











## Validação clínica do subconjunto terminológico para pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador

Clinical validation of the terminological subset for people with chronic kidney disease undergoing conservative treatment

Validación clínica del subconjunto terminológico para personas con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador

### Como citar este artigo:

Menezes HF, Camacho ACLF, Monteiro PP, Santos IS, Pereira AB, Prado NCC, Holanda JRR, Silva RAR. Clinical validation of the terminological subset for people with chronic kidney disease undergoing conservative treatment. Rev Esc Enferm USP. 2024;57:e20230280. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0280en>

-  Harlon França de Menezes<sup>1</sup>
-  Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>2</sup>
-  Paola Paiva Monteiro<sup>3</sup>
-  Isabele Silva dos Santos<sup>4</sup>
-  Ana Beatriz Pereira<sup>4</sup>
-  Nanete Caroline da Costa Prado<sup>5</sup>
-  José Rebberty Rodrigo Holanda<sup>6</sup>
-  Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Natal, RN, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

<sup>6</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Caicó, RN, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To clinically validate a terminological subset of the International Classification for Nursing Practice (ICNP<sup>®</sup>) to care for people with chronic kidney disease undergoing conservative treatment. **Method:** Prospective study of clinical validation assessment of 117 nursing diagnoses/outcomes statements and 199 nursing intervention statements. It was operationalized through the following steps: implementation of the Nursing Process in an outpatient clinic in Southeast Brazil; preparation of case studies; analysis of agreement between specialist nurses. The Kappa, Kruskal-Wallis coefficient of agreement and intraclass correlation coefficient (ICC) were used. **Results:** The sample consisted of 50 people with chronic kidney disease. Diagnoses/outcomes and interventions were evaluated with almost perfect/perfect agreement and excellent ICC. The Kruskal-Wallis test showed that there was no significant difference between the assessments. The study allowed the clinical validation of a subset with 110 nursing diagnoses/outcomes and 195 nursing interventions. **Conclusion:** Care for people with chronic kidney disease undergoing conservative treatment based on the proposed subset has become applicable to clinical practice.

### DESCRIPTORS

Conservative Treatment; Clinical Nursing Research; Validation Study; Renal Insufficiency, Chronic; Standardized Nursing Terminology.

### Autor correspondente:

Harlon França de Menezes  
Rua Dr. Celestino, 74, Centro  
24020-091 – Niterói, RJ, Brasil  
harlonmenezes@hotmail.com

Recebido: 29/08/2023  
Aprovado: 28/11/2023

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) tem se apresentado como causa substancial para a saúde pública, sendo associada a alta morbidade e mortalidade. A prevalência global estimada de DRC é de 8–16%, com uma taxa crescente de mortalidade, sendo responsável por 1,2 milhão de mortes. A prevalência e mortalidade globais de DRC aumentaram dramaticamente desde 1990, impulsionados pelo envelhecimento populacional e aumento de pessoas com diabetes e hipertensão, que, junto com a glomerulonefrite, são as principais causas de DRC<sup>(1-3)</sup>.

O peso da incapacidade de uma doença é um fator importante que reflete a gravidade de uma enfermidade em uma escala de 0 (saúde perfeita) a 1 (equivalente à morte), e representa o somatório dos anos de vida perdidos e os vividos com incapacidade. No que se refere a DRC, estima-se uma taxa de 35 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade<sup>(2,3)</sup>.

Por ser uma condição crônica que requer o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, é preciso que práticas de cuidado sejam implementadas a fim de contribuir para redução da progressão da doença. Deste modo, o tratamento conservador é instituído a fim de propiciar a pessoa com DRC um bom estado clínico e conciliável, sobretudo no tocante às possibilidades de tratamento compatíveis com a realidade de cada indivíduo, com vistas a referendar, em momento propício, uma melhor condição para se discutir e decidir acerca do modo terapêutico mais adequado e conveniente para as fases futuras<sup>(4)</sup>.

Sendo assim, o enfermeiro ganha destaque pois se insere nesse contexto com o objetivo de desenvolver prevenção e manutenção de modo sistematizado, com base em instrumentos que contribuam para um cuidado integral, ou seja, que compreenda a pessoa em seu contexto biológico, emocional e social<sup>(5)</sup>.

Um potente instrumento tecnológico que pode apoiar os enfermeiros para um cuidado padronizado, e que se baseia na indicação de fenômenos pertinentes a sua prática, são os subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Estes, reúnem indicações de enunciados de diagnósticos/resultados (DE/RE) e intervenções de enfermagem (IE), que estão voltados aos grupos específicos de pessoas, e utilizam os termos e estrutura da CIPE®. Com isso, é possível que se caracterize como uma linguagem especializada e representativa da prática de enfermagem local e mundial, e que promove o adequado uso do processo de enfermagem, expressando-se em uma estratégia de competente coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem, resultando no reconhecimento da profissão<sup>(6)</sup>.

Contudo, para que a estruturação de um subconjunto seja funcional para a Enfermagem, recomenda-se que seja estruturado por meio de um modelo teórico ou conceitual. Dentre os principais arcabouços teóricos de enfermagem existentes, o Modelo de Adaptação de Roy (MAR) se destaca pois demonstra que o indivíduo ou grupo interage e responde a estímulos derivados do ambiente, sendo plausível sua adequação as pessoas com DRC que precisam se adaptar a sua nova condição de saúde<sup>(7,8)</sup>.

Sendo assim, é preciso verificar a qualidade destes instrumentos a fim de contestar sua validade como passo necessário à sua legitimidade e credibilidade para a prática assistencial<sup>(9)</sup>. A validação clínica visa confirmar se os componentes dos

enunciados propostos, como títulos, definições e magnitudes, desenvolvidos e validados por especialistas, são apoiados por dados clínicos reais de uma população específica, e para aplicar testes que demonstram associações estatísticas e configuram o nível de validade empírica do instrumento<sup>(10)</sup>.

Dada a importância que os estudos de validação possuem já que consistem em um teste de utilização do instrumento de coleta de dados na prática clínica, verificando assim sua adequação e mostrando a relevância desta pesquisa, este estudo objetivou validar clinicamente um subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado as pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador.

## MÉTODO

### DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo prospectivo, de validação clínica, que utilizou estudos de casos operacionalizados pelas etapas do processo de enfermagem, realizado em um ambulatório de doenças renais, localizado em um município do sudeste do Brasil. Este estudo aderiu ao guia Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE) da Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR).

Utilizou-se como base empírica um subconjunto terminológico previamente validado quanto ao conteúdo, sendo composto por 117 enunciados de DE/RE e 199 IE, e categorizados segundo os modos adaptativos propostos pelo modelo teórico de Roy (fisiológico, autoconceito, interdependência e função de papel). Tais enunciados foram construídos com base em revisão integrativa da literatura, levantamento de termos, mapeamento cruzado, construção dos enunciados e à validação de conteúdo com enfermeiros especialistas brasileiros<sup>(11)</sup>.

Cumprido salientar que o International Council of Nurses (ICN) divulgou parceria com a Systematized Nomenclature of Medicine International (SNOMED International) para integração da CIPE® à SNOMED - Clinical Terms (SNOMED CT). Desta forma, a fim de atualizar os enunciados que compunham o subconjunto, foi realizado um mapeamento cruzado manual com a SNOMED CT, onde obteve-se apoio de um tradutor juramentado na língua inglesa contratado pelos autores, com o objetivo de equiparar os conceitos da nomenclatura com o subconjunto em tela<sup>(12)</sup>.

Dos enunciados de diagnósticos, 74 eram equivalentes com a SNOMED-CT, sendo 41 alocados no modo fisiológico, 17 no modo de autoconceito, nove no modo função de papel e seis no modo de interdependência. Os enunciados de IE foram elaborados conforme a base empírica supracitada.

### POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A população para a validação clínica foi constituída de pessoas com DRC em tratamento conservador que foram admitidos no programa pela consulta de enfermagem. Para calcular a amostra, utilizou-se a fórmula para populações finitas, levando em consideração o nível de confiança de 95% ( $Z_{\infty} = 1,96$ ), erro amostral de 10%, população de 100, resultando em uma amostra de 50 pessoas, as quais foram selecionadas por conveniência, de forma consecutiva.

A definição da amostra ocorreu com base nos critérios de inclusão: pessoas com DRC, maiores de 18 anos e que foram admitidas para realização de tratamento conservador no serviço durante o período de coleta de dados. Como critérios de exclusão, aqueles que não possuíam capacidade cognitiva para participar da pesquisa verificada por meio da avaliação obtida por meio dos prontuários e aqueles que não compareceram em algumas das consultas agendadas. Assim, baseando-se nesses critérios chegou-se a uma amostra de 50 participantes.

Também fizeram parte da amostra, quatro enfermeiros especialistas (EE1, EE2, EE3, EE4) atuantes no serviço que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: especialidade em nefrologia e que possuíam experiência clínica assistencial de pelo menos cinco anos na área. Como critério de exclusão, aqueles afastados por licença ou férias. Salienta-se em que há um consenso na literatura que refere que não há um número mínimo ou máximo de enfermeiros para a realização da coleta de dados, desta forma, esse valor foi determinado por conveniência<sup>(13)</sup>.

Tais enfermeiros participaram de um treinamento remoto, cuja duração foi de cinco horas, realizado pelo pesquisador principal e um aluno do curso de doutorado, durante uma semana, para discutir o processo de inferência clínica e a revisão de tópicos relevantes relacionados a coleta de dados a pessoas em tratamento conservador. Nesta mesma ocasião foram apresentados o subconjunto terminológico, a fim de diminuir quaisquer vieses que pudessem prejudicar o processo inferencial e determinar os critérios estabelecidos. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## COLETA DE DADOS

Para o alcance do objetivo, foram operacionalizadas as seguintes fases: 1) Implementação do Processo de Enfermagem de acordo com as etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem; 2) Elaboração dos estudos de casos e enunciados dos DE/RE/IE; 3) Análise de concordância entre os enfermeiros especialistas. Estas etapas foram realizadas entre fevereiro a dezembro de 2022. Os participantes foram selecionados de 1º a 28 de fevereiro do mesmo ano.

Para nortear a coleta de dados, utilizou-se um protocolo o qual estabeleceu que o participante fosse acompanhado em três momentos: na admissão (1ª consulta), 30 dias após a admissão (2ª consulta) e 60 dias após a admissão (3ª consulta). Adotou-se como critério para a coleta de dados esse intervalo de tempo, por ser rotina do serviço o retorno dos pacientes no período estipulado. Cumpre salientar que a dupla realizou as 50 consultas nos três momentos e a partir delas descreveram os estudos de casos e desenvolveram o processo de enfermagem.

Na primeira etapa, ocorreu a coleta de dados e exame físico concomitantemente pela dupla (pesquisador principal e aluno do curso de doutorado). Utilizou-se um instrumento elaborado para o estudo de acordo com o MAR, composto pelas seguintes partes: dados sociodemográficos; histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Ademais, avaliaram-se os exames laboratoriais e a carteira de vacinação. Foi realizado teste-piloto, após aprovação do comitê de ética em pesquisa, para verificação da adequação do instrumento, e os participantes não foram incluídos no estudo.

Para a determinação dos enunciados dos DE/RE, teve-se como base os indicadores clínicos descritos nas definições operacionais dos enunciados do subconjunto terminológico da CIPE®. Tais definições já se encontravam em um formulário do Google Docs. Caso fosse identificada uma nova situação para a qual ainda não existisse um enunciado já construído, foi utilizada a CIPE®, versão 2019/2020 e as diretrizes para a construção de enunciados, ou seja, incluído obrigatoriamente, termos dos eixos correspondentes a cada enunciado. Assim como, os achados clínicos identificados durante a coleta de dados foram considerados, também, um diagnóstico de enfermagem<sup>(14)</sup>.

As etapas de planejamento e implementação foram realizadas de acordo com os enunciados de RE esperados para o DE, estabelecidos pelo subconjunto, e já as IE propostas foram implementadas pela dupla (pesquisador principal e aluno do curso de doutorado), e as que dependiam da colaboração dos participantes foram repassadas por meio de orientações e entregues manualmente por meio de material educativo, a fim de garantir a implementação e continuidade das ações. E por fim, na etapa de avaliação, foi realizada nova coleta de dados e exame físico, com foco nos enunciados de DE identificados, que ocorreu na segunda e terceiras consultas. A coleta de dados desta fase ocorreu de 1º de março a 31 de maio de 2022.

Na segunda fase, a dupla elaborou os estudos de casos, bem como os enunciados de DE/RE/IE, os quais foram inseridos em uma planilha do Microsoft Office Excel® e em abas, sendo cada aba correspondente a um paciente. Os enunciados foram organizados conforme os modos adaptativos. Estas planilhas foram enviadas para validação aos quatro enfermeiros especialistas. Esta fase ocorreu de 1º junho a 31 de agosto de 2022.

A terceira e última fase foi a análise de concordância entre os quatro enfermeiros especialistas, os quais julgaram a aplicabilidade dos DE/RE/IE elaborados pela dupla por meio dos estudos de caso. Assim, os especialistas receberam planilhas construídas pela dupla (pesquisador principal e um aluno do curso de doutorado), cada uma referente a um paciente e contendo todos os termos e DE/RE/IE conforme os modos adaptativos, além de informações adicionais referentes a dados socioeconômicos, clínicos e a observações pertinentes ao processo de inferência diagnóstica.

Desse modo, cada especialista julgou isoladamente se os DE/RE/IE estavam presentes ou ausentes em cada uma das planilhas enviadas. Para esta pesquisa, foram considerados validados clinicamente os DE/RE e IE identificados nas pessoas com doença renal crônica, descritos nos estudos de caso e presentes no subconjunto terminológico. Já esta fase ocorreu de 1º de setembro a 31 de dezembro.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A concordância entre os quatro enfermeiros especialistas foi testada mediante a obtenção do Coeficiente Kappa (k), sendo considerados como concordância: pobre (entre 0 e 0,19); relativa (0,20 a 0,39); moderada (0,40 a 0,59); substancial (0,60 e 0,79); quase perfeita (0,80 a 0,99); e perfeita (igual à 1)<sup>(15)</sup>.

Utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para testar se houve diferença de médias na avaliação entre os enfermeiros especialistas. Adotou-se o valor de p com o nível de significância de 0,05, de forma que se o valor de  $p \leq 0,05$ , a diferença

entre as médias foi considerada estatisticamente significativa. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) foi aplicado para verificar a confiabilidade e a capacidade de utilização do subconjunto em outros contextos, considerando que, no CCI  $\geq 0,75$ , a confiabilidade deve ser considerada excelente; no CCI entre  $0,40 - 0,75$ , há confiabilidade satisfatória; e considerada pobre quando o CCI  $< 0,40$ <sup>(16)</sup>.

Os dados relacionados aos DE/RE foram analisados utilizando estatística descritiva simples, com frequência absoluta e relativa. Os dados relacionados às IE foram apresentados, em conjunto, conforme a categoria do modelo teórico, devido a quantidade de enunciados, e discutidas por frequência. Os dados foram organizados em planilha de dados eletrônica e, após dupla conferência de digitação, foram exportados para Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 Windows. Após codificação e tabulação, os dados foram analisados por leitura reflexiva e estatística com aplicação do teste de Kappa por intermédio do Online Kappa Calculator<sup>(17)</sup>.

Para esta pesquisa, foram considerados validados clinicamente os DE/RE e IE identificados nos pacientes, descritos nos estudos de caso e presentes no subconjunto terminológico<sup>(18)</sup>.

## ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou o voluntariado, o anonimato, e a confidencialidade diante das normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade federal, recebendo o número do parecer: 3.798.213, aprovado em 2020. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 50 pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador, de ambos os sexos, sendo

45,5% mulheres e 54,5% homens. Quanto a idade, 88,6% tinham 60 anos ou mais e apenas 11,3% com idade inferior a 60 anos. A escolaridade prevalente foi a de ensino médio incompleto 47,7%, já no estado civil, 66% eram casados e 41% tinham renda igual ou maior que dois salários-mínimos.

Todos os participantes apresentavam alguma comorbidade, sendo que as mais frequentes foram: hipertensão arterial (93,2%), diabetes mellitus em 84% dos indivíduos. O estadiamento da doença renal foi realizado através da equação CKD-EPI, sendo 27,2% com DRC no estágio II, 52,2% no estágio III e 13,6% no estágio IV.

Foram implementados 105 (90%) dos DE/RE que constavam do subconjunto original, com média de 14 enunciados por estudo de caso ( $dp = 5,08$ ) e mínimo de oito e máximo de 23. Dos enunciados de DE/RE, 12 contidos no subconjunto original não foram identificados em nenhum estudo de caso, que são: “Dispneia Funcional/Dispneia, Ausente”; “Risco de Condição Nutricional, Prejudicada/Condição Nutricional, Positiva”, “Náusea/Náusea, Ausente”, “Capacidade para Proteção da Pele, Prejudicada/Capacidade para Proteção da Pele, Eficaz”, “Hipervolemia/Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais”, “Débito Cardíaco, Prejudicado/Débito Cardíaco, Eficaz”, “Percepção Tátil, Prejudicada/Percepção Tátil, Eficaz”, “Vertigem Postural (Tontura)/Vertigem Postural (Tontura), Ausente”, “Capacidade para Preparar Alimentos, Prejudicada/Capacidade para Preparar Alimentos, Melhorada”, “Papel de Segurança, Prejudicado/Papel de Segurança, Melhorado”, “Falta de Acesso a Transporte/Acesso a Transporte, Melhorado”, “Falta de Confiança na Equipe Interprofissional/Confiança na Equipe Interprofissional”. Deste modo, não foram validados clinicamente no contexto dos cuidados a pessoas com DRC em tratamento conservador.

As Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresentam a distribuição dos DE/RE identificadas de acordo com os modos do MAR.

**Tabela 1** – Concordância dos enfermeiros especialistas (EE) em relação aos enunciados de diagnósticos de enfermagem do Modo Fisiológico expressado pelo coeficiente de Kappa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Diagnósticos/resultados de enfermagem – modo fisiológico	EE 1	EE 2	EE 3	EE 4	Kruskal-Wallis
<b>Oxigenação</b>					
Tosse/Tosse, Ausente.	0,99	0,96	1,00	1,00	0,083
<b>Nutrição</b>					
Falta de Apetite/Apetite, Positivo;	0,97	0,96	0,98	1,00	0,085
Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Dietético, Prejudicada/Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Dietético, Melhorada;	1,00	0,94	0,98	0,99	0,064
Comportamento de Ingestão de Alimentos, Compulsivo/Comportamento de Ingestão de Alimentos, Melhorado;	1,00	0,90	0,87	0,98	0,083
Falta de Conhecimento sobre Regime Dietético/Conhecimento sobre Regime Dietético Melhorado;	1,00	0,95	0,97	0,99	0,094
Peso, Prejudicado/Peso, nos Limites Normais;	1,00	0,99	0,97	0,98	0,401
<b>Eliminação</b>					
Baixo Débito de Líquidos/Débito de Líquidos, Melhorado;	0,99	1,00	1,00	1,00	0,121
Desequilíbrio de Líquidos/Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais;	0,95	1,00	0,99	1,00	0,601
Retenção de Líquidos/Volume de Líquidos, Eficaz;	0,97	0,96	0,98	0,99	0,203
Constipação/Função do Sistema Gastrointestinal, Eficaz;	0,93	0,99	0,98	1,00	0,202
Risco de Constipação/Função do Sistema Gastrointestinal, Eficaz;	0,97	0,92	1,00	0,99	0,105
Dor durante a Micção (ou Disúria), Frequente/Dor durante a Micção (ou Disúria), Ausente;	0,95	0,96	1,00	0,95	0,337

continuar...

...continuação

<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem – modo fisiológico</b>	<b>EE 1</b>	<b>EE 2</b>	<b>EE 3</b>	<b>EE 4</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>
Frequência Urinária, Diminuída/Frequência Urinária, Normal;	1,00	0,92	0,91	0,95	0,401
Eliminação Urinária, Diminuída/Eliminação Urinária, Melhorada;	0,97	0,98	0,99	1,00	0,201
Proteinúria/Função do Sistema Urinário, Eficaz;	1,00	0,95	0,91	0,98	0,404
<b>Atividade e Repouso</b>					
Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Prejudicada/Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Melhorada;	0,96	0,99	0,97	1,00	0,063
Hipoatividade/Tolerância à Atividade Relacionada a Processo Patológico, Eficaz;	0,97	0,99	0,94	1,00	0,104
Fadiga/Fadiga, Reduzida;	1,00	0,97	0,93	0,99	0,525
Cãibra nas Pernas/Cãibra nas Pernas, Melhorada;	0,99	0,98	0,94	1,00	0,502
Risco de Queda/Controle do Risco de Queda;	0,96	0,98	0,93	1,00	0,401
Sono, Prejudicado/Sono, Adequado;	0,94	0,99	0,99	1,00	0,071
Desconforto/Conforto, Melhorado;	0,99	0,95	0,98	1,00	0,413
<b>Proteção</b>					
Integridade da Pele, Prejudicada/Integridade da Pele, Melhorada;	0,98	0,95	1,00	0,99	0,102
Pele, Seca/Pele, Seca, Melhorada;	1,00	0,96	0,99	0,98	0,105
Risco de Integridade da Pele, Prejudicada/Controle do Risco de Integridade da Pele;	0,92	0,99	0,96	1,00	0,201
Prurido/Prurido, Melhorado;	0,99	0,98	0,97	1,00	0,062
Regime de Imunização, Prejudicado/Regime de Imunização, Melhorado;	0,98	0,96	1,00	0,99	0,401
Dentição, Prejudicada/Dentição, Melhorada;	0,98	0,95	1,00	0,99	0,092
Exposição a Contaminação/Exposição a Contaminação, Diminuída;	0,90	1,00	0,92	0,95	0,123
Risco de Infecção Urinária/Controle do Risco de Infecção Urinária;	0,95	1,00	0,96	1,00	0,401
Suscetibilidade a Infecção/Controle da Infecção;	0,99	0,98	1,00	1,00	0,201
Inflamação, Crônica/Inflamação, Crônica, Melhorada.	0,95	0,97	1,00	1,00	0,620
<b>Sentidos</b>					
Dor, Aguda/Dor, Reduzida;	1,00	0,98	0,94	1,00	0,102
Dor, Crônica/Dor, Reduzida;	0,96	0,99	0,95	1,00	0,405
Dor Musculoesquelética/Dor Musculoesquelética, Melhorada;	1,00	0,98	1,00	0,99	0,101
Percepção Sensorial, Prejudicada: Auditiva/ Percepção Sensorial, Melhorada;	1,00	0,97	1,00	0,96	0,085
Percepção Sensorial, Prejudicada: Visual/Percepção Sensorial, Melhorada;	0,95	0,97	0,99	1,00	0,230
<b>Fluídos e Eletrólitos</b>					
Risco para Pressão Arterial, Alterado/Controle da Pressão Arterial;	0,94	1,00	0,98	1,00	0,104
Risco de Arritmia/Arritmia, Ausente;	0,98	1,00	0,93	0,97	0,301
Volume de Líquidos, Prejudicado/Volume de Líquidos, Eficaz;	0,92	1,00	0,93	0,89	0,315
Anemia, Crônica/Anemia, Controlada;	0,93	0,96	0,99	1,00	0,105
Edema Periférico/Edema Periférico, Ausente;	0,92	0,95	0,98	1,00	0,052
Presença de Hiperfosfatemia/Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,91	0,97	0,99	1,00	0,120
Presença de Hipernatremia/Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,92	0,96	0,96	1,00	0,114
Presença de Hiperpotassemia/Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,92	0,93	0,99	1,00	0,822
Presença de Hipocalcemia/Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,92	0,96	0,98	1,00	0,412
Presença de Hipofosfatemia/ Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,96	0,99	0,98	1,00	0,134
Risco de Desequilíbrio de Eletrólitos/Equilíbrio de Eletrólitos, Melhorado;	0,95	0,98	0,94	0,99	0,402
Acidose Metabólica, Presente/Equilíbrio Ácido-Base, Melhorado;	0,98	1,00	0,98	1,00	0,423
Função Renal, Prejudicada/Função Renal, Eficaz;	1,00	0,99	0,98	1,00	0,401
Função Cardíaca, Prejudicada/Função Cardíaca, Eficaz;	1,00	0,97	0,99	1,00	0,061
Pressão Arterial, Alterada/Pressão Arterial, nos Limites Normais;	1,00	0,96	0,99	1,00	0,082
Risco de Função Cardíaca, Prejudicada/Função Cardíaca, Eficaz;	1,00	1,00	0,99	0,98	0,404
Risco de Desequilíbrio de Volume de Líquido/ Controle de Volume de Líquidos;	1,00	1,00	0,99	0,97	0,231
<b>Função Neurológica</b>					
Memória, Prejudicada/Memória, Eficaz;	1,00	1,00	0,96	0,97	0,412
Aprendizagem, Prejudicada/Aprendizagem, Melhorada;	1,00	0,95	0,97	0,98	0,402
Comunicação, Prejudicada/Comunicação, Eficaz;	1,00	0,97	1,00	0,99	0,068
<b>Função Endócrina</b>					
Automonitoramento da Glicose Sanguínea, Prejudicado/Automonitoramento da Glicose Sanguínea, Melhorado;	1,00	0,98	1,00	0,99	0,701
Hiperglicemia/Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais;	1,00	0,99	1,00	0,98	0,082
Hipoglicemia/Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais;	0,96	1,00	0,97	1,00	0,137
Risco para Glicose Sanguínea, Alterado/Nível de Glicose Sanguínea, nos Limites Normais;	0,95	1,00	0,98	1,00	0,101
Hipovitaminose, Presente/Hipovitaminose, Melhorada;	0,99	1,00	0,90	1,00	0,148

**Tabela 2** – Concordância dos enfermeiros especialistas (EE) em relação aos enunciados de diagnósticos de enfermagem do Modo Autoconceito expressado pelo coeficiente de Kappa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Diagnósticos/resultados de enfermagem – modo autoconceito	EE 1	EE 2	EE 3	EE 4	Kruskal-Wallis
Autoimagem, Negativa/Autoimagem, Positiva;	1,00	0,99	0,95	1,00	0,240
Estigma/Estigma, Reduzido;	1,00	0,98	1,00	0,99	0,401
Desempenho Sexual, Prejudicado/Desempenho Sexual, Melhorado;	1,00	0,99	1,00	0,98	0,074
Ansiedade/Ansiedade, Reduzida;	0,98	0,99	1,00	1,00	0,071
Baixa Autoestima/Autoestima, Positiva;	0,91	0,98	1,00	1,00	0,053
Crença Espiritual, Conflituosa/Crença Espiritual, Melhorada;	1,00	0,99	0,94	0,98	0,118
Adaptação, Prejudicada/Adaptação, Melhorada;	0,99	1,00	0,98	1,00	0,101
Comportamento, Agressivo/Comportamento Agressivo, Ausente;	1,00	0,99	0,95	1,00	0,122
Desesperança/Esperança, Melhorada;	1,00	0,98	0,95	1,00	0,620
Dificuldade de Enfrentamento da Doença/Dificuldade de Enfrentamento da Doença, Reduzido;	0,95	1,00	0,96	1,00	0,064
Humor, Deprimido/Humor Deprimido, Diminuído;	1,00	1,00	0,97	0,95	0,065
Falta de Resiliência/Resiliência, Melhorada;	0,94	1,00	0,96	1,00	0,241
Sofrimento/Sofrimento, Reduzido;	0,95	1,00	1,00	0,99	0,071
Tristeza/Tristeza, Reduzida;	1,00	1,00	0,99	0,97	0,095
Choro, Presente/Choro, Ausente;	0,92	0,97	1,00	1,00	0,065
Angústia Espiritual/Angústia Espiritual, Diminuída;	0,99	0,97	1,00	1,00	0,081
Medo da Morte/Medo da Morte, Diminuído;	1,00	1,00	1,00	0,99	0,401
Medo de Abandono/Medo de Abandono, Diminuído;	1,00	0,96	0,94	1,00	0,242
Medo de Representar uma Carga para os Outros/Medo de Representar uma Carga para os Outros, Diminuído.	1,00	0,99	0,97	1,00	0,402

**Tabela 3** – Concordância dos enfermeiros especialistas (EE) em relação aos enunciados de diagnósticos de enfermagem do Modo Função na Vida Real expressado pelo coeficiente de Kappa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Diagnósticos/resultados de enfermagem – modo função na vida real	EE 1	EE 2	EE 3	EE 4	Kruskal-Wallis
Estresse/Estresse, Diminuído;	1,00	0,98	0,96	1,00	0,148
Risco de Insatisfação com a Atenção à Saúde/Satisfação com Atenção à Saúde;	0,99	1,00	1,00	0,98	0,223
Abuso de Tabaco (ou de Fumo)/Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente;	0,93	0,90	0,90	0,91	0,201
Autocontrole Ineficaz da Saúde/Autocontrole, Melhorado (ou Aumentado);	1,00	0,97	0,99	1,00	0,402
Déficit de Autocuidado/Capaz de Executar o Autocuidado;	1,00	0,98	0,94	1,00	0,071
Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada/Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Positiva;	1,00	0,97	0,98	1,00	0,140
Capacidade para Vestir-se e Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Prejudicada/Capacidade para Vestir-se e Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Melhorada;	0,98	0,99	1,00	1,00	0,085
Aceitação do Estado de Saúde, Prejudicada/Aceitação do Estado de Saúde, Eficaz;	0,98	1,00	0,97	1,00	0,071
Negação sobre a Severidade da Doença/Negação, Ausente;	1,00	0,99	1,00	1,00	0,248
Expectativa sobre o Tratamento, Irrealista/Expectativa sobre o Tratamento, Melhorada;	1,00	0,98	1,00	1,00	0,219
Baixo Comparecimento a Consulta de Acompanhamento (ou Consulta Subsequente)/Comparecimento a Consulta de Acompanhamento (ou Consulta Subsequente), Melhorado;	0,96	1,00	0,98	1,00	0,081
Problema de Continuidade do Cuidado/Continuidade do Cuidado, Eficaz;	0,95	1,00	1,00	0,98	0,435
Desempenho de Papel, Prejudicado/Desempenho de Papel, Eficaz;	1,00	0,95	1,00	0,99	0,701
Papel de Trabalho, Prejudicado/Papel de Trabalho, Melhorado;	1,00	0,97	1,00	0,98	0,345
Letramento em Saúde, Prejudicado/Letramento em Saúde, Melhorado;	0,98	1,00	0,99	1,00	0,405
Vínculo Religioso, Prejudicado/Vínculo Religioso, Melhorado;	1,00	0,98	0,95	1,00	0,305
Falta de Conhecimento sobre Hemodiálise/Conhecimento sobre Hemodiálise;	1,00	0,93	0,97	1,00	0,418
Risco de Qualidade de Vida, Negativa/Risco de Qualidade de Vida, Melhorado;	1,00	0,96	0,99	1,00	0,401
Papel Familiar, Prejudicado/Papel Familiar, Melhorado;	0,97	1,00	0,95	1,00	0,523

**Tabela 4** – Concordância dos enfermeiros especialistas (EE) em relação aos enunciados de diagnósticos de enfermagem do Modo de Interdependência expressado pelo coeficiente de Kappa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Diagnósticos/resultados de enfermagem – modo função de interdependência	EE 1	EE 2	EE 3	EE 4	Kruskal-Wallis
Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Prejudicada/Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Melhorada;	1,00	0,98	0,95	1,00	0,421
Acesso a Tratamento, Prejudicado/Acesso a Tratamento, Melhorado;	1,00	0,95	1,00	0,97	0,257
Risco de Enfrentamento Familiar, Prejudicado/Enfrentamento Familiar, Eficaz;	0,99	1,00	1,00	1,00	0,437
Processo de Tomada de Decisão Familiar, Prejudicado/Processo de Tomada de Decisão Familiar, Melhorada;	1,00	0,96	1,00	1,00	0,253
Processo Familiar, Prejudicado/Processo Familiar, Eficaz;	1,00	0,98	1,00	1,00	0,437
Comunicação entre Equipe Interprofissional e Indivíduo, Prejudicada/Comunicação entre Equipe Interprofissional e Indivíduo, Melhorada;	1,00	0,95	0,99	1,00	0,420
Condição Social, Prejudicada/Condição Social, Melhorada;	1,00	0,99	0,96	1,00	0,121
Falta de Apoio Social/Apoio Social, Eficaz;	0,92	1,00	0,95	1,00	0,440
Isolamento Social/Isolamento Social, Diminuído;	0,91	0,99	1,00	1,00	0,436
Satisfação Conjugal, Prejudicada/Satisfação Conjugal, Melhorada;	1,00	0,98	0,95	1,00	0,201

Os pesquisadores identificaram a necessidade de inclusão de cinco DE/RE que não constavam, dos quais três foram oriundos de trabalho acadêmico, não publicado, que validou DE/RE/IE para pacientes hemodialíticos e um de elaboração livre, sendo eles: “Letramento em Saúde, Prejudicado”, “Anemia, Crônica”, “Falta de Conhecimento sobre Hemodiálise”, “Risco de Qualidade de Vida, Negativa”, “Vínculo Religioso, Prejudicado”.

Foram implementadas 190 (96%) das IE que constavam do subconjunto original. As intervenções de enfermagem “Averiguar sinais de baixo débito cardíaco”, “Avaliar exames laboratoriais”, “Monitorar a cor da pele”, “Promover boa interação”, “Retirar crenças do senso comum acerca da doença”, “Promover a comunicação familiar”, “Avaliar interação de papéis”, “Avaliar relação dinâmica funcional” e “Avaliar Condição Geniturinária”, contidas no subconjunto original, não foram identificados em nenhum estudo de caso, deste modo, não foram validados clinicamente no contexto dos cuidados a pessoas com DRC em tratamento conservador. Ademais, foram adicionados cinco novas: “Implementar estratégias para entendimento sobre o tratamento”, “Identificar a necessidade de avaliação médica especialista”, “Promover conhecimento sobre os tratamentos hemodialíticos”, “Avaliar a qualidade de vida”, “Conhecer as maneiras de retorno ao vínculo religioso”.

A Tabela 5 apresenta o total de intervenções de enfermagem identificadas nos participantes acompanhados nos estudos de caso e o percentual em relação ao total de intervenções do subconjunto, de acordo com os modos adaptativos.

Os diagnósticos/resultados e intervenções foram avaliadas com concordância quase perfeita e perfeita, resultando em 110 diagnósticos/resultados e 195 intervenções de enfermagem. O teste de Kruskal-Wallis demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de avaliações dos especialistas, evidenciando concordância entre os mesmos. Por fim, a concordância global entre os especialistas realizada por meio do coeficiente de correlação intraclassa, demonstrou a existência de fidedignidade excelente em sua totalidade (CCI = 0,95), demonstrando a confiabilidade e a capacidade de utilização do subconjunto em outros contextos.

**Tabela 5** – Intervenções de enfermagem identificadas nos participantes acompanhados nos estudos de caso, de acordo com os modos adaptativos – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.

Modos adaptativos	N	(%)
Modo Fisiológico Oxigenação	03	100%
Modo Fisiológico Nutrição	09	81,8%
Modo Fisiológico Eliminação	08	61,5%
Modo Fisiológico Atividade/Repouso	10	83,3%
Modo Fisiológico Proteção	09	100%
Modo Fisiológico Sentidos	05	41,6%
Modo Fisiológico Fluídos/Eletrólitos	13	68,1%
Modo Fisiológico Função Neurológica	09	90%
Modo Fisiológico Função Endócrina	11	100%
Modo de Autoconceito	35	100%
Modo de Função da vida real	24	82,4%
Modo de Interdependência	31	83,7%

## DISCUSSÃO

Por ser uma doença assintomática, a DRC quando evolui para seu estágio avançado, sendo frequentemente detectada tardiamente, compromete o controle e o transcorrer do seu tratamento. Deste modo, o reconhecimento e o acompanhamento dos fatores de risco podem contribuir para a implementação de ações de promoção integral da saúde e prevenção de agravos<sup>(19)</sup>. Fatores como a motivação, a informação, o suporte sociofamiliar e o apoio da equipe de saúde e dos serviços têm papel fundamental para melhorar o conhecimento, as ferramentas de enfrentamento e adaptação, e construir a autoconfiança individual<sup>(20)</sup>.

Deste modo, o subconjunto terminológico proposto se mostra como uma forma de expressar necessidades de cuidados e os desdobramentos que podem ser gerados, tornando-se possível instituir ações práticas e compartilhadas. Conseqüentemente, a partir do momento em que o enfermeiro lança mão deste instrumento, permite que seja demonstrado sua competência

profissional por meio de um registro confiável e que vislumbra a continuidade do desenvolvimento de sua assistência.

Para tanto, o modelo teórico adotado contribuiu para estruturar o subconjunto e guiar para uma perspectiva da enfermagem com a adoção, no caso, dos modos adaptativos. Salienta-se que as teorias de enfermagem figuram estruturas para o desenvolvimento e testagem de tecnologias e conhecimentos, já que representam em si mesmas as tecnologias do cuidado relevantes para a consolidação de boas práticas de enfermagem e de saúde<sup>(21)</sup>.

Em primeiro plano, o Modo Adaptativo Fisiológico abarcou um maior número de enunciados utilizados pelos enfermeiros já que o subconjunto reúne cinco grandes necessidades básicas de integridade fisiológica, que atende ao modelo teórico proposto, e que contribuíram para a avaliação clínica da pessoa com doença renal crônica. Estudo que avaliou a qualidade de vida de pessoas em vigência de tratamento renal aponta que ter uma ou mais doenças simultaneamente a DRC, aumenta a carga de sintomas físicos, psicológicos, emocionais e de cuidados necessários, o que repercute em maiores limitações, com consequente piora na qualidade de vida e evolução da doença<sup>(22)</sup>.

No Modo Adaptativo Fisiológico os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem retrataram respostas específicas de quem inicia o tratamento e que precisam ser adaptadas a uma nova condição advinda do adoecimento, justificando a validação clínica dos enunciados propostos. Estudos revelam que a DRC causa sensações desconfortáveis ao corpo, e consequentemente ao desconrole dos fatores de risco aceitos para progressão da doença<sup>(23,24)</sup>.

Com isso, de posse das avaliações clínicas efetuadas, os enfermeiros atuam baseando-se em evidências com base nas respostas humanas e incitando intervenções plausíveis de serem adotadas pelo indivíduo<sup>(25)</sup>. Deste modo, a aplicação do cuidado de maneira sistematizada, como é o caso do uso do subconjunto, permite o julgamento do enfermeiro em compreender os indicadores de suas avaliações mais afetados e que podem direcionar um planejamento que atenda as especificidades das pessoas.

Concomitante a este aspecto, as comorbidades influenciam em amplo espectro a progressão da doença renal. As pessoas em tratamento conservador participantes deste estudo referem possuir hipertensão e diabetes como principais comorbidades. Este dado vem ao encontro de que o estresse oxidativo causado pela hiperglicemia, assim como a proteinúria, a hiperperusão e a hiperfiltração renal, participam da patogênese da doença renal crônica. Ademais, fatores comuns associados ao diabetes, como a obesidade e as doenças cardiovasculares, contribuem de tal modo para o desenvolvimento de lesões renais<sup>(26)</sup>.

Frente a magnitude deste problema na vida das pessoas, o enfermeiro possui em sua prática o estabelecimento do julgamento clínico sobre o que as respostas físicas causam, e deste modo, implementar diagnósticos de enfermagem para guiar o processo de enfermagem. O uso de linguagens padronizadas, como é o caso da CIPE<sup>®</sup>, descreve tal conhecimento e assim, aplicar intervenções de enfermagem de acordo com suas particularidades<sup>(27)</sup>. Tais intervenções são direcionadas para a educação, treinamento e mudança comportamental, que ajudam as pessoas a obterem mais conhecimento sobre o tratamento conservador

e a desenvolver hábitos de vida saudáveis, melhoram ainda mais sua adesão neste período.

Um aspecto que merece destaque foram os enunciados dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem validados aos modos psicossociais. Sabe-se que uma doença crônica causa inúmeras consequências emocionais ao vivido da pessoa, sendo muitas vezes este aspecto ser negligenciado nas práticas de saúde. Os enunciados puderam apresentar índices de concordância satisfatórios para o seu uso no dia a dia.

Estudo australiano releva a satisfação de pessoas com DRC sobre a atuação de enfermeiras durante o processo de tratamento. Por outro lado, o estudo aponta que os enfermeiros não devem se concentrar apenas nos aspectos biológicos da DRC relacionados as modificações no estilo de vida e adesão à medicação. Tais profissionais precisam avaliar rotineiramente o bem-estar psicossocial para implementar intervenções precoces e breves que melhor apoiem o bem-estar emocional destas pessoas<sup>(28)</sup>. Ademais, as intervenções de enfermagem que aplicam métodos educacionais, cognitivos, comportamentais e dietéticos, têm demonstrado exercer efeitos favoráveis no físico e na saúde emocional destas pessoas<sup>(29,30)</sup>.

O impacto para a prática assistencial do subconjunto em tela está na seara de ser uma referência para os enfermeiros de atendimento ambulatorial. Com isso, é posto em evidência um instrumento fácil para nortear estes profissionais na criação de um plano individualizado de cuidado. As instituições podem instituir subconjuntos como forma de contribuir na assistência por meio da indicação dos enunciados e o retorno de evidências, que podem ser transformadas em indicadores clínicos de qualidade. Para tanto, é preciso que as instituições abracem gradativamente práticas gerenciais e incentivem os enfermeiros a garantirem conhecimento, segurança e a cultura para minimização de potenciais problemas nessas pessoas.

Por fim, destacamos que foi relevante a avaliação dos profissionais ao utilizarem o subconjunto construído. Nesse contexto, a avaliação ocorreu de forma mais homogênea, o que indica uma maior eficiência na avaliação de pacientes, ao fornecer fundamentação científica e validação de indicadores capazes de mensurar os resultados reais e subsidiar o plano de cuidados de enfermagem. Como limitação, a escolha de uma população específica pode ter limitado os achados, impossibilitando generalizá-los. Além disso, a restrição do estudo a uma única região e cenário traz uma peculiaridade cultural singela.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou a validação clínica de 110 DE/RE e 195 IE do subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> para pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador. Identificou-se a validação clínica de 90% dos DE/RE e 96% das IE que compõem o subconjunto original. Os enunciados apresentaram concordância quase perfeita e perfeita e uma concordância global excelente, não demonstrando-se diferença estatística significativa entre as avaliações dos especialistas. Assim, a construção destes enunciados empíricos e o processo de validação clínica tornam os enunciados de enfermagem mais adequados para populações específicas e fornecem um meio eficaz para melhor avaliar as ações de enfermagem.



## RESUMO

**Objetivo:** Validar clinicamente um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para o cuidado às pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador. **Método:** Estudo prospectivo, de avaliação de validação clínica de 117 enunciados de diagnósticos/resultados e 199 enunciados intervenções de enfermagem. Foi operacionalizado pelas seguintes etapas: implementação do Processo de Enfermagem em um ambulatório no Sudeste do Brasil; elaboração dos estudos de casos; análise de concordância entre enfermeiros especialistas. Utilizou-se o coeficiente de concordância de Kappa, Kruskal-Wallis e coeficiente de correlação intraclasse (CCI). **Resultados:** A amostra foi constituída por 50 pessoas com doença renal crônica. Os diagnósticos/resultados e intervenções foram avaliadas com concordância quase perfeita/perfeita e CCI excelente. O teste de Kruskal-Wallis mostrou inexistir diferença significativa entre as avaliações. O estudo possibilitou validar clinicamente um subconjunto com 110 diagnósticos/resultados e 195 intervenções de enfermagem. **Conclusão:** O cuidado às pessoas com doença renal crônica em tratamento conservador pautado no subconjunto proposto se tornou aplicável à prática clínica.

## DESCRITORES

Tratamento Conservador; Pesquisa em Enfermagem Clínica; Estudo de Validação; Insuficiência Renal Crônica; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** Validar clinicamente un subconjunto terminológico de la Clasificación Internacional para Práctica de Enfermería (CIPE®) para la atención de personas con enfermedad renal crónica sometidas a tratamiento conservador. **Método:** Estudio prospectivo que evaluó la validación clínica de 117 declaraciones de diagnóstico/resultado y 199 declaraciones de intervención de enfermería. Fue operacionalizado a través de los siguientes pasos: implementación del Proceso de Enfermería en un ambulatorio del Sudeste de Brasil; preparación de estudios de caso; Análisis de concordancia entre enfermeros especialistas. Se utilizaron los coeficientes de concordancia Kappa, Kruskal-Wallis y coeficiente de correlación intraclase (CCI). **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 50 personas con enfermedad renal crónica. Los diagnósticos/resultados e intervenciones se evaluaron con una concordancia casi perfecta/perfecta y un CCI excelente. La prueba de Kruskal-Wallis mostró que no había diferencias significativas entre las valoraciones. El estudio permitió validar clinicamente un subconjunto con 110 diagnósticos/resultados y 195 intervenciones de enfermería. **Conclusión:** La atención a personas con enfermedad renal crónica sometidas a tratamiento conservador basado en el subconjunto propuesto se ha vuelto aplicable a la práctica clínica.

## DESCRIPTORES

Tratamiento Conservador; Investigación en Enfermería Clínica; Estudio de Validación; Insuficiencia Renal Crónica; Terminología Normalizada de Enfermería.

## REFERÊNCIAS

- Anderson AH, Xie D, Wang X, Baudier RL, Orlandi P, Appel LJ, et al. Novel risk factors for progression of diabetic and nondiabetic CKD: findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *Am J Kidney Dis.* 2021;77(1):56–73.e1. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.07.011>. PubMed PMID: 32866540.
- Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl.* 2022;12(1):7–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>.
- Navaneethan SD, Zoungas S, Caramori ML, Chan JCN, Heerspink HJL, Hurst C, et al. Diabetes management in chronic kidney disease: synopsis of the KDIGO 2022 clinical practice guideline update. *Ann Intern Med.* 2023;176(3):381–7. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/M22-2904>. PubMed PMID: 36623286.
- Xavier BLS, Hermógenes JFA, Ribeiro YC, Sá ACS, Ávila FMVP, Flores PVP. Senses and meanings of conservative treatment in people with chronic kidney disease. *Aquichan.* 2020;20(3):e2035. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.5>.
- Menezes HF, Camacho ACLF, Sousa PAF, Primo CC, Ferreira LB, Silva RAR. Validation of Nursing Diagnoses for people with chronic kidney conditions on conservative treatment. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200396. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0396>. PubMed PMID: 34423801.
- Menezes HF, Camacho ACLF, Nóbrega MML, Fuly PSC, Fernandes SF, Silva RAR. Paths taken by Brazilian Nursing for the development of terminological subsets. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3270. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3132.3270>. PubMed PMID: 32401904.
- Zhang J, Guo L, Mao J, Qi X, Chen L, Huang H, et al. The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: a randomised control study. *Ann Palliat Med.* 2021;10(12):12149–58. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2803>. PubMed PMID: 35016403.
- Callis AMB. Application of the Roy Adaptation Theory to a care program for nurses. *Appl Nurs Res.* 2020;56:151340. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>. PubMed PMID: 32900581.
- Dantas DV, Torres GV, Salvetti MG, Costa IK, Dantas RA, Araújo RO. Clinic validation protocol for venous ulcers in high complexity. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;37(4):e59502. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59502>. PubMed PMID: 28198943.
- Costa AGS, Araujo TL, Cavalcante TF, Lopes MVO, Oliveira-Kumakura AR, Costa FBC. Clinical validation of the nursing outcome falls prevention behavior in people with stroke. *Appl Nurs Res.* 2017;33:67–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.10.003>. PubMed PMID: 28096026.
- Menezes HF, Camacho AC, Sant'Anna RM, Matos TL, Santos IS, Silva AB, et al. ICNP® terminology subset for people with chronic kidney disease under conservative treatment. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE01403. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO014033>
- Cubas MR, Nóbrega MML. Equivalence between ICNP® and SNOMED CT concepts: theoretical reflection. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210450. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0450en>.
- Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl.* 2012;23(3):134–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>. PubMed PMID: 23043652.
- International Organization for Standardization. ISO 18104: health informatics: categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Geneva: ISO; 2014.
- Miot HA. Agreement analysis in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2016;15(2):89–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.004216>. PubMed PMID: 29930571.

16. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer M. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res.* 2003;25(5):508–18. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945903252998>. PubMed PMID: 12955968.
17. Randolph JJ. Online Kappa calculator [Internet]. 2021 [citado em 2021 Mar 20]. Disponível em: <https://justusrandolph.net/kappa/>
18. Trybus T, Victor LS, Silva RS, Carvalho DR, Cubas MR. Clinical applicability of the terminological subset of palliative care for dignified dying. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210126. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0126>. PubMed PMID: 34807226.
19. Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200044. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200044>. PubMed PMID: 32520099.
20. Silva RAR, Menezes HF, Santos RSC, Xavier BLQ, Dantas JC, Lopes DCL, et al. Terminological relationships between nursing diagnoses for children with kidney diseases. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20210841. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0841>. PubMed PMID: 36134782.
21. Santos RSC, Bezerra MX, Castro RR, Menezes HF, Abrantes RM, Silva ITS, et al. Content validation of a care plan for children with kidney diseases. *Int J Dev Res.* 2020;10(7):38602–6. doi: <http://dx.doi.org/10.37118/ijdr.19494.07.2020>.
22. Yonata A, Islamy N, Taruna A, Pura L. Factors affecting quality of life in hemodialysis patients. *Int J Gen Med.* 2022;15:7173–8. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S375994>. PubMed PMID: 36118180.
23. Wang M, Rao H, Zhang Y. Effect of predictive nursing on the comfort, illness perception, metabolism of calcium and phosphorus, and complications in hemodialysis patients. *Am J Transl Res.* 2021;13(5):4978–86. PubMed PMID: 34150082.
24. Menezes HF, Rosas AMMTF, Camacho ACLF, Souza FS, Rodrigues BMRD, Silva RAR. Meaning of educational actions in nursing consultations for chronic renal clients and relatives. *Rev Enferm UERJ.* 2018;26:e31921. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.31921>
25. Silva RA, Bezerra MX, Souza Neto VL, Mororo DD, Andrade IC. Children with kidney diseases: association between nursing diagnoses and their diagnostic indicators. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):73–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700011>.
26. Stompór T, Perkowska-Ptasińska A. Hypertensive kidney disease: a true epidemic or rare disease? *Pol Arch Intern Med.* 2020;130(2):130–9. doi: <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.15150>. PubMed PMID: 31964856.
27. Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Effectiveness of nursing appointments in adherence to hypertension treatment. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2019;21(3):324–32. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V21n3.70291>. PubMed PMID: 36753177.
28. Coleman S, Havas K, Ersham S, Stone C, Taylor B, Graham A, et al. Patient satisfaction with nurse-led chronic kidney disease clinics: a multicentre evaluation. *J Ren Care.* 2017;43(1):11–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jorc.12189>. PubMed PMID: 28156054.
29. Campos MX, Dutra EJ, Silva CJ, Menezes HF, Santos RS, Silva RA. Patients undergoing peritoneal dialysis: association between nursing diagnoses and their components. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(6):651–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900090>.
30. Menezes HF, Camacho ACLF, Lins SMSB, Campos TS, Lima FR, Jales AKFA, et al. Terms of specialized nursing language for chronic renal patients undergoing conservative treatment. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 6):e20190820. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0820>. PubMed PMID: 33338153.

## EDITOR ASSOCIADO

Paulino Artur Ferreira de Sousa



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.