei todas as normas vigentes na Resolução CNS 466 de 2012, contidas nos itens IV.3 e IV.4.

Welmer Danilo Rodrigues Rocha COREN – 395.596
Pesquisador responsável

APÊNDICE D – Submissão do Artigo

Artigo publicado na Revista Research, Society and Development - ISSN 2525-3409.

Research, Society and Development, v. 10, n. 12, e149101220200, 2021
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20200>

Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na atenção primária à saúde

Construction and validation of an instrument for nursing consultation for patients from target groups or with chronic kidney disease in primary health care

Construcción y validación de un instrumento de consulta de enfermería para pacientes de grupos objetivo o con enfermedad renal crónica en atención primaria de salud

Recebido: 03/09/2021 | Revisado: 10/09/2021 | Aceito: 14/09/2021 | Publicado: 16/09/2021

Welmer Danilo Rodrigues Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4495-2436>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins, Brasil

E-mail: welmerrocha@gmail.com

Nivaldo Antonio Parizotto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1774-9053>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: nivaldoaparizotto@hotmail.com

Resumo

O estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa metodológica do tipo desenvolvimento de ferramentas. O estudo foi realizado em quatro fases: 1. Construção do instrumento com base na revisão integrativa da literatura, 2. Concepção do instrumento que contemplou as etapas do processo de enfermagem, 3. Recrutamento dos juizes para participar do estudo e 4. Validação de conteúdo quanto a estrutura, apresentação, clareza e relevância do material junto a 18 juizes. Realizou-se a análise dos dados com base no Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e o teste binomial para avaliar a concordância e consistência dos especialistas em relação aos itens do instrumento. Na análise estatística, o IVC global do instrumento foi de 0,90 (IC95%: 0,86 – 0,93). Quando realizado o teste binomial para identificar concordância entre os avaliadores, observou-se que quando estipulada uma concordância de 80%, não foi possível obter diferenças entre os juizes. Quanto à avaliação dos itens do instrumento de consulta de enfermagem, 94,4% (n=17) dos juizes consideraram que todos os aspectos do histórico, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados estavam claros e relevantes. Conclui-se que o estudo atingiu seus objetivos quanto a validação dos conteúdos como estrutura, apresentação, clareza e relevância do material. Verificou-se que todo conteúdo contido no instrumento foi considerado significativo para a melhoria da qualidade da consulta de enfermagem ao paciente de grupos-alvos ou com DRC.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Tecnologia; Enfermagem; Validação.

Abstract

The study aimed to build and validate an instrument for nursing consultation to patients from target groups or with chronic kidney disease in Primary Health Care. This is a methodological research of the development of tools type. The study was carried out in four phases: 1. Construction of the instrument based on an integrative literature review, 2. Conception of the instrument that covered the stages of the nursing process, 3. Recruitment of judges to participate in the study, and 4. Content validation regarding the structure, presentation, clarity and relevance of the material with 18 judges. Data analysis was performed based on the Content Validation Index (CVI) and the binomial test to assess the experts' agreement and consistency in relation to the instrument's items. In the statistical analysis, the instrument's global CVI was 0.90 (95%CI: 0.86 – 0.93). When performing the binomial test to identify agreement between the evaluators, it was observed that when an agreement of 80% was stipulated, it was not possible to obtain differences between the judges. As for the evaluation of the items of the nursing consultation instrument, 94.4% (n=17) of the judges considered that all aspects of the history, nursing diagnoses and interventions and results were clear and relevant. It is concluded that the study achieved its objectives regarding the validation of contents such as structure, presentation, clarity and relevance of the material. It was found that all content contained in the instrument was considered significant for improving the quality of nursing consultations for patients from target groups or patients with CKD.

Keywords: Chronic kidney disease; Technology; Nursing; Validation.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A GRUPOS-ALVO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Welmer Danilo Rodrigues Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42817321.0.0000.5494

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE BRASIL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.599.353

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.545.877 emitido pelo CEP em 18/02/2021. Ver campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações” para o parecer desta versão.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.545.877 emitido pelo CEP em 18/02/2021. Ver campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações” para o parecer desta versão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.545.877 emitido pelo CEP em 18/02/2021. Ver campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações” para o parecer desta versão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.545.877 emitido pelo CEP em 18/02/2021. Ver campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações” para o parecer desta versão.

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235

Bairro: ITAQUERA

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 08.230-030

Telefone: (11)2052-0461

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Continuação do Parecer: 4.599.353

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.545.877 emitido pelo CEP em 18/02/2021. Ver campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações” para o parecer desta versão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TRATA-SE DE ANÁLISE DE RESPOSTA AO PARECER PENDENTE Nº 4.545.877 EMITIDO PELO CEP EM 18/02/2021:

Caso o presente protocolo siga a resolução 466 da CNS as inadequações abaixo devem ser revistas, e o TCLE deve ser assinado e rubricado em todas as páginas pelo voluntário e pesquisador responsável.

1 – Inadequação 1: TCLE

- a) Realizar a paginação - página X de Y
- b) Descrição detalhada do tipo de participação
- c) Nome de todos os pesquisadores da pesquisa e número de registro do órgão da categoria
- d) Citar a resolução na qual o projeto foi submetido
- e) O pesquisador deverá colocar a sua declaração de anuência

2 - Participantes da pesquisa:

- a) Revisar o número de participantes descrito no projeto brochura, pois não está condizente com o que foi inserido na plataforma.

Sugerimos que o pesquisador consulte a resolução 510 de 2016 do CNS e verifique a possibilidade de adaptar seu protocolo de pesquisa a esta resolução.

RESPOSTA:

PENDÊNCIA 1. a) Realizar a paginação - página X de Y

RESPOSTA: Foi alterado a estrutura do arquivo “APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado” conforme o modelo disponibilizado no site da Universidade Brasil – Aba Arquivos - foram adicionados no arquivo “APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado” as paginações correspondentes como “Página 1 de 3” “Página 2 de 3” “Página 3 de 3” por ausência no documento anterior. Além de ser introduzido o apêndice atualizado no projeto de pesquisa detalhado.

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235

Bairro: ITAQUERA

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 08.230-030

Telefone: (11)2052-0461

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Continuação do Parecer: 4.599.353

PENDÊNCIA 2. b) Descrição detalhada do tipo de participação

RESPOSTA: Foi alterado a estrutura do arquivo “APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado” conforme o modelo disponibilizado no site da Universidade Brasil – Aba Arquivos - foi adicionado no arquivo especificamente no terceiro parágrafo, um relato detalhado do tipo de participação do participante da pesquisa.

"A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar na construção de um instrumento de consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo para doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde. Assim através de um recrutamento dos participantes que se deu pela análise de currículo disponibilizado na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) mediante a posterior refinamento da pesquisa por profissionais enfermeiros que atua na Atenção Básica em Saúde do município de Colinas do Tocantins ou docentes e pesquisadores envolvidos na temática hipertensão, diabetes mellitus, doença renal crônica e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Fui escolhido (a) e denominado (a) juiz (a) para participar da pesquisa o qual foi enviado pelo Google Docs o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e assim registrado minha anuência e em seguida respondido o instrumento de validação da tecnologia para consulta de enfermagem para o rastreamento precoce de grupos-alvo à doença renal crônica na atenção primária à saúde."

PENDÊNCIA 3. c) Nome de todos os pesquisadores da pesquisa e número de registro do órgão da categoria

RESPOSTA: Foi alterado a estrutura do arquivo “APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado” conforme o modelo disponibilizado no site da Universidade Brasil – Aba Arquivos - foi adicionado no arquivo especificamente no nono parágrafo, um relato detalhado dos dados dos pesquisadores que consta nome e número de registro dos devidos órgão da categoria. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Welmer Danilo Rodrigues Rocha, COREN TO 395.596, Nivaldo Antônio Parizotto, CREFITO 1400-F e com eles poderei manter contato pelos telefones 063 985041160 e 016-993066800. É garantido ao participante o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, conforme Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.3 e IV.4.

PENDÊNCIA 4. d) Citar a resolução na qual o projeto foi submetido

RESPOSTA: Foi alterado a estrutura do arquivo “APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado” conforme o modelo disponibilizado no site da Universidade Brasil – Aba

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235

Bairro: ITAQUERA

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2052-0461

CEP: 08.230-030

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Continuação do Parecer: 4.599.353

Arquivos - foi adicionado ao projeto a Resolução CNS n° 466 de 2012 a qual o projeto foi submetido e introduzido nos sexto, oitavo e nono parágrafos.

"Fui informado(a) também, que conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde serão aplicadas as garantias previstas de assistência integral, gratuita e pelo tempo que for necessário e direito de solicitação de indenização por danos decorrentes da pesquisa, cujo mérito será julgado em sua instância adequada, conforme a Resolução CNS n° 466 de 2012, itens III.2.o, IV.3.c, V.6 e V.7.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, serão mantidos em sigilo, sendo assegurado total anonimato destes pelos pesquisadores (Resolução CNS n° 466 de 2012, itens III.2.i e IV.3.e). Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Welmer Danilo Rodrigues Rocha, COREN TO 395.596, Nivaldo Antônio Parizotto, CREFITO 1400-F e com eles poderei manter contato pelos telefones 063-985041160 e 016-993066800. É garantido ao participante o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, conforme Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.3 e IV.4.

PENDÊNCIA 5. e) O pesquisador deverá coloca a sua declaração de anuência

RESPOSTA: Foi alterado a estrutura do arquivo "APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Atualizado" conforme o modelo disponibilizado no site da Universidade Brasil – Aba Arquivos - foi adicionado ao TCLE projeto a declaração de anuência do pesquisador, Pagina 3 de 3.

"Eu, responsável pela pesquisa acima, declaro que cumprirei todas as normas vigentes na Resolução CNS 466 de 2012, contidas nos itens IV.3 e IV.4.

Welmer Danilo Rodrigues Rocha COREN – 395.596

Pesquisador responsável"

PENDÊNCIA 6.

2 - Participantes da pesquisa:

a) Revisar o número de participantes descrito no projeto brochura, pois não está condizente com o que foi inserido na plataforma.

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235

Bairro: ITAQUERA

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2052-0461

CEP: 08.230-030

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



UNIVERSIDADE BRASIL



Continuação do Parecer: 4.599.353

RESPOSTA: Foi alterado na plataforma o número de participantes para 30 e assim correlacionar com o quantitativo do projeto brochura.

ANÁLISE: Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1689216.pdf	19/02/2021 22:40:09		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	19/02/2021 22:36:06	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Atualizado.pdf	19/02/2021 15:40:53	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_De_Pesquisa_Detalhado.pdf	19/02/2021 15:37:37	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_De_Pesquisa_Detalhado.docx	19/02/2021 15:36:31	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Nivaldo_Antonio_Parizotto.pdf	21/01/2021 17:54:50	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Welmer.pdf	21/01/2021 17:54:12	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Outros	APENDICE_D_Termo_de_Compromisso de Utilizacao de Dados.pdf	21/01/2021 15:21:51	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Outros	APENDICE_B_Formulario_de_Validacao.pdf	21/01/2021 15:19:15	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Outros	APENDICE_A_Instrumento.pdf	21/01/2021 15:18:16	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Welmer_Assinada.pdf	21/01/2021 15:06:25	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/01/2021 21:10:44	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_de_Instituicao_e_Infraestrutura.pdf	20/01/2021 21:07:42	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235

Bairro: ITAQUERA

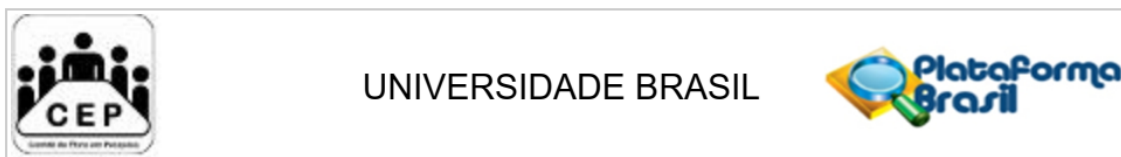
CEP: 08.230-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2052-0461

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br



Continuação do Parecer: 4.599.353

Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_e_Infraestrut ura.pdf	20/01/2021 21:07:42	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	20/01/2021 21:07:06	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito
Cronograma	CronogramaDeAtividades.pdf	20/01/2021 20:54:43	Welmer Danilo Rodrigues Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Março de 2021

Assinado por:
SILVIA CRISTINA NUNEZ
(Coordenador(a))

Endereço: RUA CAROLINA FONSECA, 235
Bairro: ITAQUERA
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2052-0461

CEP: 08.230-030

E-mail: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br