

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARTA NUNES LIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE
AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Recife
2019

MARTA NUNES LIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE
AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

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

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Projeto Mestre: Estudos Interdisciplinares na promoção da qualidade de vida na Saúde do Adulto

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

Coorientadora: Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

Recife
2019

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L768c Lira, Marta Nunes.
Construção e validação de escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador / Marta Nunes Lira – 2019.
152 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Vânia Pinheiro Ramos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estudos de validação. 2. Tratamento conservador. 3. Insuficiência renal crônica. 4. Enfermagem. I. Ramos, Vânia Pinheiro (Orientadora). II. Título.

610.73

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-020)

MARTA NUNES LIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE
AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em, 26 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos (orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Clemente Neves, de Sousa (examinador externo)
Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal

Recife
2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o dom da vida e guiar meus passos nesta trajetória. A ti, entrego minha vida, sei que seus planos são melhores que os meus.

À minha família, alicerce fundamental para que eu pudesse realizar tudo que eu me propus a fazer, sempre me apoiaram e compreenderam minhas ausências.

Meus avós, Antônio Nunes Lira (in memória) e Teresa Nunes Lira (minha inspiração), exemplos de seres humanos. Ensinaamentos, experiências, cuidado e amor, dedicados para minha formação cidadã e escolhas conscientes e com responsabilidade para a vida.

Minha mãe, Maria do Carmo Nunes Lira, que sempre me incentivou e ofereceu as condições necessárias para minha formação. Tio Marconi Nunes Lira, um pouco de pai, amigo e companheiro em todos os momentos, eu não estaria aqui sem sua ajuda, muito obrigada!

Aos meus irmãos, Carlos José Nunes Santos e Tiago Nunes Santos, obrigada pelo apoio e incentivo. Meus sobrinhos, Maria Clara Nunes Lopes e Mateus Nunes Lopes, por tornarem meus dias mais felizes. À minha cunhada, pelo cuidado e zelo por nossa família.

Aos professores que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que brilhantemente facilitaram o processo de ensino e aprendizagem no percurso da minha formação docente.

Aos funcionários da secretaria, Camila, Glivson e Beatriz, por toda atenção dispensada durante a Pós-Graduação, muito obrigada.

Às minhas Orientadoras Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos e Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, por toda dedicação e atenção dispensada, ensinamentos e confiança. Obrigada professoras, vocês foram muito mais que orientadoras, mestres com excelência e indispensáveis nesta caminhada. Gratidão!

Ao Prof. Dr. Clemente Neves de Sousa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto-Portugal, pelo incentivo, ensinamentos, contribuição e disponibilidade.

Aos meus colegas de turma, pelos desafios superados juntos nesta trajetória.

Aos juízes e pacientes que participaram desta pesquisa, pela contribuição na análise e validação da escala.

Aos professores da Banca de qualificação, na etapa de projeto, e de defesa da dissertação, pelas excelentes contribuições.

Gratidão a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão desta etapa. Obrigada!

“Ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando” (FREIRE, 2016, p. 58)

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem aumentado progressivamente a cada ano em proporções epidêmicas, constituindo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, caracterizada por uma deterioração progressiva da função do rim. O tratamento conservador da DRC exige um investimento considerável de tempo para a autogestão dos cuidados com a saúde, incluindo um estilo de vida saudável, modificação da dieta, adesão ao tratamento medicamentoso e seguimento nas consultas ambulatoriais. Essa modalidade terapêutica está indicada para todas as fases da DRC. Nessa perspectiva, dispor de uma escala válida sobre os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador favorecerá a prática do enfermeiro para identificar as necessidades do paciente e planejar ações de educação em saúde direcionadas para a preservação da função renal e seguimento ambulatorial efetivo. Validar uma escala construída para avaliação dos comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Estudo metodológico, quantitativo, pautado no polo teórico do modelo de Pasquali. As etapas do estudo configuraram-se em construção, validação de conteúdo e análise semântica da escala. Para a construção da escala foi realizada uma ampla revisão da literatura, com o aporte teórico da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Em seguida, a escala foi analisada e validada em relação ao conteúdo por 22 juízes. E por fim, realizou-se a análise semântica por meio de entrevista a 30 pacientes renais em tratamento conservador. Os dados foram analisados no Software IBM SPSS Statistics versão 21.0 e do software “R” versão 3.2.0. Realizou-se o cálculo da frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas, e, para as variáveis contínuas, a média e desvio padrão, Coeficiente de Validade de Conteúdo, Teste Binomial a 0,05% de significância e Índice de Concordância. A pesquisa ocorreu após aprovação do comitê de ética, sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 91760718.9.0000.5208. Na primeira etapa, foi realizada uma revisão integrativa com a intenção de investigar quais os instrumentos utilizados para os cuidados de enfermagem aos pacientes com doença renal crônica. A amostra foi constituída de 14 estudos que evidenciaram três pilares do tratamento conservador da DRC: dietoterapia, sinais de progressão da enfermidade e cuidados de saúde. Na segunda, a escala construída foi composta de 62 itens subdivididos em três domínios: consumo alimentar e de bebidas, sinais e sintomas de complicação e cuidados de saúde geral. Após a análise de conteúdo obteve-se CVC Geral (Coeficiente de Validade de Conteúdo) de 96%, teste Binomial satisfatório para a maioria dos itens. Exceto para os itens 6, 8, e 40, que não alcançaram o nível de significância (p-valor 0,000; 0,003; 0,037), respectivamente. E na terceira, a análise semântica da escala, foi obtido o Índice de

Concordância satisfatória Geral (IC 0,97). A escala construída foi validada por meio da avaliação dos juízes e considerada adequada na análise do público alvo com o intuito de avaliar a frequência dos comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador. Outros estudos deverão ser realizados a fim de avaliar as propriedades psicométricas da escala.

Palavras-chave: Estudos de validação. Tratamento Conservador. Insuficiência renal crônica. Enfermagem

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) has been progressively increasing every year in epidemic proportions, constituting a public health problem in Brazil and worldwide. The Glomerular Filtration Rate is a laboratory parameter used to classify the progression of CKD into categories, ranging from normal values to the category of renal failure. In the phases prior to kidney failure, the patient must undergo conservative treatment, which is based on three pillars of conduct: early diagnosis of the disease, immediate referral to the nephrologist and implementation of measures to preserve renal function. In this perspective, it has a valid scale on the self-care behaviors of renal patients undergoing conservative treatment that can be used by nurses to identify patient needs and thus provide health education guidelines aimed at preserving renal function and effective outpatient follow-up. To validate a scale built to assess the self-care behaviors of renal patients undergoing conservative treatment. Method: Methodological, quantitative study, based on the theoretical pole of the Pasquali model. The stages of the study were configured in construction, content validation and semantic analysis of the scale. For the construction of the scale, a wide literature review was carried out with the theoretical contribution of Dorothea Orem's Theory of Self-Care. Then, the scale was analyzed and validated in relation to the content by 22 judges. Finally, semantic analysis was carried out by interviewing 30 renal patients undergoing conservative treatment. The data were analyzed using Software IBM SPSS Statistics version 21.0 and software "R" version 3.2.0. The calculation of absolute and relative frequency was performed for categorical variables and for continuous variables, the mean and standard deviation, Content Validity Coefficient, Binomial Test at 0.05% significance and Agreement Index. The research took place after the approval of the ethics committee under the number of the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation: 91760718.9.0000.5208. In the first stage, an integrative review was carried out with the intention of investigating which instruments are used for nursing care for patients with chronic kidney disease. The sample consisted of 14 studies developed in several countries and located in two databases Scopus and PubMed, showed that the instruments used for this purpose included three pillars of the conservative treatment of CKD: diet therapy, signs of disease progression and health care. In the second, the constructed scale consisted of 62 items subdivided into three domains: food and beverage consumption, signs and symptoms of complications and general health care. After the content analysis, a General CVC (Content Validity Coefficient) of 96% was obtained, a satisfactory Binomial test for most items. Except for items 6, 8, and 40, which did not reach the level of significance (p-value 0.000; 0.003;

0.037), respectively. And in the third, the semantic analysis of the scale, obtained the General Satisfactory Agreement Index (CI 0.97). The constructed scale was validated through the evaluation of the judges and considered adequate in the analysis of the target audience in order to assess the frequency of self-care behaviors of renal patients under conservative treatment. Further studies should be carried out in order to assess the scale's psychometric properties.

Keywords: Validation studies. Conservative treatment. Chronic renal failure. Nursing

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema de classificação de juízes, segundo critérios próprios, Recife, 2017.....	43
Quadro 2 - Definições operacionais relacionadas aos domínios da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Recife, 2018.	53
Quadro 3 - Escala Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 1. Recife-PE, 2018.....	57
Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.	67
Quadro 5 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 2. Recife-PE, 2018.....	74
Quadro 6 - Considerações dos pacientes acerca dos itens da segunda versão da escala em relação a compreensão do item e a redação dos itens para a terceira versão da escala. Recife-PE, 2018.....	81
Quadro 7 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018.....	87
Quadro 8 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018. (Final)	143

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa. Recife-PE. 2018.34
- Figura 2** - Apresentação da Escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador em domínios e itens. Recife-PE, 2018.57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil socioprofissional dos Juízes. Recife-PE, 2018.....	59
Tabela 2 - Distribuição das experiências dos juízes participantes da validação de conteúdo. Recife-PE, 2018.....	60
Tabela 3 - Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e ao domínio. Recife - PE, 2019.....	64
Tabela 4 - Distribuição do perfil sociodemográfico dos juízes do público alvo. Recife-PE, 2018.	76
Tabela 5 - Distribuição da atividade laboral dos participantes do público alvo. Recife-PE, 2018.	76
Tabela 6 - Distribuição do perfil clínico dos participantes. Recife- PE, 2018.	77
Tabela 7 - Índice de Concordância dos itens da escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador (versão 3). Recife-PE, 2018.	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	GERAL	20
2.2	ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	21
3.1.1	Comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador	23
3.2	TEORIA AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	24
3.3	ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR	28
4	MÉTODO	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	ETAPAS DO ESTUDO	35
4.2.1	Sistema psicológico	35
4.2.2	Propriedade do sistema psicológico	35
4.2.3	Dimensionalidade do atributo	36
4.2.4	Definição do construto	36
4.2.5	Operacionalização do construto	37
4.2.5.1	Identificação e aprofundamento do construto “Comportamentos de Autocuidado do paciente renal em tratamento conservador”	37
4.2.5.2	Elaboração dos itens da escala	40
4.2.6	Análise teórica dos itens	40
4.2.6.1	A validação de conteúdo por juízes	41
4.2.6.1.1	<u>População, Amostra e amostragem</u>	41
4.2.6.1.2	<u>Procedimentos de coleta de dados</u>	43
4.2.6.1.3	<u>Análise dos dados</u>	44
4.2.7	Análise semântica dos itens	46
4.2.7.1	Local, população, amostra e amostragem	46
4.2.7.2	Procedimentos de coleta de dados	47
4.2.7.3	Análise dos dados	48
4.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	48
5	RESULTADOS	50

5.1	DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA: AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	50
5.2	DEFINIÇÃO OPERACIONAL: AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	52
5.3	ITENS DA ESCALA.....	56
5.4	VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO.....	58
5.5	ANÁLISE SEMÂNTICA.....	75
6	DISCUSSÃO.....	88
7	CONCLUSÃO.....	94
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A - CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	104
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES.....	105
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES.....	107
	APÊNDICE D - ORIENTAÇÕES AOS JUÍZES PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	109
	APÊNDICE E - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR - VERSÃO 1.....	111
	APÊNDICE F - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	114
	APÊNDICE G - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES PARTICIPANTES DA ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	127
	APÊNDICE H - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP).....	130
	APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	131

APÊNDICE J - ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR.....	134
APÊNDICE L - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR - VERSÃO 2	140
APÊNDICE M - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR. VERSÃO 3.....	143
APÊNDICE N - PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO (POP).....	146
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIANDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP	147
ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	151

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem aumentado progressivamente, a cada ano, em proporções epidêmicas, constituindo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (ALMEIDA et al., 2012; SESSO et al., 2017). Caracteriza-se por apresentar curso progressivo com perda da função renal e é definida pela presença de marcadores de lesão renal por mais de três meses, evidenciado por anomalias estruturais ou funcionais do rim, com ou sem redução na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

A TFG é um parâmetro laboratorial para classificação e acompanhamento da progressão da DRC em categorias, oscilando desde valores de normalidade, categoria G1 - fase de DRC com função renal normal ($TFG > 90 \text{ ml/min/1,73m}^3$), evoluindo com diminuição progressiva até a categoria G5 - fase de falência renal ($TFG 15\text{-}29 \text{ ml/min/1,73m}^3$) (KDIGO, 2013).

O paciente em falência renal pode apresentar sinais e sintomas graves, como hipertensão arterial, distúrbio metabólico, convulsão, náuseas e vômitos sangramentos e distúrbios respiratórios. Nessas condições clínicas, as opções terapêuticas para manutenção da vida são os métodos de Terapia Renal Substitutiva (TRS), representados pelos tratamentos dialíticos (diálise peritoneal e hemodiálise), e o transplante renal (KDIGO, 2013; ROMANO et al., 2016).

No Brasil, as estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência para os tratamentos dialíticos foram de 596 e 193 pacientes por milhão da população (pmp), respectivamente (SESSO et al., 2017). Em contrapartida, a prevalência de indivíduos em TRS nos países da Europa, Chile e Uruguai é em torno de 1000 pacientes por milhão de população (pmp); e nos Estados Unidos da América é 750 pessoas pmp (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Previamente ao início da TRS, o paciente renal deveria ser submetido ao tratamento conservador, o qual é baseado em três pilares de conduta: diagnóstico precoce da DRC, encaminhamento imediato ao nefrologista e a implementação de medidas para preservar a função renal. Etapas essenciais no manuseio desses pacientes, pois possibilitam a educação em saúde pré-diálise, por meio da implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC, assim como diminuem morbidade e mortalidade decorrentes das complicações da patologia (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010, 2011).

Um dos modelos preconizados para o tratamento conservador da doença renal crônica é baseado no cuidado multidisciplinar, uma vez que o paciente, ao ser assistido por vários profissionais da saúde, pode apresentar redução significativa no risco de mortalidade e uma

tendência à diminuição do risco de hospitalização por todas as causas, especificamente as cardiovasculares (ROMANO, 2016).

Os pacientes que são acompanhados por uma equipe multidisciplinar tendem a apresentar menores taxas de inícios urgentes de terapia dialítica, menos dias de hospitalização no primeiro mês de TRS e menor custo do tratamento quando comparados com aqueles acompanhados somente pelo médico nefrologista (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

No modelo de cuidado multidisciplinar ao paciente renal em tratamento conservador, a equipe de saúde deve considerar como o centro do cuidado o indivíduo e não a doença em si. A adoção da educação em saúde contribui para promoção do cuidado, pois a compreensão da doença e dos seus fatores moduladores e prognóstico é o maior determinante na adesão ao tratamento (COMBES; SEIN; ALLEN, 2017; ROECHER; NUNES; MARCON, 2013).

Assim, espera-se que os profissionais de saúde direcionem suas ações ao paciente renal, em tratamento conservador, com ênfase na promoção do seu cuidado, tais como: controle e manutenção dos níveis de tensão arterial e glicemia para pacientes hipertensos e ou diabéticos; adesão ao regime dietético e medicamentoso; acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional em saúde; abandono do hábito de fumar; adoção de estilo de vida saudável; controle da obesidade; redução da ingestão do sal; evitar agentes de alta osmolaridade, como os contrastes iodados; e instrumentalizar o paciente para o reconhecimento dos sinais de complicação da DRC decorrentes de sua evolução (BRASIL, 2014b; KDIGO, 2013; GOROSTIDI et al., 2014; MAZIARZ et al., 2014).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de habilidades de autocuidado para esses indivíduos é recomendado como estratégia permanente e contínua. A enfermagem, sendo uma profissão apoiadora e facilitadora, implementa técnicas de educação e promoção da saúde que auxiliam a pessoa na ressignificação da sua condição de saúde, ao fomentar práticas de autocuidado a serem trabalhadas na busca de viver bem e melhor (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

Para Orem, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (OREM, 2001). Portanto, acredita-se que tal aporte teórico poderá guiar a implementação dos cuidados de enfermagem pautados para a preservação da função renal e ensino de comportamentos de autocuidado, possibilitando maior independência e autonomia durante o tratamento.

A capacidade de autocuidado é uma complexa habilidade adquirida e desenvolvida, durante o curso da vida diária, que permite à pessoa discernir os fatores que devem ser controlados e tratados, decidir o que pode ser feito, reconhecer suas necessidades, avaliar os

recursos pessoais e ambientais e determinar, comprometer e executar ações de autocuidado (STACCIARINI; PACE, 2014).

A capacidade do indivíduo em engajar-se no autocuidado vem sendo amplamente estudada, com a finalidade de evidenciar o desempenho individual que poderia levar à promoção da saúde, ao bem-estar e a manutenção e/ou prevenção de doenças e suas complicações (STACCIARINI; PACE, 2014).

O enfermeiro, por meio dos cuidados de enfermagem, planeja as intervenções educativas, almejando o alcance da autonomia do paciente, fundamentada no ensino para o autocuidado. Para a sistematização desse cuidado, esse profissional deverá implementar, sob aporte teórico, as cinco etapas do processo de enfermagem (PE): coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

A atuação do enfermeiro, direcionada ao paciente renal em tratamento conservador, destaca-se na implementação das intervenções educativas em cada uma das etapas de evolução da DRC. Apesar da educação em saúde do cliente ser um compromisso de toda equipe da saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela e está capacitado para identificar as necessidades dos pacientes e intervir de forma eficaz (CHEN et al., 2016).

Desta maneira, é fundamental que o enfermeiro possua um instrumento que possibilite a avaliação do autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, para planejar intervenções de acordo com a demanda de cada indivíduo.

A literatura apresenta instrumentos para serem implementados aos pacientes renais, contudo esses não abrangem a multidimensionalidade da doença renal, e em sua maioria são direcionados para o tratamento das comorbidades, percepção da doença pelos pacientes, escalas sobre comportamentos e atitudes de aderência ao tratamento hemodialítico e ao regime dietético (DOMINGOS, et al., 2015; DOLF et al., 2014; MACHADO et al., 2015; AFFRET et al., 2017).

Tais instrumentos não compreendem uma assistência integral com foco para o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado direcionados à preservação da função renal. Assim, acredita-se que uma escala que avalie os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, estruturada a partir do aporte teórico de Orem, para ser utilizada durante a execução do processo de enfermagem, poderá oportunizar um acompanhamento individualizado, humanizado com ações centradas no paciente e realizado por enfermeiro.

Nesse sentido, optou-se por construir e validar uma escala específica para mensurar o poder da pessoa para executar operações produtivas de autocuidado e, ao final do processo de

validação, esse instrumento apresentará maior confiabilidade e melhores resultados de pesquisas.

Ademais, a escala permitirá aos profissionais da saúde, em especial ao enfermeiro, o direcionamento de intervenções educativas e a criação de tecnologias inovadoras, a fim de prevenir agravos decorrentes da progressão da doença renal.

Para tanto, é imprescindível que essa escala tenha uma construção pautada em uma ampla revisão de literatura e guiada por um aporte teórico, bem como validada por especialistas e compreensível pelo público alvo.

Diante do contexto, o presente estudo almeja construir e validar uma escala que permita avaliar a frequência dos comportamentos de autocuidado do paciente renal, durante a implementação do processo de enfermagem ao paciente renal em tratamento conservador. Desse modo, a questão de pesquisa é: qual a validade de conteúdo e análise semântica da escala construída para avaliação dos comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- a) Validar uma escala construída para avaliação dos comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Elaborar domínios e itens da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, baseando-se na Teoria do Autocuidado de Orem;
- b) Avaliar a validade de conteúdo da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador junto aos juízes;
- c) Realizar a análise semântica da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador junto ao público alvo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida pela presença de alterações na estrutura ou função renal, durante um período superior a três meses, com implicação para saúde do paciente (GOROSTIDI et al., 2014). Os critérios para definição, independente de sua causa, são baseados em assertivas amplamente aceitas em todo mundo, levando-se em consideração apenas a presença de alterações estruturais renais, a redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), o tempo conhecido da doença e o impacto na saúde do paciente (KDOQI, 2012).

A DRC tornou-se um grande problema de saúde global. Dados de pesquisas nos Estados Unidos da América (EUA) indicam que a prevalência da DRC afeta 13%, da população (HAZZAN et al., 2016). Essa prevalência está aumentando e as causas não estão totalmente claras, mas é provável que o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência da obesidade, o diabetes e a hipertensão aumentem os fatores de risco para DRC avançada. De acordo com o último *ranking* da prevalência de uremia anunciado pelo *Renal Data System US* (2015), Taiwan ficou no terceiro lugar do mundo. Foi evidenciado um aumento na população de diálise existente de 2.285, em 2007, para 2.584 por milhão de pessoas, a maior taxa de prevalência do mundo (SHU-FANG et al., 2016; YUAN et al., 2017).

No Brasil, o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica (2017) revela que a estimativa de pacientes em diálise no país, em primeiro de julho de 2017, foi de 126.583. Esse número reflete um aumento de 3.758 pacientes (3%) em um ano. Se compararmos três períodos de 5 anos, de 2002 a 2017, o aumento médio anual do número de pacientes foi de 4.960 de 2002 a 2007 (aproximadamente 51% em cinco anos), 4.796 de 2007 a 2012 (32.6%) e 5.799 de 2012 a 2017 (29,7%). O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento dialítico em 2017 foi de 40.307, correspondendo a uma taxa de incidência de 194 pacientes pmp, com taxas que variam de 142 pmp, no Norte, a 221 pmp, no Sudeste. Quase metade dos pacientes que iniciou o tratamento em 2017 estava na região sudeste (48%). Desses, 57% eram do sexo masculino e 40% dos pacientes novos tinham doença renal supostamente devido ao diabetes (SESSO et al., 2018).

A DRC é classificada com base na causa, na categoria da TFG e na albuminúria, o que permite identificar os riscos de desfechos adversos relacionados ao comprometimento renal e ao óbito. A DRC é dividida em seis categorias funcionais, de acordo com o grau de função renal (TFG) do paciente. A razão principal dessa categorização é que existe uma boa associação entre

categoria de função renal rebaixada e a presença de anormalidades clínicas e metabólicas relacionadas à DRC (GOROSTIDI et al., 2014).

Essas categorias podem ser caracterizadas de acordo com a faixa de TFG, oscilando entre faixa de normalidade ($G1 > 90 \text{ ml/min/1,73m}^2$), fase de DRC com função renal normal, até a fase de falência renal ($G5 < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$), correspondente à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle interno, que os torna bastante alterados, a ponto de ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente pode mostrar-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são o tratamento conservador medicamentoso rígido, os métodos de depuração artificial do rim (hemodiálise e diálise peritoneal) ou o transplante renal (MAZIARZ et al., 2015).

A progressão e evolução da DRC varia muito entre os pacientes. Quando não se tem provas suficientes para definir e identificar aqueles que têm rápida progressão, recomenda-se avaliar, simultaneamente e de forma sistemática, a TFG estimada e albuminúria. Tanto a redução da taxa de filtração glomerular quanto o aumento da albuminúria têm grande influência no prognóstico da DRC acompanhado de efeito sinérgico (GOROSTIDI et al., 2014).

A progressão da DRC é definida como uma redução sustentada da TFG $> 5 \text{ ml/min/1,73m}^2$ por ano ou uma mudança da categoria (a partir de G1 para G2, de G2 para G3a, de G3a para G3b, de G3b para G4 ou G4 para G5) sempre que esta é acompanhada por uma TFG perda de $\geq 5 \text{ ml/min/1,73m}^2$. Evidências clínicas mostram relação entre TFG reduzida e aumento do risco relativo de complicações futuras, incluindo morbidade e mortalidade (MAZIARZ et al., 2015).

A nova diretriz americana sobre DRC, publicada pelo grupo do consórcio *International Guidelines on Chronic Kidney* (KDIGO) 2012, orienta o diagnóstico, acompanhamento e manejo do tratamento das complicações inerentes a evolução da doença. Esse documento sofre modificações periódicas, que são baseadas no *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) e nas melhores evidências científicas. Outras instituições internacionais também estabelecem suas orientações para o tratamento conservador da DRC, tais como: a sociedade espanhola de nefrologia; a *Kidney Health (CARE guidelines)*, da Austrália; e as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema Único de Saúde e a portaria Nº 398 (2014), que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Essas diretrizes abordam de forma ampla e complementar o cuidado ao paciente renal em tratamento conservador da DRC (BRASIL, 2014a; CHAN; JOHNSON, 2012; KDOQI, 2012; GOROSTIDI et al., 2014).

O tratamento conservador da DRC consiste em acompanhar e tratar os pacientes, adotando medidas de controle para cada categoria de função renal. As Diretrizes Clínicas propõem condutas com o objetivo de retardar a perda da função renal e prevenir complicações cardiovasculares. Essas medidas englobam diagnóstico precoce, avaliação clínica, controle intenso da pressão arterial e glicemia, redução do risco cardiovascular, prevenção e tratamento das complicações da DRC, controle de sintomas da DRC, preparo para terapia de substituição renal, definição do momento oportuno para construção do acesso vascular ou peritoneal e início da terapia (BRASIL, 2014b; KDOQI, 2012; CHAN; JOHNSON, 2012; GOROSTIDI et al., 2014).

3.1.1 Comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador

A autogestão da DRC, geralmente, requer o gerenciamento de múltiplas condições crônicas. Retardar a progressão da doença e controlar as comorbidades subjacentes são os principais objetivos do tratamento conservador da DRC nos estágios iniciais.

Para essa gestão, os cuidados exigidos no tratamento conservador da DRC compreendem alguns aspectos. Dentre eles, destacam-se os hábitos de vida saudáveis, o manejo adequado dos fatores de risco para doença cardiovascular, diagnóstico precoce e tratamento das complicações decorrentes da DRC, implementação de medidas que estabilizem ou diminuam a velocidade de perda da função renal, orientação vacinal e a transição segura em tempo adequado do tratamento conservador para o início da terapia de substituição renal (MAZIARZ et al., 2015).

As pessoas acometidas por condições crônicas de saúde requerem mudanças e adaptações significativas no estilo de vida, visando a sua melhoria. A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem embasou a construção de um instrumento como método capaz de determinar as deficiências de autocuidado, possibilitando a definição das atribuições do enfermeiro e da pessoa cuidada, de modo a satisfazer as exigências de autocuidado.

Os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador envolvem múltiplos aspectos. A adesão ao tratamento de uma enfermidade crônica requer mudança de comportamento e se relaciona com o modo de vida, a cultura, as crenças, a aceitação da condição de paciente crônico, questões socioeconômicas, conhecimento e atitude (ELLIS; WELCH, 2016). Acrescenta-se a isso a estrutura de saúde por meio da qual é ofertado os cuidados de saúde ao paciente.

Foram catalogados, na literatura, os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, que incluem: seguir o regime dietético recomendado pelo profissional da equipe multidisciplinar, procurar os serviços de saúde e ou comunicar a equipe que o acompanha quando do reconhecimento dos sinais e sintomas de progressão da DRC, adoção de hábitos de vida saudável, adesão medicamentosa, evitar uso de agentes nefrotóxicos de alta osmolaridade, atualizar o cartão vacinal e procurar informação sobre o tratamento da doença e as terapias de substituição renal (BRASIL, 2014b; KDOQI, 2012; CHAN; JOHNSON, 2012; GOROSTIDI et al., 2014; ELLIS; WELCH, 2016; AFFRET et al., 2017).

Esses comportamentos de autocuidado para o paciente renal em tratamento conservador estão interrelacionados e requerem mudança no estilo de vida. O tratamento conservador da DRC interfere no cotidiano do indivíduo, impondo limitações que afetam aspectos biopsicossociais. Com isso, há uma ruptura do estilo de vida anterior, fazendo com que haja necessidade de adaptação a uma nova condição de vida. É necessário que a família e a equipe de saúde busquem estimular as capacidades, as habilidades, e o potencial de cada indivíduo, a fim de que ocorra a adequação ao tratamento e ao novo estilo de vida, favorecendo a autonomia e a prática de comportamentos de autocuidado (MENDONÇA et al., 2017).

3.2 TEORIA AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

A Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem originou-se de um trabalho para produzir uma estrutura conceitual prática para a graduação em Enfermagem e estabelecê-la como disciplina. Essa teoria foi apresentada em 1985 e constituída por três bases teóricas inter-relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem. Incorporadas a essas três teorias estão seis conceitos, sendo cinco centrais e um periférico. Os conceitos centrais são: ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem, e sistema de enfermagem; e o conceito periférico, de fatores condicionantes básicos (OREM, 1991). A compreensão desses conceitos é essencial para o entendimento da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

Dessa forma, A Teoria do Autocuidado engloba; o autocuidado, atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. Esses propósitos são expressos por meio de ações denominadas requisitos de autocuidado ou exigência de autocuidado, apresentados por Orem como universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde (OREM, 1991).

Os requisitos universais estão relacionados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. Esses requisitos são concernentes com as atividades de vida diária, como a manutenção de uma ingesta suficiente de ar, água, alimentos, cuidados associados à eliminação, a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de perigos à vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais (OREM, 1991).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se aos eventos ou situações novas que ocorreram na vida humana, porém com o propósito de desenvolvimento, e para seu cumprimento, necessitam dos requisitos de autocuidado universais. E o desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou podem ser medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição (SILVA; BRAGA, 2016).

Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde são exigidos em condições de doença ou lesão ou podem resultar das medidas médicas necessárias para diagnosticar e corrigir a condição. Esses requisitos são os seguintes: buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos; realizar as medidas terapêuticas e reabilitativas; estar ciente dos efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos; modificação do autoconceito; aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico; e as medidas de tratamento no estilo de vida (SILVA; BRAGA, 2016).

Estes requisitos de desvio de saúde são essenciais ao paciente renal em tratamento conservador, para o desenvolvimento dos comportamentos de autocuidado com o objetivo de preservar a função renal.

Ainda na Teoria do Autocuidado, o conceito de atividade de autocuidado constitui uma habilidade para engajar-se com responsabilidade de si, que pode ser afetada por fatores condicionantes básicos como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde e a orientação sócio cultural, os fatores do atendimento de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação das disponibilidades de recursos. Já o conceito de exigência de autocuidado representa a totalidade de ações de autonomia, por meio do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações (OREM, 1991).

A teoria do Déficit de Autocuidado é a mais abrangente, porque envolve os propósitos das três teorias: teoria de autocuidado, teoria do déficit do autocuidado, e a teoria do sistema de enfermagem. É composta por cinco conceitos centrais inter-relacionados: capacidade de autocuidado, ações de autocuidado, demandas de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado, e agência de enfermagem. Os quatro primeiros conceitos estão relacionados ou

orientados às pessoas que necessitam da equipe de enfermagem e o quinto está direcionado ao enfermeiro (OREM, 1991).

A capacidade do autocuidado refere-se àquilo que a pessoa é capaz de realizar por si. Do ponto de vista da teoria, compete ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam obter para a realização do autocuidado. A estrutura desse conceito está formada por três elementos básicos: disposições e capacidades fundamentais, componentes de poder, e operações de autocuidado (SILVA; BRAGA, 2016).

O primeiro elemento consiste nas capacidades básicas que as pessoas precisam desenvolver para que possam aprender ou realizar atividades. O segundo, refere-se à capacidade que as pessoas têm de raciocinar, aprender e executar atividades aprendidas e busca o conhecimento empírico e técnico com o propósito de se entender o que, por que, para quê e como deve ser o fenômeno aprendido. No terceiro, e último, elemento as pessoas estão preparadas para a realização do autocuidado (OREM, 1991).

As capacidades de autocuidado podem ser investigadas segundo o seu desenvolvimento, operabilidade e adequação. O desenvolvimento é definido em relação aos tipos de ações de autocuidado que os indivíduos podem realizar. A operabilidade é descrita em relação aos tipos de ações de autocuidado que os indivíduos realizam de forma consciente e efetiva. A adequação é determinada quando se compara os tipos de ações de autocuidado que as pessoas podem realizar e os tipos de autocuidado requerido para satisfazer a demanda existente ou projetada de autocuidado terapêutico (OREM, 1991).

Ações de autocuidado são as práticas ou as atividades que as pessoas iniciam e realizam em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, a saúde e a qualidade de vida e recebem influência da cultura a qual ela pertence. É a ação que contribui à integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento das pessoas (OREM, 1991).

Demanda de autocuidado terapêutico é a soma das necessidades de autocuidado em momento específico, ou durante um determinado período, para cobrir ou atender todos os requisitos de autocuidado necessário à pessoa. Refere-se ao conjunto de atividades requeridas para o atendimento aos requisitos de autocuidados universais, de desenvolvimento e desvio da saúde (SILVA; BRAGA, 2016).

Como exemplo, podemos citar o comportamento de autocuidado, necessário para o paciente renal em tratamento conservador, precisar conhecer para realizá-los para si. Esses comportamentos de autocuidado devem estar centrados no paciente, com a finalidade de evitar a deterioração da função renal e prevenir as complicações. Dentre eles está o seguimento ambulatorial com equipe multiprofissional em nefrologia, controle da doença de base, adesão

ao regime dietético e medicamentoso e adotar hábitos de vida saudáveis (VIVIENNE et al., 2016).

O termo déficit de autocuidado consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades e a demanda de autocuidado terapêutico. Nessa relação, sendo as capacidades de autocuidado inferiores às exigências, demonstra a necessidade da pessoa obter conhecimento, habilidades e experiências para as necessidades próprias daquele momento da vida (SILVA; BRAGA, 2016).

Como exemplo, pode-se considerar um indivíduo com diagnóstico renal crônico, Taxa de Filtração Glomerular <60ml/min/1,73m², que apresente necessidade de apoio da enfermagem e esta deve possibilitar a participação ativa do paciente no seu cuidado, dividindo com ele a responsabilidade na implantação da assistência e dos resultados desejados. Diz-se que o indivíduo se encontra em déficit do autocuidado porque tem que atender a diversas necessidades relacionadas à doença que acabou de adquirir, porém lhe faltam conhecimentos sobre as demandas terapêuticas de autocuidado.

O último conceito central, denominado de agência (capacidade) de enfermagem (formação em enfermagem), refere-se àquelas habilidades especializadas, que permitem aos profissionais de enfermagem proporcionar atenção que compensa ou ajuda a superar as deficiências de autocuidado relacionadas com a saúde. O enfermeiro é o agente oficialmente reconhecido para ajudar as pessoas a adquirirem competências para o conhecimento e a prática do autocuidado (OREM, 1991).

O enfermeiro, ao capacitar o paciente sobre o autocuidado em relação ao tratamento conservador da Doença Renal Crônica (DRC), está desenvolvendo a agência de enfermagem, ou seja, ele está ajudando aquela pessoa a superar suas deficiências em relação ao seu autocuidado no tratamento conservador da DRC.

Os fatores condicionantes básicos influenciam nas capacidades de autocuidado e nas formas de atender os seus requisitos de autocuidado. Eles afetam, também, a agência de enfermagem que se relaciona àquelas habilidades especializadas, que permitem aos profissionais de enfermagem proporcionar atenção que compensa ou ajuda a superar as deficiências de autocuidado relacionadas à saúde (SILVA; BRAGA, 2016). O nível de escolaridade, sexo, atividade laboral e o tempo de tratamento da enfermidade crônica são alguns exemplos de fatores condicionantes básicos que podem interferir de maneira negativa nas capacidades e nas ações de autocuidado (SOUSA et al., 2018). Se os indivíduos não podem aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender e proporcioná-los.

A Teoria do Sistema de Enfermagem relaciona-se ao fato de a pessoa estar em situação de déficit de autocuidado e, para compensá-lo, necessita do cuidado de enfermagem. Se existir um déficit entre o que o indivíduo pode fazer (a ação de autocuidado) e o que precisa ser feito para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), a enfermagem é exigida (SILVA; BRAGA, 2016).

Assim, os sistemas de enfermagem são classificados em: totalmente compensatório, quando a pessoa é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado; parcialmente compensatório, refere-se ao fato de que tanto o enfermeiro quanto o paciente desempenham as ações de autocuidado; e apoio e educação, que está relacionado com o fato da pessoa que se encontra sob orientação e assistência ser capaz de aprender e desempenhar as ações de autocuidado terapêutico (SILVA; BRAGA, 2016).

Neste estudo, a utilização da Teoria do Autocuidado para conduzir as etapas do processo de enfermagem permitiu a construção de um instrumento confiável e válido, em conteúdo e semântica, para avaliar a frequência dos comportamentos de autocuidado para preservação da função renal do paciente renal em tratamento conservador.

3.3 ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

A implantação das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde requer a contribuição do profissional enfermeiro na execução das atividades de educação em saúde, a fim de possibilitar o acesso da população ao conhecimento sobre o tratamento conservador da DRC e, assim, desenvolver os comportamentos de autocuidado para preservar a função renal.

A Portaria Ministerial Nº 398, de 13 de março de 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio, destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Nesse documento está previsto a garantia de educação permanente da equipe multiprofissional da saúde, para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde, como também recomenda realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC (BRASIL, 2014a).

A construção e validação de uma Escala de Comportamentos de Autocuidado do Paciente Renal em Tratamento Conservador (ECAP - RENAL) possibilita ao profissional enfermeiro identificar o nível de conhecimento dos indivíduos sobre sua enfermidade e as variáveis que precisam de intervenções educacionais, podendo, ainda, direcionar e dinamizar as ações de educação em saúde, pela oportunidade de realização de práticas pedagógicas

participativas em substituição aos modelos ancorados em técnicas de comunicação unidirecional, verticalizadas, e na transmissão de informações.

A elaboração de instrumentos com a finalidade de aferir o autocuidado do paciente renal favorece o planejamento das intervenções educativas utilizando metodologias ativas, pelo enfermeiro ou equipe multiprofissional em saúde, e devem buscar promover a adesão dos usuários a partir de reflexões da própria realidade e dos seus atos, para que possa haver o esclarecimento de questionamentos e adoção de hábitos de vida saudável (DUARTE et al., 2016).

A enfermagem tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores, que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral, especialmente nas áreas do saber da nefrologia, sejam elas desenvolvidas nos ambulatorios pré-diálise, atenção hospitalar e nos serviços de diálise.

A detecção precoce e o tratamento adequado em estágios iniciais da DRC ajudam a prevenir desfechos deletérios e a subsequente morbidade relacionada às nefropatias. Ademais, resultam em potenciais benefícios para a qualidade de vida, longevidade e redução dos custos associados ao cuidado em saúde (MARINHO et al., 2017).

O tratamento ambulatorial pré-diálise proporciona uma relação contínua com a equipe multidisciplinar, escuta qualificada, e abertura às experiências do outro. Nesse contexto, obtém-se a construção compartilhada do saber e formas de cuidados diferenciadas. O profissional deve, sistematicamente, avaliar e conduzir o planejamento das atividades a serem desenvolvidas a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificadas dos usuários.

Conforme Pelicioni e Mialhe (2012), as primeiras práticas de educação em saúde no Brasil, datadas do século XIX, voltavam-se aos segmentos sociais de maior renda. Segundo Vasconcelos (2001), tradicionalmente, o interesse em mudar o padrão sanitário dos escravos e serviços ocorria apenas quando estes eram considerados foco de doença. Do ponto de vista epistemológico, imperava um olhar que considerava a escola como lócus para corrigir a ignorância familiar que colocava em risco a saúde da criança (GONÇALVES; DAL-FARRA, 2018).

Na legislação de saúde vigente no Brasil, a lei orgânica da saúde, Lei nº 8.080/1990, enfatiza a educação como um fator que influencia no estado de saúde do indivíduo, quando cita em seu título I:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, art. 3º).

Os princípios e práticas de saúde estão ligados à conjuntura cultural. A cultura é um mapa, receituário, código, por meio do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas (BOEHS et al., 2007).

A educação, em Paulo Freire, fundamenta-se na reflexão da realidade do educando, retornando posteriormente a esta mesma, transformando-a. Considera o homem como ser de relações com dois mundos: o da natureza e o da cultura. Em seus escritos, a cultura é abordada como um conceito central para as suas propostas de educação. Valoriza cada sujeito ao seu mundo, seus valores, saberes e problemas (GONÇALVES; DAL-FARRA, 2018).

A contribuição que trazemos para esse debate consiste na necessidade de diálogo acerca da interface da cultura, como “terreno movediço de significações”, e a definição de cultura abordada pela Antropologia Simbólica, que a concebe como sendo dinâmica, heterogênea, aprendida, lógica e compartilhada. Nessa aproximação, o ser humano profissional e o cliente/usuário seriam ambos fortalecidos como agentes que percebem e elaboram símbolos e significados, comunicam, negociam e interagem perspectivas educacionais para mudar a si e as suas realidades, diante das demandas e dos enfrentamentos necessários ao complexo processo de educar em saúde (GONÇALVES; DAL-FARRA, 2018).

Pela complexidade da problemática das doenças crônicas, considerando os seus diversos entornos, mostra-se pertinente o comprometimento das equipes multidisciplinares em saúde, com iniciativas que visem, por meio de ações/estratégias de educação em saúde no âmbito dos diversos níveis de atenção à saúde, à redução de fatores de risco e da ocorrência de doenças, contribuindo para a qualidade de vida da população (AZEVEDO et al., 2018).

O aumento na incidência e prevalência das doenças crônicas representa grave problema de saúde pública, constituindo uma das principais causas de morte. Esse fato decorre do estágio atual da transição demográfica/epidemiológica do Brasil, além do envelhecimento populacional (MARINHO et al., 2017).

As pesquisas sobre as doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a DRC, têm se intensificado, tendo em vista ser um grave problema de saúde pública com crescente número de casos ano. Assim, torna-se relevante o uso de estratégias de educação em saúde que contribuam com mudanças no estilo de vida dos usuários, no que concerne aos fatores de risco para diversas patologias.

A doença renal crônica é a perda permanente da função dos rins e é reconhecida como um problema global de saúde pública. O aumento no número de casos tem sido reportado na última década em diferentes contextos, associados ao envelhecimento e à transição demográfica

da população, como resultado da melhora na expectativa de vida e do rápido processo de urbanização. A hipertensão e o diabetes são as principais causas, ao passo que disparidades socioeconômicas, raciais e de gênero são também fatores determinantes (MARINHO et al., 2017).

A DRC é classificada baseando-se na causa, na categoria da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e na albuminúria, o que permite identificar os riscos de desfechos adversos relacionados ao comprometimento renal e ao óbito. A TFG (em ml/min/1,73m²) foi dividida em categorias, G1 (>90), G2 (60-89), G3a (45-59), G3b (30-44), G4 (15-29) e G5 (< 15), e o acompanhamento ambulatorial pré-diálise é específico para cada estágio da doença, quadro clínico e sintomatológico identificado no indivíduo (KDIGO 2013).

A recomendação das Diretrizes Clínicas para o Cuidado aos pacientes renais crônicos, classificados do estágio G1 ao G3a, sugere que o acompanhamento do tratamento conservador da DRC trate dos fatores de risco modificáveis de progressão da enfermidade e de doenças cardiovasculares, tais como: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo, atualização do cartão vacinal e adequação do estilo de vida. A avaliação deverá ser realizada anualmente e em caso de apresentarem sinais de progressão da DRC, deve-se encaminhá-los para atenção especializada (BRASIL, 2014b).

Os indivíduos classificados em estágio G3b seguem as mesmas recomendações acima, acrescentando a realização da sorologia para hepatite B e retorno ambulatorial semestral. Já os pacientes estágios G4 e G5, denominados pré-dialíticos, requerem cuidados específicos dos profissionais da equipe multiprofissional, preparo para terapia dialítica, confecção do acesso para terapia de escolha e acompanhamento trimestral e mensal, respectivamente (BRASIL, 2014b).

A atuação multidisciplinar especializada em DRC será constituída, no mínimo, dos seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. Esse acompanhamento deverá ser individualizado, de acordo com critérios estabelecidos nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no SUS, e o cuidado deverá ser centrado no indivíduo e não na doença.

Para o controle da DRC e, principalmente, suas complicações, são necessárias práticas de educação em saúde que incentive a adesão ao tratamento conservador da DRC e proporcione ao usuário informações e orientações essenciais para contribuir para qualidade de vida, o adequado diagnóstico precoce e tratamento conservador da DRC que permita reduzir complicações e mortalidade cardiovasculares. Tais metas são desafiadoras onde o acesso ao

serviço de saúde é limitado, com número reduzido de nefrologistas para acompanhamento (MARINHO et al., 2017).

Nesse contexto, é relevante considerar que a educação em saúde é um campo que pode contribuir para compor uma nova visão do processo saúde-doença-cuidado, uma vez que promove e desenvolve o conhecimento, a fim de contribuir para a saúde das pessoas envolvidas no processo (MARTINS et al., 2014).

Os preceitos da educação em saúde visam motivar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis, usarem adequadamente os serviços de saúde colocados à sua disposição, tomarem suas próprias decisões, tanto individual quanto coletivamente, com o objetivo de melhorar suas condições de saúde e do meio que vivem.

Sendo assim, práticas educativas que esclareçam sobre o processo saúde-doença-cuidado, tal como se apresenta os preceitos da educação em saúde, permitem que este se desenvolva enquanto processo de troca e construção de envolvimento responsável de todos os participantes na criação de alternativas que culminem com a saúde individual e coletiva.

Segundo revisão de literatura publicada sobre ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas, as atividades de educação foram voltadas, especialmente, às enfermidades Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). As estratégias de educação em saúde, identificadas no estudo citado, foram rodas de conversa, palestras, aferição de sinais vitais e terapia de grupo, seguidas de aplicação de questionários antes e após as ações de educação em saúde, com a finalidade de mensurar o conhecimento sobre o tema explanado (AZEVEDO et al., 2018).

Estudo realizado na Turquia fornece uma ferramenta válida e confiável para avaliar as atividades de educação do paciente, realizadas por enfermeiros, constituída de 42 itens divididos em quatro domínios: necessidade de educação dos pacientes (04 itens); avaliação e planejamento (16 itens); implementação (14 itens); e avaliação e documentação (08 itens). O alfa de Cronbach geral da escala foi de 0,97. Esse instrumento pode ser utilizado para avaliar as atividades do enfermeiro em termos de realização de processos de educação do paciente, bem como a qualidade dos cuidados (SENYUVA; KAYA, 2019).

O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional em saúde do ambulatório de pré-diálise, desempenha atribuições indispensáveis para o planejamento e desenvolvimento de ações de educação em saúde efetivas, alicerçadas em estratégias de educação que promovam participação, empoderamento e liderança da pessoa em seu autocuidado.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico, quantitativo, que foi pautado no subitem construção do instrumento do polo teórico do modelo de Pasquali (2013).

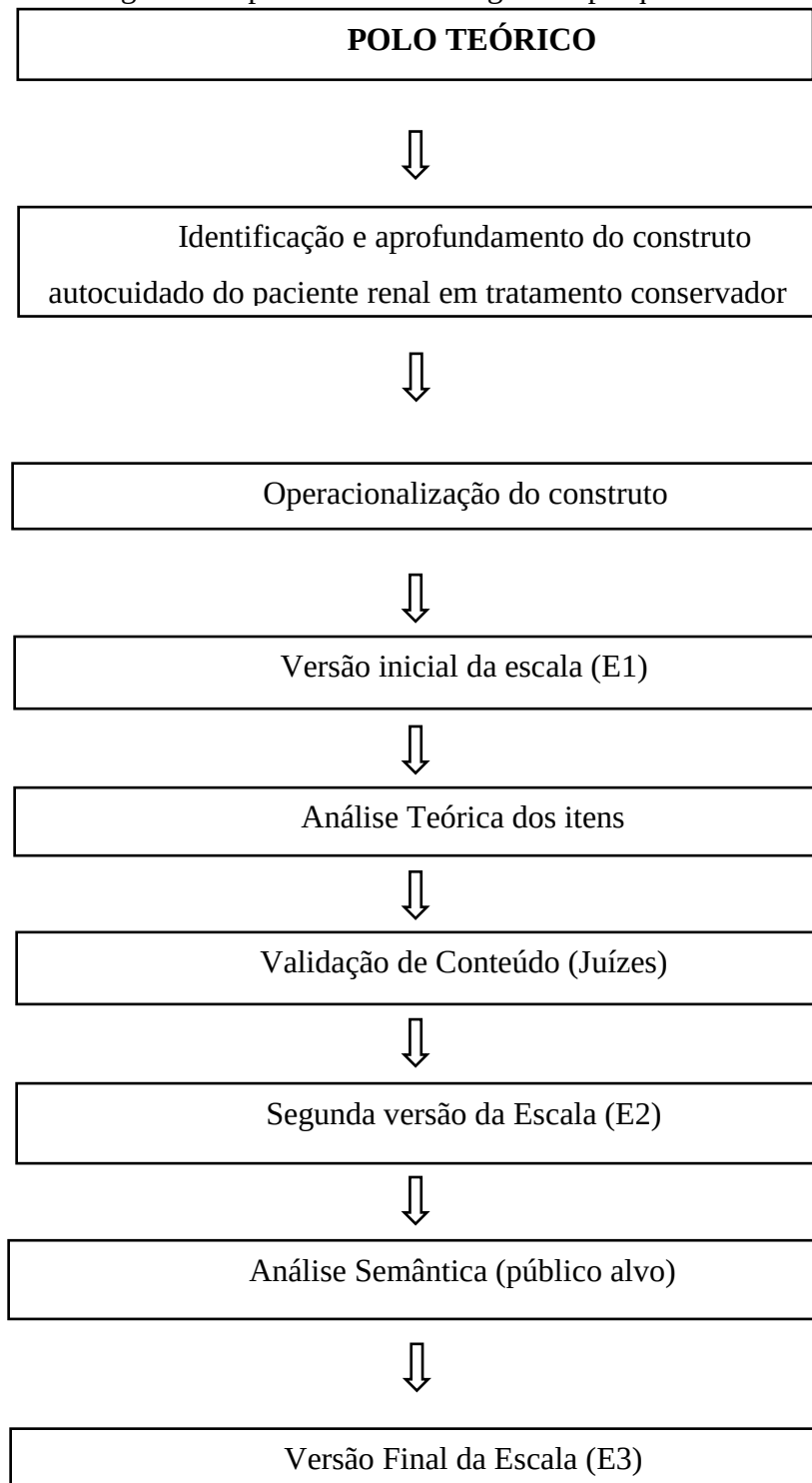
A pesquisa metodológica envolve investigação dos métodos de obtenção e organização dos dados e da condução de pesquisas rigorosas para a construção e validação de conteúdo e análise semântica de um instrumento. Esse tipo de delineamento trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos que sejam confiáveis, precisos e utilizáveis por outros pesquisadores e aplicados ao público a quem se destina (POLIT; BECK, 2011).

O modelo proposto por Pasquali (2013) baseia-se na construção de três polos, ou procedimentos, que são denominados: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O polo teórico está centrado na teoria que deve fundamentar o construto para o qual se deseja desenvolver um instrumento de medida e, em seguida, a operacionalização da construção dos itens a partir do construto. Nesse polo, avalia-se a validação de conteúdo e análise semântica por juízes e público alvo, respectivamente, com o objetivo de ajuizar a compreensão e adequação dos itens do instrumento.

O polo empírico ou experimental define as técnicas de aplicação do instrumento piloto para a população alvo, coletando informações necessárias para a avaliação da qualidade psicométrica. E o analítico define os procedimentos de análise estatística realizados sobre os dados, para obter um instrumento preciso, válido e confiável (PASQUALI, 2013).

De modo a facilitar a compreensão dos procedimentos metodológicos, foi esquematizado o fluxograma das etapas de construção do instrumento de coleta de dados (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do percurso metodológico da pesquisa. Recife-PE. 2018.



Fonte: A autora, 2018.

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O polo teórico foi desenvolvido em seis etapas para a construção de um instrumento: (i) sistema psicológico; (ii) propriedade do sistema psicológico; (iii) dimensionalidade do atributo; (iv) definição do construto; (v) operacionalização do construto; e (vi) análise dos itens (PASQUALI, 2013).

4.2.1 Sistema psicológico

A primeira etapa, denominada sistema psicológico, foi definida pelo interesse do pesquisador, não constitui objeto direto de mensuração, mas sim suas propriedades ou atributos, que são os vários aspectos que o caracterizam, representando o objeto de interesse, chamado também de objeto psicológico. O sistema, portanto, consiste no objeto imediato de interesse dentro de um delineamento de estudo. Nessa etapa, identifica-se o tema, o assunto e a ideia que o pesquisador deseja trabalhar (PASQUALI, 2013).

Neste estudo, o tema escolhido foi os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Para tanto, os assuntos selecionados para o desenvolvimento do estudo foram: Tratamento Conservador da Doença Renal Crônica, Comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

O objetivo da pesquisa foi a construção e validação de uma escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador.

4.2.2 Propriedade do sistema psicológico

Essa etapa consiste em definir os aspectos específicos do objeto psicológico - os comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador - que se deseja estudar e para o qual se quer construir um instrumento de medida (PASQUALI, 2013). Sendo assim, os atributos são os comportamentos de autocuidado que os indivíduos deverão realizar, almejando preservar a função renal.

Os atributos são os vários aspectos ou propriedades que caracterizam o foco imediato de observação ou medida de interesse (PASQUALI, 2013). Neste estudo, será considerado como atributo: o aconselhamento dietético (o consumo de sal, alimento rico em potássio, fósforo, proteínas e ingestão de líquidos); aderência à terapia medicamentosa; aconselhamento

sobre o controle do peso, hábito de fumar, minimização, absenteísmo ao acompanhamento ambulatorial do nefrologista e da nutricionista e de outras especialidades médica para o controle da doença de base; orientações quanto as opções de terapia de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) e a imunização; e os hábitos saudáveis de vida (CANZIANI; KIRSZTAJN, 2017). A preservação da rede vascular para construção da fístula arteriovenosa não será incluída por já existir uma escala de comportamentos de autocuidado pré-operatórios para construção da fístula arteriovenosa, de autoria portuguesa, e o processo de adaptação transcultural e validação para a língua brasileira está em andamento.

Esses atributos foram nomeados com base em uma revisão integrativa da literatura referente à temática estudada, materiais nacionais e internacionais (*Guidelines* australiano, 2013; americano, 2013; espanhol, 2014) referente ao tema e, ainda, nas Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o manejo de pacientes portadores de DRC na fase pré-dialítica, Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), livros texto e Portarias do SUS, com o objetivo de preservar a função renal, retardar a progressão da doença renal e diminuir a morbimortalidade de pacientes renais preconizadas pela *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NFK-K/DOKI) e pelo *National Institute of Health* (NIH) (BRASIL, 2014b; CANZIANI; KIRSZTAJN, 2017).

4.2.3 Dimensionalidade do atributo

A dimensionalidade do atributo diz respeito à estrutura interna, semântica e compreensão do item. Considera-se uni ou multidimensional e confere ao construto a clareza e precisão para a construção dos itens do instrumento de medida. O atributo constitui uma unidade semântica única ou apresenta componentes distintos ou até independentes. Deve ser concebido como uma dimensão homogênea ou nele distinguir aspectos diferenciados (PASQUALI, 2013). O construto, o autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, é definido como as atitudes expressas por comportamentos de autocuidado direcionados para preservação da função renal. Essas ações devem, prioritariamente, capacitar os indivíduos para se tornar um protagonista do seu autocuidado (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

4.2.4 Definição do construto

Definida a propriedade e suas dimensões, é preciso conceituar detalhadamente esse construto, baseando-se na literatura pertinente, nos peritos da área e na experiência do

pesquisador. Nessa etapa, temos dois produtos: a definição constitutiva e a operacional, que devem ser claras e precisas, dos fatores para os quais se quer construir os itens de uma escala. (PASQUALI, 2013).

Um construto definido por meio de outros construtos representa uma definição constitutiva, que delimita o construto por meio de conceitos em dicionários e enciclopédias e situam-no exato e preciso dentro da temática do estudo. Essas definições o caracterizam, dando as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico da teoria em que está incluído (PASQUALI, 2013).

Para elaboração da definição operacional, deve-se obedecer a dois critérios: ser realmente operacional, exequível e o mais abrangente possível do construto em estudo. Para garantir, melhor cobertura, ela deve especificar e elencar aquelas categorias de comportamentos que seria a representação comportamental do construto, comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador (PASQUALI, 2013).

Assim, para essa etapa, foi realizada uma revisão da literatura que engloba uma revisão integrativa da literatura, referencial teórico do estudo, teoria do autocuidado de Dorothea Orem, consultas em publicações científicas, resoluções, livros texto, portarias e *Guidelines* (australiano, 2013; americano, 2013; espanhol, 2014).

4.2.5 Operacionalização do construto

4.2.5.1 Identificação e aprofundamento do construto “Comportamentos de Autocuidado do paciente renal em tratamento conservador”

Nessa etapa, primeiramente, foi realizado o aprofundamento do tema, por meio de uma revisão integrativa de literatura, para identificar instrumentos utilizados para os cuidados de enfermagem aos pacientes com doença renal crônica. Nessa busca, não foi evidenciado instrumentos válidos, dirigidos aos cuidados do paciente renal em tratamento conservador, mas possibilitou a elaboração dos domínios da escala e aprofundamento do construto.

Em seguida, foi realizada uma ampla revisão de literatura sobre o construto em publicações científicas, resoluções, portarias, *Guidelines* (australiano, 2013; americano, 2013; espanhol, 2014) e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

A revisão integrativa é um método capaz de agregar e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema, de maneira ordenada e sistemática, auxiliando no aprofundamento do conhecimento a ser investigado (GALVÃO, 2010).

As seguintes etapas foram percorridas, a fim de desenvolver a revisão integrativa: elaboração da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, organização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e apresentação e discussão dos resultados (SOUZA; SILVA, 2010). A seguinte questão norteadora foi considerada: quais os instrumentos utilizados para os cuidados de enfermagem aos pacientes com doença renal crônica?

Os critérios de inclusão dos estudos primários foram: a publicação possuir como temática a construção e/ou o uso de instrumentos utilizados para os cuidados de enfermagem a paciente com doença renal crônica, ser artigo original, estar publicado no idioma português, inglês ou espanhol, textos livremente disponíveis e completos nas bases de dados e bibliotecas escolhidas.

Consideraram-se critérios de exclusão os manuscritos referentes a livro ou capítulo de livro, trabalhos no formato de tese, dissertação, editorial, matéria de jornal, revisão integrativa ou sistemática da literatura, relatos de experiência, bem como estudos que não responderem ao objetivo da revisão. Não foi delimitado o tempo para a seleção dos artigos, visando explorar ao máximo os estudos disponíveis.

O levantamento bibliográfico ocorreu de 04 de julho a 30 de novembro de 2017, nas bases de dados *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e CUIDEN; e nas bibliotecas virtuais Cochrane e SciELO.

Para a busca, foram utilizados três cruzamentos de descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), no idioma português, inglês ou espanhol, separados pelo operador *booleano* AND, a saber: Insuficiência Renal Crônica ‘AND’ Inquéritos e Questionários ‘AND’ Cuidados de Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica ‘AND’ Cuidados de Enfermagem; e Insuficiência Renal Crônica ‘AND’ Inquéritos e Questionários. A palavra ‘instrumento’ não é um termo controlado no DECS e MeSH, sendo assim utilizado o descritor Inquéritos e Questionários. Por meio da busca nos bancos de dados e bibliotecas pelo cruzamento dos descritores, foram identificadas 6.144 publicações.

Para a extração das informações dos artigos que compuseram a amostra final, foi utilizado um instrumento, validado e adaptado em estudo anterior, que considera os seguintes itens: identificação do artigo original, instituição onde o estudo foi desenvolvido, tipo de revista científica e características metodológicas do estudo (URSI, 2005).

Para avaliar o rigor metodológico dos estudos selecionados, utilizou-se um instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skill Programm* (CASP), que é constituído por dez questões que examinam as pesquisas quanto ao objetivo, adequação do desenho metodológico, os procedimentos teóricos metodológicos, a amostra do estudo, a coleta de dados, a relação entre pesquisador e pesquisados, os aspectos éticos, a análise dos dados, especificação dos testes estatísticos, os resultados apresentados e discutidos com propriedades e quais as contribuições e limitações da pesquisa. Cada questão é contabilizada: um ponto para respostas "sim" e zero para respostas "em parte" ou "não". O escore final permite classificar o estudo como nível A (6 a 10 pontos), que possuem boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou como nível B (mínimo de 5 pontos), com qualidade metodológica satisfatória, porém com potencial de viés aumentado. Os estudos foram classificados em duas categorias, conforme pontuação obtida na aplicação do instrumento: A e B. Para isso, procedeu-se à leitura e releitura completa dos estudos (STILLWELL et al., 2010). Independente da pontuação obtida, todos os estudos avaliados foram mantidos nesta revisão, com a intenção de atender o objetivo do estudo.

Quanto ao nível de evidência, os estudos foram avaliados de acordo com a classificação hierárquica, divididos em 6 níveis: nível 1, estudos de metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento experimental, como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste; nível 4, estudo com delineamento não experimental, como pesquisas descritivas correlacional e qualitativa ou estudo de caso; nível 5, relatórios de casos ou dado, obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; e nível 6, opinião de autoridades respeitáveis, baseada na competência clínica ou opiniões de comitês de especialistas, incluindo interpretações não baseadas em pesquisas (GALVÃO, 2006).

Os domínios da escala foram fundamentados nos resultados da revisão integrativa e os itens foram elaborados a partir de uma ampla pesquisa na literatura, artigos sobre o construto, *guidelines* (australiano, 2013; americano, 2013; espanhol, 2014), Diretrizes do Sistema Único de Saúde, portarias, livros texto e a Teoria do Autocuidado de Orem, que infere sobre os comportamentos de autocuidado realizados por si, intencionalmente, para manter a saúde e o bem estar, direcionados para o paciente renal em tratamento conservador visando a preservação da função renal.

4.2.5.2 Elaboração dos itens da escala

Para construção dos itens da escala, foi adotada a recomendação de Pasquali (2013) que estabelece 12 critérios fundamentais para construção de instrumentos de medida, em que os dez primeiros dizem respeito a construção de cada item individualmente, e os dois últimos ao conjunto dos itens que medem o mesmo construto, a saber: critério comportamental (expressar comportamento); critério de objetividade (expressar desejabilidade ou preferência); critério de simplicidade: (expressar uma única ideia); critério de clareza (ser inteligível até para o extrato mais baixo da população); critério de relevância (ser consistente com o atributo a que se pretende medir); critério da precisão (ser distinto dos demais itens); critério de variedade (variar a linguagem); critério de modalidade (não utilizar expressões extremadas); critério de tipicidade utilizar expressões condizentes com o atributo; critério da credibilidade (não pareça ridículo, despropositado ou infantil); critério de amplitude (deve cobrir toda a extensão da magnitude do contínuo desse atributo); e o critério de equilíbrio (deve haver itens fáceis, difíceis e médios). Além disso, deve existir um espaço destinado às sugestões dos especialistas (PASQUALI, 2011).

Em adição, os itens devem apresentar objetividade, expressar uma única ideia, permitir a pessoa uma ação clara e precisa, ser de fácil entendimento, apropriado com o traço a ser medido e com linguagem variada (PASQUALI, 2013).

Para a construção da versão inicial da escala, foi realizada ampla busca em artigos científicos para subsidiar a construção dos itens com base no construto autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, por meio de uma revisão integrativa da literatura, *Clinical Practive Guideline* (australiano, 2013; americano, 2013; espanhol, 2014) *for the Evaluation and Managment of Chronic Kidney Disease*, (2012), *Academy of Nutrition and Dietetics. Chronic Kidney Disease (CKD) Guideline* (2010) e nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica-DRC, resoluções do Sistema Único de Saúde (2014) e livros texto.

4.2.6 Análise teórica dos itens

A análise teórica dos itens compreende a análise e validação de conteúdo por juízes, e a análise semântica pelo público alvo (PASQUALI, 2010). Os procedimentos para a execução dessa etapa foram: desenvolvimento do instrumento; seleção da população; amostra e amostragem; procedimentos de coleta de dados; e análise dos dados.

4.2.6.1 A validação de conteúdo por juízes

A validade de conteúdo objetiva a análise minuciosa do assunto para avaliar se a escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador apresenta os itens que representam adequadamente o construto de interesse. Foi solicitado aos juízes que avaliassem cada um dos itens quanto aos critérios: clareza, compreensão, pertinência, relevância e o domínio ao qual o item pertence (PASQUALI, 2013).

Os juízes revisaram os itens de acordo com os critérios acima mencionados, usando uma escala de concordância: -1 = discordo totalmente; 0 = não discordo/não concordo; 1 = concordo. Quando o item foi julgado com pontuação -1 e zero, os especialistas deram sugestões de que ajuizassem oportuna mudanças para melhorar o item ou recomendaram reescrever o item (SOUZA, 2017).

4.2.6.1.1 População, Amostra e amostragem

A população para validação de conteúdo foram juízes da área de nefrologia, docentes e profissionais da assistência nas áreas de enfermagem, medicina e nutrição, que tinham expertise na temática abordada no instrumento. Para a amostra, foram selecionados sessenta e seis juízes para garantir que, apesar das perdas e recusas, fosse alcançado o número de vinte e dois juízes.

Em relação ao número e a qualificação dos juízes, a literatura apresenta controvérsia. Segundo Lynn (1986), a recomendação é um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas participantes desse processo. Já Pasquali (2011, 2013) sugere no mínimo seis juízes para a etapa de validação de conteúdo. Neste estudo, foi adotada a recomendação de Lopes, Silva e Araújo (2012) que, para a validação do conteúdo, indicam um quantitativo de vinte e dois juízes especialistas na área de interesse do construto, para avaliar a representatividade e relevância do conteúdo dos itens submetidos, atendendo a um nível de confiança de 95%.

Essa amostra foi estimada utilizando-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral baseado em proporção:

$$n = (Z\alpha)^2 \cdot P(1-P) / d^2 \rightarrow n = (1,96)^2 \cdot 0,85(1-0,85) / (0,15)^2 \rightarrow n = 22 \quad (1)$$

Onde,

n: Número de especialistas, correspondente ao tamanho mínimo da amostra;

Z α : Nível de confiança desejado (95%=1,96, conforme t_s%);

P: Proporção mínima de especialistas a considerar o instrumento/item como adequado (85%);

d: Grau de precisão da estimativa (15%).

Após o cálculo da amostragem, para garantir que esse quantitativo de juízes fosse atingido, foram convidados a participar da pesquisa o triplo de especialistas, 66 juízes.

Inicialmente, os sessenta e seis juízes foram captados de maneira intencional, por meio do currículo *lattes*, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), de duas formas: por meio de um filtro disponível na plataforma, no campo busca avançada, utilizando os termos: nefrologia, enfermeiro, nutricionista e médico nefrologista; e, posteriormente, foi adotado o processo de amostragem em rede ou bola de neve, que consiste na seleção por indicação ou recomendação, pelos juízes anteriores, de profissionais que atendessem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. As especificações profissionais foram conferidas por meio da plataforma *lattes* (POLIT; BECK, 2011).

O outro ponto de discordância na literatura se refere à qualificação dos juízes. As pesquisas têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão dos juízes na amostra, por não existir um consenso entre os pesquisadores nessa temática (MELO et al., 2011). Adotam critérios de autores e adaptam esses critérios sem a preocupação de respeitar a originalidade do requisito, ferindo o princípio da fidedignidade, que são modificados no critério de seleção, nas características exigidas dos pesquisadores e na pontuação recomendada para cada item (MELO et al., 2011).

Segundo Melo et al. (2011), em estudo de revisão integrativa da literatura que teve como objetivo identificar os critérios utilizados para seleção de juízes nas pesquisas sobre validação de diagnósticos de enfermagem, intervenções ou resultados de enfermagem, evidenciou a utilização do modelo de *Fehring* adaptado. O autor recomenda que o pesquisador deve direcionar seus critérios de inclusão para os objetivos do estudo, considerar as limitações da temática, respeitar os requisitos necessários a um juiz, usar critérios claros, justificando as razões para a utilização de cada um.

Jasper (1994) recomenda o uso de cinco definições para a seleção dos juízes: habilidade ou reconhecimento adquiridos pela experiência; habilidade ou conhecimento especializado que o torna uma autoridade; habilidade especial em um tipo de estudo; aprovação em um teste específico para identificar juízes; e classificação alta atribuída por uma autoridade. No entanto, não estabelece a pontuação para cada critério especificado, valoriza a atuação prática e não cita o enfermeiro docente e pesquisador.

Dessa forma, tendo em vista a necessidade de estabelecer critérios para seleção dos juízes e por não ter identificado uma padronização para validação de conteúdo da escala, construiu-se um sistema próprio de classificação dos juízes (Quadro 1), utilizando como

referencial a leitura crítica dos critérios adotados por Fehring (1994), os citados por Jasper (1994) e os estudos referenciados por Melo et al. (2011).

Realizou-se uma consulta à Plataforma *Lattes*, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para verificar a pontuação dos especialistas selecionados.

Quadro 1 - Sistema de classificação de juízes, segundo critérios próprios, Recife, 2017.

Critérios de classificação dos Juízes	Pontuação
Possuir doutorado*	4p
Possuir tese na área de interesse do construto*	2p
Possuir mestrado*	2p
Possuir dissertação na área de interesse do construto*	2p
Possuir artigo publicado e indexado sobre a área de interesse do construto*	2p
Possuir experiência profissional na assistência por no mínimo cinco anos na área de interesse do construto*	2p
Possuir experiência docente por no mínimo dois anos na área de interesse do construto*	2p
Possuir especialização na área de interesse do construto*	2p

Fonte: A autora, 2018.

Nota: *área de interesse do construto “*Comportamentos de Autocuidado de paciente renal em tratamento conservador*”; terapias de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal).

Nesta pesquisa, foi considerado juiz aqueles que possuíam dois dos critérios estabelecidos pela autora, sendo a especialização na área do construto obrigatória (enfermagem em nefrologia) e perfazer a pontuação mínima de quatro pontos.

4.2.6.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Após a seleção dos juízes, eles receberam, via endereço eletrônico ou presencial, uma carta convite para a participação no estudo (APÊNDICE A), a qual cita o objetivo do estudo e apresenta as informações sobre a origem do material a ser avaliado.

Caso a resposta tivesse sido positiva para a participação no estudo, os juízes escolheriam a forma de receber, via e-mail ou impressa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o instrumento de coleta de dados para caracterização dos juízes (APÊNDICE C), as orientações para avaliação da escala (APÊNDICE D), a estrutura inicial da escala de

comportamentos de autocuidados de paciente renal em tratamento conservador (APÊNDICE E) e o formulário para a análise e validação de conteúdo (APÊNDICE F).

O formulário para análise e validação da escala foi elaborado com auxílio da ferramenta *Google Forms*, uma vez que é de fácil preenchimento e facilita a comunicação entre juízes e pesquisador. Esses dados foram automaticamente armazenados no programa Excel versão 2010.

A etapa dos procedimentos teóricos objetivou avaliar a pertinência dos itens ao construto que os representam (análise de conteúdo) e a sua compreensão (análise semântica/aparente). Os juízes deveriam ajuizar se os itens estavam se referindo ou não ao traço (domínio) em questão, a fim de adequar a representação comportamental ao atributo latente e avaliar quanto à clareza dos itens, compreensão, pertinência, relevância e abrangência da escala (PASQUALI, 2013).

Os itens foram avaliados considerando a clareza como compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações; a compreensão do termo não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação; a pertinência analisa se o item possui importância para o instrumento; e a relevância é dada pela importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador (PASQUALI, 2010).

Para a avaliação dos itens, face aos critérios adotados, foi utilizada a escala de concordância: -1 (menos um) discordo, 0 (zero) nem discordo/nem concordo e 1 (um) concordo. No instrumento, foi disponibilizado um espaço em branco para que, quando os juízes classificassem o item em -1 e zero, pudessem dar sugestões quanto a alterações que julgassem pertinentes ou quanto a sua nova redação. Foi estabelecido um prazo de 15 dias para recebimento das respostas dos juízes. Quando não houve o recebimento, foi realizado contato eletrônico por e-mail a cada semana e foi estabelecido o período de coleta da análise e avaliação de conteúdo de 17 de novembro a 17 de dezembro de 2018.

4.2.6.1.3 *Análise dos dados*

Os dados de caracterização socioprofissional da amostra foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando o software IBM SPSS Statistics versão 21.0 e o software [®], versão 3.2.0, sendo descritas as frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e, para as variáveis contínuas, a média e Desvio Padrão (DP).

Para análise dos dados, foi calculado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), que avaliou os conceitos de clareza de linguagem, pertinência na prática e relevância teórica (PASQUALI, 2013). Foi considerado o valor igual ou superior a 0,85 como desejável para essa validação. Os itens que obtiveram pontuação menor que 0,85 foram reformulados, de acordo com as sugestões dos juízes (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) é o método empregado na área da saúde para medir a proporção ou percentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Permite, inicialmente, analisar cada item individualmente e, depois, o instrumento como um todo (PASQUALI, 2013).

Neste estudo, foi empregado uma escala de concordância para avaliar a relevância e representatividade: -1 (menos um) discordo, 0 (zero) nem discordo/nem concordo e 1 (um) concordo. O escore do índice de validade de conteúdo foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “1” pelos juízes. Os itens que receberam pontuação “-1” ou “0” foram revisados (STREINEI; NORMAN; CAIRNEY, 2015).

$$\text{CVC} = \frac{\text{Número de respostas "1"}}{\text{Número total de respostas}} \quad (2)$$

Para a análise da concordância, em relação ao grau de relevância dos itens, calculou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (*Content Validity Index - CVI*), que quantifica a extensão da concordância. Para o cálculo, são propostas três equações matemáticas: *I-CVI (Item-Level Content Validity Index)* - para cada item, foi computado pelo número de juízes que avaliaram o item como relevante e muito relevante; *S-CVI/AVE (Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method)* - é definido como a proporção dos itens da escala avaliados como relevante e muito relevante por cada juiz; e *S-CVI (Scale-Level Content Validity Index)* - é a média da proporção dos itens avaliados. Foi considerando desejável na validação do conteúdo um índice igual ou superior a 85% (POLIT; BECK, 2006; PASQUALI, 2013).

Em seguida, foi verificada a proporção de juízes que consideraram cada item como concordo ou discordo. Aqueles classificados como menos um e zero (discordo e nem concordo/nem discordo), foram agrupados e considerados discordantes; e os avaliados como um foram considerados concordantes. Na avaliação da proporção de adequação em relação aos itens, foi considerado o valor de 85% para a manutenção do item na escala.

Com a intenção de aprimorar o instrumento, os itens que apresentaram um CVC individual menor que 0,85 foram revistos por um comitê de expertises na temática do construto, formado por cinco professores e a autora da escala, que avaliaram os itens e as sugestões dos juízes. Quando se tratava do critério clareza e compreensão, os itens foram reescritos; e quanto a pertinência ao construto que se quer medir, o item foi excluído da versão 2 do instrumento.

Posteriormente, foi calculado o teste Binomial para cada item do instrumento, que é um teste não paramétrico empregado para comparar proporções, verificando a proporção de juízes que consideraram o item adequado (LOPES; SILVA E ARAÚJO, 2012). Para análise do teste, os dados foram organizados no software [®], versão 3.2.0, e foi considerado o nível de significância de 5%, de modo que valores de *p* (*p-valor*) superiores a 0,05 indicaram, estatisticamente, que a prevalência de concordância estimada foi alcançada entre os juízes que consideraram adequados e pertinentes os itens da escala (LOPES; SILVA E ARAÚJO, 2012).

4.2.7 Análise semântica dos itens

A etapa da análise semântica corresponde à compreensão dos itens pelo público alvo (PASQUALI, 2013). Essa análise se refere a uma técnica não subjetiva e considerada mais simples, pelo fato de fornecer julgamento sobre a compreensão dos itens (BELLUCCI; MATSUDA, 2012).

4.2.7.1 Local, população, amostra e amostragem

O local do estudo foi o ambulatório de Doença Renal Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Esse serviço é referência para todo o estado, de nível terciário, e disponibiliza todas as modalidades de tratamento da doença renal, ambulatorial, bem como as terapias dialíticas, hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. O atendimento é realizado pela equipe multiprofissional em nefrologia, composta de 21 médicos, dois enfermeiros, um nutricionista, um assistente social, um psicólogo e um endocrinologista. A demanda é referenciada pela rede de saúde do Sistema Único de Saúde, a média de pacientes cadastrados é de 1.450 e o número de acompanhamentos ativos de 450, com pelo menos uma consulta ao ano (ELIHIMAS JUNIOR et al., 2013; BRASIL, 2014b). Os atendimentos são pré-agendados, a marcação permite 30 pacientes por dia e funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

A população do estudo, ou seja, o público alvo, foram os pacientes renais atendidos no ambulatório de Doença Renal Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O instrumento de coleta de dados foi aplicado a uma amostra de 30 participantes da população alvo e, em seguida, discutido com eles as dúvidas que os itens suscitaram (PASQUALI, 2013).

A amostragem foi por conveniência, respeitando os critérios de elegibilidade, sendo (i) critérios de inclusão: pacientes em tratamento conservador de DRC, com no mínimo uma consulta no ano da coleta e mais de três meses do diagnóstico de DRC, e pacientes acima de 18 anos de idade (ELIHIMAS JUNIOR et al., 2013); e (ii) critérios de exclusão: pacientes que apresentaram comprometimento, suficientemente grave, que impossibilitasse o preenchimento do instrumento pelo entrevistador. Para a seleção dos participantes, a pesquisadora conferiu os critérios de elegibilidade no prontuário do paciente e, sendo atendidos, em seguida foi convidado o paciente a participar do estudo.

4.2.7.2 Procedimentos de coleta de dados

Realizou-se contato inicial com a coordenação do ambulatório, para conhecer o fluxograma de atendimento dos pacientes no serviço. Em seguida, a coleta foi iniciada no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019, por meio de entrevista utilizando dois instrumentos, um de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes (APÊNDICE I) e o instrumento de análise semântica (APÊNDICE J).

A aplicação do instrumento foi realizada pela mestranda, que utilizou as recomendações do Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE H). Os participantes foram contactados e convidados a participar da pesquisa na sala de espera, enquanto aguardavam a consulta. Na ocasião, receberam as informações referentes ao objetivo da pesquisa, preenchimento do instrumento e a finalidade da análise semântica dos itens da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador e foram esclarecidas todas as dúvidas dos pacientes participantes da pesquisa. Mediante o consentimento em participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G). A entrevista foi iniciada pelo preenchimento da caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes renais (APÊNDICE I). Em seguida, foi aplicado o instrumento de análise semântica, no formato de entrevista individual ao participante, pela autora da pesquisa, com 62 itens organizados em três domínios: consumo

alimentar e de bebidas (28 itens), sinais e sintomas de complicação (13 itens) e cuidados de saúde geral (21 itens).

Para essa etapa, os participantes foram orientados a avaliar o nível de compreensão de cada item, podendo escolher apenas uma das três alternativas: 1- não compreendi, 2- compreendi pouco, e 3- compreendi totalmente e não tenho dúvidas. O instrumento dispôs de espaço em branco destinado ao registro de dúvidas e sugestões acerca de cada item, a fim de minimizar as dificuldades quanto à clareza e compreensão do instrumento. O participante foi orientado a considerar a compreensão do item como: não se confunde com os demais e não dá ideia de dupla interpretação (APÊNDICE J).

A pesquisadora procedeu a primeira leitura do item e, no caso de dúvida, foi dada uma segunda explicação. Em caso de dúvidas, essa foi registrada no espaço apropriado, evitando induzir as respostas.

4.2.7.3 Análise dos dados

Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando o software IBM SPSS Statistics, versão 21.0, sendo descritas as frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas e, para as variáveis contínuas, a média e Desvio Padrão (DP).

Para validade semântica, foi realizado o percentual de concordância dos pacientes em relação ao item, sendo considerado como válido Índice de Concordância (IC) igual ou acima de 80% (POLIT, 2011).

A proporção de concordância é dada pelo índice de concordância (IC), calculado a partir da fórmula $IC = NC / (NC + ND)$, sendo NC o número de concordâncias em relação à alternativa da escala (3-compreendi totalmente e não tenho dúvidas), e ND o número de discordâncias (1-não compreendi, 2-compreendi pouco). O item foi considerado compreensível quando o IC atingiu no mínimo 0,80 (PASQUALI, 2013). Os itens que suscitaram dúvidas/sugestões foram reformulados para conferir maior clareza e compreensão ao instrumento. A análise semântica deu origem a versão 3 da escala.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo obedeceu às considerações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS, que trata de pesquisa realizada com seres humanos no

Brasil. O projeto foi apresentado a chefia do ambulatório de Nefrologia do Hospital das Clínicas e foi concedida a anuência da pesquisa. Em seguida, foi submetido à Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de ciências da Saúde, e aprovado com número do parecer 2.796.038 e CAEE: 91760718.9.0000.5208.

5 RESULTADOS

5.1 DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA: AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Os indivíduos acometidos por condições crônicas de saúde requerem modificações e adequações significativas no estilo de vida, vislumbrando à melhoria da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a educação em saúde direcionada ao autocuidado como ferramenta para o desenvolvimento de competências e habilidades de cuidados com a própria saúde, no intuito de dar sustentação ao aprendizado para viver em harmonia com enfermidades crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

A DRC é definida pelos indicadores de dano renal, imagiologia ou proteinúria e diminuição da função renal. Um dos métodos para estimar a função renal utilizado é a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), a partir da concentração de creatinina sérica. A TFG (ml/min/1,73m^2) foi dividida nas categorias: G1 (≥ 90), G2 (60-89), G3a (45-59), G3b (30-44), G4 (15-29) e G5 (< 15). O indivíduo é considerado renal crônico se, independente da causa, apresentar uma $\text{TFG} < 60 \text{ml/min/1,73m}^2$, por pelo menos três meses consecutivos, ou uma $\text{TFG} \geq 60 \text{ml/min/1,73m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematúria de origem glomerular, alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares, alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal) ou alteração no exame de imagem (KDIGO, 2012; BRASIL, 2014b).

O tratamento conservador da DRC visa a redução do ritmo de progressão da doença renal para o estágio terminal, TFG (15ml/min/1,73m^2), o controle dos fatores de riscos para doença cardiovascular, anemia e doença óssea metabólica. Ainda, recomenda a suspensão do cigarro, para retardar a progressão da DRC, e ajustes nas dosagens de medicamentos excretados pelo rim. No caso de progredir para a fase final, um planejamento de início da terapia renal substitutiva deve ser implementado, a fim de evitar situações de urgência dialítica (NICOLL et al., 2017).

Intervenções recomendadas para reduzir o risco desses parâmetros incluem modificações no estilo de vida, medicação anti-hipertensiva, especificamente os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, controle lipídico e gestão de pacientes com diabetes mellitus (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014). Esses pacientes com função renal moderada ($\text{TFG } 45\text{-}59 \text{ml/min/1,73m}^2$), geralmente são conduzidos na atenção básica, dentro dos cuidados primários à saúde, e referidos à assistência especializada

quando a doença progride. No entanto, esforços têm sido empregados para a conscientização da equipe multiprofissional em saúde, a fim de identificar os pacientes com DRC moderada, criando um desafio na concepção e prestação de serviços de saúde (NICOLL et al., 2017).

Ao longo do tempo, o termo cuidado passou por fases pontuais no desenvolvimento do *corpus* de conhecimento. O “ir e vir” de reflexões sobre o cuidado é um tema em alta na própria ciência do cuidado. É um termo que se compreende como um modo de ser relacional e contextual. Na busca pelo aprimoramento das discussões, Martin Heidegger, um dos filósofos, no século XX, se destaca por suas reflexões sobre a cura e suas nuances do cuidado. Inicialmente, utiliza a expressão *Dasein* para designar a existência própria do homem. As mudanças que o ser humano sofre com o passar do tempo e suas experiências abrem novas possibilidades de convivência, na medida em que continua existindo no tempo. A partir daí o cuidado se manifesta nas relações da existência do *Dasein* (SEBOLD et al., 2016).

Pesquisa sobre o significado atribuído ao conceito de cuidar revela que o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para si e passa a dedicar-se a ele. Considera também que o cuidar assume expoente máximo quando considerado cuidar integral, da pessoa e do ambiente (BOFF, 1999).

O cuidar, como característica humana, inclui a sua percepção como primordial para o ser humano, universal, necessário para a sobrevivência, forma essencial de ser e estar, constante e duradouro. Como imperativo moral, comporta a dignidade dos pacientes e orienta a tomada de decisão. Como afeto, engloba a emoção, o sentimento de compaixão e empatia. Na perspectiva de relação interpessoal, implica uma troca caracterizada por respeito e confiança, envolvimento mútuo, relação íntima e troca de conhecimento. Como intervenção terapêutica, reveste-se das ações que satisfazem as necessidades dos doentes, de acordo com as exigências situacionais (QUEIROS, 2015).

O cuidado de si é o modo como cada um se ocupa de si. Ele não exclui a atenção com os outros, faz uma intrínseca relação da atenção consigo, como o sujeito que pode constituir-se, embora com certos males, cuidando-se para chegar a certo ideal de felicidade, dando existência à relação de si consigo mesmo (QUEIROS et al., 2016).

Esse cuidado deve ser entendido como um processo de facilitação, por meio do qual o indivíduo cria condições favoráveis para fazer suas escolhas, visando a resolução dos seus problemas de saúde. Ou ainda, cuidar é ser com o outro; cuidar é presença; cuidar é autocuidado, é cuidar de si (SEBOLD et al., 2016).

A Teoria do Autocuidado de Orem possibilita, a partir de uma ação também educativa do enfermeiro, o desenvolvimento de atitudes que facultem o autocuidado aos indivíduos e/ou

grupos populacionais e, devido ao avanço das condições crônicas de doença, são exigidos dos indivíduos a utilização a longo prazo de tratamento, o uso de tecnologias no domicílio e a reestruturação de estilos de vida como formas de cuidado de si (MENDONÇA et al., 2017).

A identificação das variáveis que afetam a eficácia do autocuidado do paciente renal em tratamento conservador pode ajudar a retardar a deterioração da função renal. Muitos fatores podem influenciar os comportamentos de saúde para o autocuidado, incluindo conhecimentos, habilidades, crenças de saúde, atitudes e apoio social (SHU-FANG et al., 2016).

5.2 DEFINIÇÃO OPERACIONAL: AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Compuseram a amostra da revisão integrativa 14 publicações. Dessas publicações, dez trabalhos encontravam-se na base de dados Scopus (ISHANI et al., 2016; PHAM; ZEIGERT, 2016; LUCATORTO et al., 2016; JOBOSHI, H.; OKA, 2017; FISHBANE et al., 2017; PANG et al., 2016; TSAI et al., 2015; THAMER et al., 2015; VAN EK et al., 2017; HARAS et al., 2015) e quatro na PubMed (WALKER et al., 2014; HAAN et al., 2013; ZUILEN et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2016). O ano de 2016 (ISHANI et al., 2016; PHAM; ZEIGERT, 2016; LUCATORTO et al., 2016; PANG et al., 2016; FIGUEIREDO et al., 2016) foi o que apresentou o maior número de artigos e os Estados Unidos o país que mais desenvolveu pesquisas relacionadas à temática do estudo (ISHANI et al., 2016; LUCATORTO et al., 2016; JOBOSHI, H.; OKA, 2017; PANG et al., 2016). O idioma inglês foi o mais prevalente (WALKER et al., 2014; HAAN et al., 2013; ZUILEN et al., 2012; ISHANI et al., 2016; PHAM; ZEIGERT, 2016; LUCATORTO et al., 2016; JOBOSHI, H.; OKA, 2017; FISHBANE et al., 2017; PANG et al., 2016; TSAI et al., 2015; THAMER et al., 2015; VAN EK et al., 2017).

Entre os periódicos em que os manuscritos foram publicados, dez eram da área médica (WALKER et al., 2014; HAAN et al., 2013; ZUILEN et al., 2012; ISHANI et al., 2016; PHAM; ZEIGERT, 2016; FISHBANE et al., 2017; VAN EK et al., 2017) e quatro da enfermagem (LUCATORTO et al., 2016; JOBOSHI, H.; OKA, 2017; HARAS et al., 2015; FIGUEIREDO et al., 2016). Sobre a classificação das evidências encontradas, predominou o nível de evidência 6 (PHAM; ZEIGERT, 2016; LUCATORTO et al., 2016; PANG et al., 2016; VAN EK et al., 2017), seguido de cinco trabalhos com nível 2 (HAAN et al., 2013; ZUILEN et al., 2012; ISHANI et al., 2016; JOBOSHI, H.; OKA, 2017; FISHBANE et al., 2017), dois trabalhos com nível 4 (TSAI et al., 2015; THAMER et al., 2015) e apenas um com nível 3 (WALKER et al.,

201416). Com relação à avaliação do rigor metodológico, foi visto que 12 dos estudos apresentaram nível A e somente dois apresentou nível B.

A revisão integrativa da literatura permitiu elencar os domínios da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador: consumo alimentar e de líquido (28), sinais e sintomas de complicação (13) e cuidados de saúde geral (21) (Quadro 2).

Quadro 2 - Definições operacionais relacionadas aos domínios da escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador. Recife, 2018.

Domínios da escala	Referências
Consumo Alimentar e de Líquido	WALKER et al., 2014 ZUILEN et al., 2012 LUCATORTO et al., 2016 JOBOSHI H; OKA, 2017
Sinais e Sintomas de Complicação	LUCATORTO et al., 2016 FISHBANE et al., 2017 PANG et al., 2016 THAMER et al., 2015 HARAS et al., 2015
Cuidados de Saúde Geral	WALKER et al., 2014 HAAN et al., 2013 ZUILEN et al., 2012 ISHANI et al., 2016 PHAM; ZEIGERT, 2016 LUCATORTO et al., 2016 JOBOSHI. H; OKA, 2017 FISHBANE et al., 2017 PANG et al., 2016 TSAI et al., 2015

Fonte: Artigos extraídos da revisão integrativa da literatura

Os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, referente ao consumo alimentar e de líquidos, foram descritos nas pesquisas de Walker et al. (2014), Zuilen et al. (2012), Lucatorto et al. (2016) e H. Joboshi e Oka (2017). Os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador para este domínio devem ser voltados para os cinco nutrientes de interesse para a DRC, cuja ingestão deve ser adequada, que são: proteínas, cálcio, fósforo, potássio e sódio.

Esses nutrientes estão presentes nos grupos alimentares dos cereais, leguminosas, oleaginosas, leites e derivados, proteína animal, hortaliças, frutas e verduras. Os itens da escala foram organizados de forma sistemática, nessa perspectiva.

De maneira geral, os pacientes na fase não dialítica necessitam de uma dieta equilibrada para retardar a progressão para os estágios avançados (3 e 4) da DRC e controle dos sintomas

urêmicos. Nessa dieta, destacam-se os alimentos fontes de proteínas, que também são boas fontes de fósforo, e foram descritos nos itens que compreendem o intervalo de 2 a 11, e os itens 20 e 21 (Quadro 3). O papel da restrição proteica na dieta objetiva retardar a progressão da DRC e sugere-se uma redução da ingestão proteica para 0,8 mg/kg/dia para adultos com $\text{TFG} < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ (categorias G4 e G5) (KDIGO, 2012). O aumento dos níveis de fósforo leva a uma diminuição dos níveis de cálcio, podendo alterar o equilíbrio mineral e ósseo do paciente renal (DUFFRIN et al., 2015).

Referente as frutas que possuem níveis elevados de potássio, descritos nos itens 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24 (Quadro 3), o controle desse eletrólito na dieta deve ser empregado quando houver elevação da sua concentração sérica ou quando houver perda significativa da função renal ($\text{TFG} < 15 \text{ ml/min}$). A hiperpotassemia pode favorecer a condição clínica da acidose metabólica que, em casos graves, pode ocasionar parada cardiorrespiratória (AJZEN; SCHOR, 2011).

No que se refere ao consumo do sódio na dieta, elencado nos itens 22, 23, 25 e 28 (Quadro 3), os pacientes devem ser orientados a utilizar pouco sal no preparo dos alimentos, bem como a não ingerir alimentos processados. O aumento desse eletrólito favorece a retenção de líquido, podendo ocasionar níveis elevados de tensão arterial. Quando o balanço de sódio é bem controlado, o mecanismo da sede regula a ingesta hídrica e equilibra a volemia do paciente (AJZEN; SCHOR, 2011).

Nessa perspectiva, o comportamento de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, relativo ao domínio consumo alimentar e de líquidos, deve estar pautado nas recomendações da equipe de saúde que o acompanha, de acordo com o estágio da DRC, e de maneira individualizada. Na maioria dos casos, recomenda-se uma dieta hipossódica, hipocalêmica, ingesta de proteína na casa de 0,8 mg/kg/dia e a manutenção do estado de euvolemia (AJZEN; SCHOR, 2011; KDOQI, 2012).

Quanto aos comportamentos de autocuidados dirigidos aos sinais e sintomas de complicação da DRC, que foram apresentados nas investigações de Lucatorto et al. (2016), Fishbane et al. (2017), Pang et al. (2016), Thamer et al. (2015) e Haras et al. (2015), os itens de 29 a 41 (Quadro 3) da escala possibilitam aos pacientes a reconhecerem os sinais e sintomas de complicações na DRC (estágio 4 e 5) e indicam a necessidade de iniciar a terapia de substituição renal. Por esse motivo, o acompanhamento e encaminhamento ao nefrologista é uma das recomendações adotadas precocemente, especialmente para pacientes a partir do estágio 4 ($\text{TFG} < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$) (KDOQI, 2012).

A atuação da equipe multidisciplinar pode ser capaz de retardar a progressão da DRC por meio da identificação, da prevenção e do tratamento de complicações relacionadas à diminuição da função renal. E, ainda, predizer, por meio da medida ou do cálculo da TFG, o início do tratamento dialítico (NICOLL et al., 2017).

Para o início da diálise, o *National Kidney Foundation*, publicou o *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*, KDOQI (1997), primeiro conjunto de orientações para os cuidados com pacientes renais, sugerindo que o início da diálise deveria ocorrer quando a eliminação de ureia semanal fosse menor que dois, porém essa indicação poderia ser retardada caso o paciente mantivesse o peso corpóreo ou aumentasse o peso na ausência de edema, preservasse ingesta proteica acima de 0,8g/kg/dia e na ausência de sinais clínicos ou sintomas característicos da síndrome urêmica. A nova diretriz publicada no KDOQI, posicionava-se entre a eliminação da ureia e a depuração da creatinina, havendo, ainda, a utilização de parâmetros nutricionais na definição da indicação (KDOQI, 2012).

O reconhecimento dos sinais e sintomas da síndrome urêmica e suas complicações é resultado da redução da função renal, que é acompanhada por uma série de anormalidades laboratoriais, sendo comum as alterações do metabolismo do cálcio, fósforo, potássio e equilíbrio acidobásico. Os principais sinais decorrentes da perda da função renal são a hipertensão arterial, anemia, sinais neurológicos (com irritabilidade e tremores), cardiovasculares (com derrame pleural), endocrinológicos (como hiperglicemia e perda de peso) e metabólicos (como fraqueza) (BRASIL, 2014b).

No Brasil, a recomendação para início da terapia de substituição renal baseia-se no parâmetro da creatinina endógena igual ou inferior a 10ml/min, excetuando-se em pacientes menores de 18 anos e diabéticos, que podem iniciar o tratamento dialítico com níveis inferiores a 15ml/min (BRASIL, 2014b). Já as recomendações norte-americanas e europeias acrescentam a essas diretrizes a necessidade de iniciar terapia de substituição renal antes que a TFG seja menor do que 6ml/min/1,7m², mesmo que o paciente não apresente nenhum sinal ou sintoma de uremia (TATTERSALL et al., 2011).

Em relação ao domínio cuidados de saúde geral, os estudos de Walker et al (2014), Haan et al. (2013), Zuilen et al. (2012), Ishani et al. (2016), Pham e Zeigert (2016), Lucatorto et al. (2016), H. Joboshi e Oka (2017), Fishbane et al. (2017), Pang et al. (2016) e Tsai et al. (2015) mostraram o destaque da educação em saúde na promoção da autonomia do paciente e o desenvolvimento de hábitos de vida saudável. Essa autonomia envolve um contexto amplo entre o paciente e sua rede social de apoio. A rede de apoio é fator de proteção da saúde, no que diz respeito à qualidade de vida e a adesão ao tratamento de uma enfermidade que está relacionada

com a adoção de hábitos de vida saudável, retorno ambulatorial para a equipe multidisciplinar de saúde e adesão medicamentosa, levando a melhores resultados clínicos (SILVA et al., 2016).

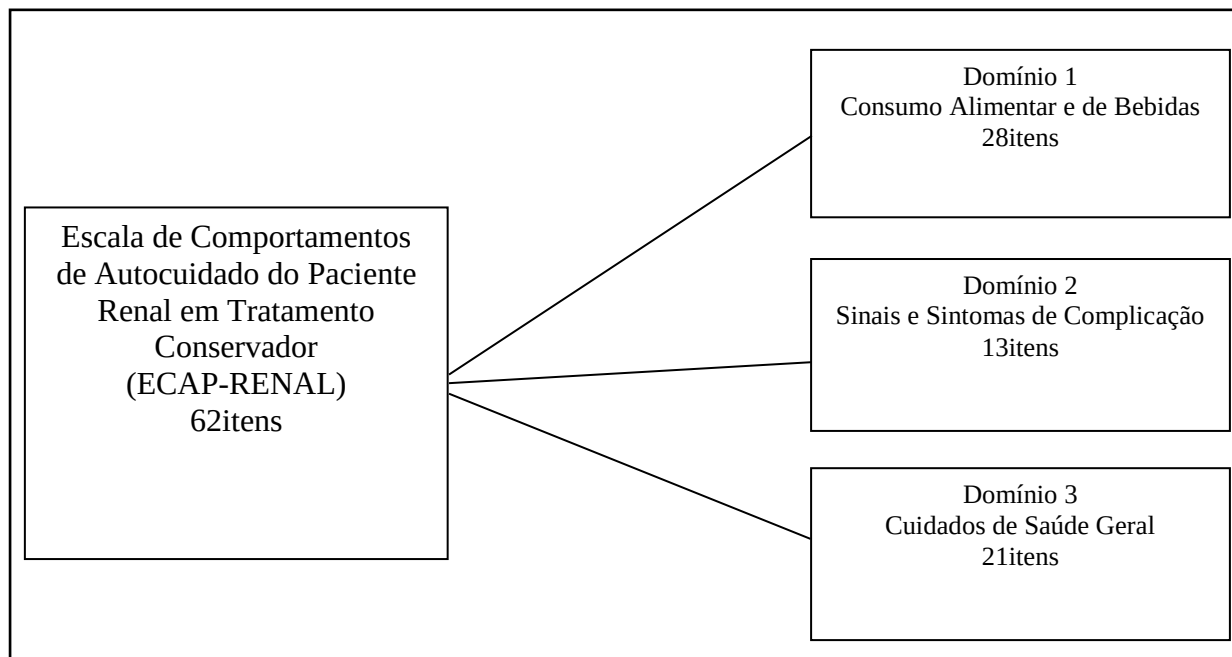
Evidências científicas mostraram impacto positivo na trajetória da DRC e a utilização de intervenções nas fases iniciais da doença, apresentando resultados vantajosos. Essas atividades devem ser implementadas de forma sistemática, com programas de educação em saúde e autogestão da DRC. Essas propostas devem facilitar a aquisição de conhecimento e habilidades necessárias para a autogestão da doença e encorajar os pacientes a adotar hábitos de vida saudáveis e o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, objetivando preservar a função renal (NICOLL et al., 2017).

5.3 ITENS DA ESCALA

A primeira versão da escala apresentou 62 itens, agrupados de forma sistemática em três domínios: consumo alimentar e de líquido (28 itens), sinais e sintomas de complicação (13 itens) e cuidados de saúde geral (21 itens) (Figura 2). Os itens desses domínios foram elaborados visando os comportamentos dos indivíduos para a gestão da DRC e preservação da função renal. No primeiro domínio, a escolha dos alimentos e o consumo na porção adequada poderá favorecer o controle da sintomatologia urêmica, dos distúrbios hidroeletrólíticos, da desnutrição energético-proteica e das várias alterações metabólicas que esses indivíduos apresentam (KDIGO, 2012). No segundo domínio estão os principais sinais e sintomas de complicação evidenciados nas fases mais avançadas da DRC, estágio IV e V, e o terceiro elenca os hábitos de vida saudáveis, acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional em saúde, utilização de medicações prescritas, evitar o uso de medicações nefrotóxicas e conhecimento da doença renal e as modalidades terapêuticas.

Os itens irão avaliar os comportamentos de autocuidado realizados pelo paciente para preservar a função renal (Quadro 3).

Figura 2 - Apresentação dos domínios e número de itens da Escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador. Recife-PE, 2018.



Fonte: Autor da pesquisa, 2018.

Quadro 3 - Escala Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 1. Recife-PE, 2018.

(Continua)

Itens da escala
Consumo alimentar e de líquidos
1-Faço a dieta segundo às recomendações
2-Consumo pão francês, bolacha e ovos, segundo às recomendações
3-Consumo feijão, ervilha, lentilha e Grão de bico segundo às recomendações
4-Consumo castanhas, amêndoas, nozes e amendoim ¹
5-Consumo leite, iogurte e queijo segundo às recomendações
6-Consumo crustáceos segundo às recomendações
7-Consumo carnes vermelha segundo às recomendações
8-Consumo carnes branca segundo às recomendações
9-Consumo peixe segundo às recomendações
10- Consumo Soja, segundo às recomendações
11-Consumo alface, pepino e pimentão segundo às recomendações
12-Consumo Abacaxi, acerola, maçã e melancia segundo às recomendações
13-Consumo Maracujá, limão, caju e pêra segundo às recomendações
14-Consumo laranja pêra, banana nanica ou prata manga segundo às recomendações
15-Consumo kiwi, melão, goiaba e laranja cravo segundo às recomendações
16-Consumo açaí, abacate, graviola e uva segundo às recomendações
17- Consumo rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora segundo às recomendações
18-Consumo couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis segundo às recomendações
19-Consumo macaxeira, batata doce e inhame segundo às recomendações
20-Consumo batata inglesa segundo às recomendações
21-Consumo empanados em conserva, embutido, molho e tempero pronto ¹
22- Acrescento sal na preparação dos alimentos ¹
23-Deixo as verduras, raízes e feijão de molho em água de um dia para o outro ¹
24-Faço o cozimento das verduras, raízes e feijão por 10 minutos e troco a água

Quadro 3 - Escala Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 1. Recife-PE, 2018.

(Conclusão)

Itens da escala
Consumo alimentar e de líquidos
25-Controlo a quantidade de líquido que bebo em casa
26-Consumo suco de fruta, segundo às recomendações
27-Consumo bebida alcoólica ¹
28-Consumo refrigerante ¹
Sinais e sintomas de complicação
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura.
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo e/ou vômito
34-Comunico ao médico caso apresente dor no estomago
35-Comunico ao médico caso apresente dormência e/ou formigamento
36-Comunico ao médico caso apresente coceira
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura
40-Faço controle da eliminação urinária das 24 horas uma vez por mês
41-Faço controle do peso uma vez por semana
Cuidados de saúde geral
42- Faço caminhada, aeróbica, durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana
43- Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quilometro, subir um lance de escadas, varrer o chão
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-se
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado
47-Faço atividades de trabalho remunerado
48-Fumo ¹
49-Mantenho os níveis de pressão arterial dentro do recomendado
50-Mantenho os níveis de glicose no sangue dentro do recomendado
51-Falto a consulta com o nefrologista ¹
52- Falto a consulta com a nutricionista ¹
53-Faço higiene oral após as principais refeições
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação
55-Procuro informações sobre as terapias de substituição renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal
56-Sigo o tratamento medicamentoso prescrito
57-Compro e/ou recebo os medicamentos em uso
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente
59-Paro de tomar os medicamentos quando me sinto mal ¹
60-Paro de tomar os medicamentos quando me sinto bem ¹
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado ¹

Fonte: A autora, 2018.

Notas: ¹item invertido 4; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 51; 52; 59; 60; 61; 62

5.4 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

A média de idade dos participantes era de 40 anos, com a maioria variando entre 40 e 49 anos (54,5%). Dezoito possuíam formação em enfermagem, três em nutrição e dois eram

médicos. Verifica-se que a maioria dos juízes eram do sexo feminino (86,4%), enfermeiro (77,3%), trabalhavam na assistência ao paciente renal (81,8%), em clínica de diálise (50,1%), na cidade do Recife (77,4%), possuíam de 3 a 10 anos de formação (59,1%) e de 3 a 10 anos de atuação (59,1%). Dezenove juízes eram da Região Nordeste (Pernambuco), dois da Região Sudeste (Espírito Santo e São Paulo) e um de Portugal (Porto) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil socioprofissional dos Juízes. Recife-PE, 2018.

Fatores avaliados	n	%
Sexo		
Feminino	19	86,4
Masculino	3	13,6
Idade (anos)		
< 40	10	45,5
40 - 49	12	54,5
Mínimo - Máximo	28,0 - 49,0	
Média±Desvio padrão	40,0 ± 5,6	
Formação profissional		
Enfermeiro	17	77,3
Médico	2	9,1
Nutricionista	3	13,6
Ocupação Laboral		
Assistência	18	81,8
Docência	4	18,2
Local de trabalho		
Clínica de diálise	11	50,1
Hospital ambulatorial	3	13,6
Hospital internamento	3	13,6
IES privada*	1	4,5
IES pública*	4	18,2
Município de trabalho		
Espírito Santo	1	4,5
Olinda	2	9,1
Portugal	1	4,5
Recife	17	77,4
São Paulo	1	4,5
Tempo de formação (anos)		
3 - 10	13	59,1
11 ou mais	9	40,9
Mínimo - Máximo	3,0 - 28,0	
Média±Desvio padrão	10,9 ± 7,0	
Tempo de atuação (anos)		
3 - 10	13	59,1
11 ou mais	9	40,9
Mínimo - Máximo	1,0 - 28,0	
Média±Desvio padrão	9,6 ± 7,0	

Fonte: A autora, 2018.

Nota: *Instituição de Ensino Superior

Em relação a titulação, três eram doutores (13,6%), nove mestres (40,9%) e 22 possuíam especialização em nefrologia (100,0%). Quanto à experiência profissional em nefrologia na assistência ao paciente renal, 81,8% possuíam no mínimo cinco anos de exercício, sete desenvolviam atividades simultâneas de ensino e pesquisa, por no mínimo dois anos, e cinco tinham publicações na área do construto. Com referência a ministrar cursos na área de nefrologia, 59,1% realizaram e todos participaram de atualização em nefrologia nos últimos cinco anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Experiências dos juízes participantes da validação de conteúdo. Recife-PE, 2018.

Item avaliado	Resposta	
	Não	Sim
Mestrado*	13(59,1%)	9(40,9%)
Mestrado com dissertação em enfermagem*	13(59,1%)	9(40,9%)
Doutorado*	19(86,4%)	3(13,6%)
Doutorado com Tese em enfermagem*	19(86,4%)	3(13,6%)
Especialização em nefrologia	0(0,0%)	22(100,0%)
Ensino de graduação em enfermagem	18(81,8%)	4(18,2%)
Ensino em curso de especialização*	16(72,7%)	6(27,3%)
Desenvolve pesquisa na área de nefrologia	16(72,7%)	6(27,3%)
Desenvolve projeto de extensão na área*	21(95,5%)	1(4,5%)
Publicação de artigo científico*	13(59,1%)	9(40,9%)
Experiência profissional na área*	4(18,2%)	18(81,8%)
Ministra curso na área de nefrologia*	9(40,9%)	13(59,1%)
Participou de atualização em nefrologia*	0(0,0%)	22(100,0%)

Fonte: A autora, 2018.

Nota: *área de interesse do construto “Autocuidado do paciente renal em tratamento Conservador; terapias de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal).

Os 22 juízes selecionados com experiência na temática do estudo - comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador - conduziram a análise e validação de conteúdo da primeira versão da escala. Os itens foram julgados com base em cinco critérios: clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio. Os itens 1, 2, 4, 6, 7, 8, 15, 17, 21, 40, 42, 49, 50 e 62 foram considerados inadequados no quesito clareza e apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) insatisfatório, com variação entre 50 a 82%. Quanto à compreensão, os itens 1, 3, 4, 6, 8, 9, 15 e 49 foram considerados inadequados e apresentaram

CVC e 68 a 82% (Tabela 3). No entanto, todos os juízes consideraram os itens pertinentes e relevantes para o construto.

Nos critérios pertinência, relevância e domínio, todos os itens foram julgados como adequados e obtiveram CVC satisfatório, variando entre 86 a 100%. A média do CVC dos quesitos avaliados (clareza, compreensão, pertinência, relevância e domínio) foi de 91, 92, 98, 99, e 99%, respectivamente. Após análise e validação dos juízes, a primeira versão da escala obteve CVC Global de 96%.

A seguir, foi realizada uma análise das sugestões dos juízes referente aos itens do instrumento. Optou-se por manter todos os itens que obtiveram CVC insatisfatório nos critérios clareza e compreensão, porque apresentaram julgamento adequado quanto aos critérios pertinência e relevância e CVC satisfatório para esses quesitos.

Aos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, e 26 do domínio consumo alimentar e de líquidos, doze dos juízes sugeriram acrescentar quem realizou a recomendação nutricional. Decidiu-se elaborar uma sentença no início da escala para contemplar todos os itens e conferir maior clareza ao instrumento, considerando que os comportamentos de autocuidado para preservação da função renal são recomendações da equipe multiprofissional de saúde que realiza o acompanhamento do paciente.

O termo “líquido” utilizado no domínio consumo alimentar e de líquido, foi julgado inadequado e sugerido trocar por bebidas, por englobar chás, sucos, café, álcool e refrigerante, enquanto líquido refere-se a ingesta hídrica. Ainda, com relação a esse domínio, foi sugerido por seis juízes utilizar a denominação “eu como” em cada item. Optou-se por iniciar o domínio com a expressão “eu como (consumo)” considerando que alguns itens do domínio tratam de bebidas (Quadro 5), a fim de conferir maior clareza ao instrumento.

Em relação, aos itens 6, e 8, referente a carnes vermelha e branca, foram julgados inadequados no critério clareza e CVC insatisfatório (variação entre 50 a 59%). O item 9, referente ao consumo de peixe, recebeu julgamento adequado no quesito clareza, com CVC satisfatório de 91%. No quesito compreensão, esses itens foram avaliados como inadequados e obtiveram CVC insatisfatório, com variação entre 68 a 82%. Optou-se por mantê-los no instrumento por receberem julgamento adequado quanto aos critérios pertinência e relevância, com CVC satisfatório (variação entre 91 e 100%), e foram acatadas as sugestões dos juízes (Quadro 5).

Em relação aos itens 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18, referente às frutas, hortaliças, verduras e legumes, a maioria foi julgada como adequados, com CVC satisfatório (variação entre 86 a 100%). Exceto o item 15, que apresentou CVC insatisfatório no critério clareza e compreensão,

com 78% e 82%, respectivamente. Já o item 17, apresentou CVC insatisfatório no critério clareza (82%). Esses itens receberam sugestões para separar os alimentos em hipocalêmicos e hipercalêmicos e exemplificar com quatro tipos do grupo em cada item (Quadro 5).

Quanto aos itens 21, 40, 42, 49, 50 e 62, foram julgados como inadequados no quesito clareza e obtiveram CVC insatisfatório, com variação entre 78 a 82%. Desses, apenas o item 49 foi julgado inadequado no critério compreensão, com CVC insatisfatório de 82%. Decidiu-se por manter os itens na escala por serem considerados pertinentes e relevantes na classificação do item, com CVC satisfatório de 100%.

Ao final do processo de análise e validação de conteúdo, o item dois do instrumento foi subdividido em dois, o item nove foi agrupado ao item oito, e o item vinte e três foi agrupado ao item vinte e quatro, mesmo com CVC satisfatório (variando entre 86 a 100%) nos critérios avaliados, no entanto os juízes apresentaram sugestões pertinentes quanto a escrita e a relevância ao construto.

Os itens 19, 22, 24, 25, 35, 41, 44, 45, 48, 51, 52, 55, 56, 58 e 60 foram julgados adequados e obtiveram CVC satisfatório, com variação entre 86 a 100%, mas receberam sugestões pertinentes para sua reescrita, que foram aceitas a fim de conferir maior clareza ao instrumento (Quadro 5).

Na etapa final da avaliação e validação do conteúdo, os juízes foram questionados sobre algum aspecto que o instrumento não contemplou e foram solicitadas sugestões, em espaço apropriado. Obteve-se considerações em domínios que não foram objeto do estudo, como questões relacionadas à assistência social e autocuidado com a fístula arteriovenosa. Proposições relacionadas ao uso de anti-inflamatório não hormonal e sua correlação com a piora da função renal, conhecimento sobre as terapias de substituição renal, informar sobre o problema renal a outras especialidades médicas e tomar suplementos vitamínicos e minerais foram contemplados nos itens 61, 55, 62 e 56, respectivamente.

Já a recomendação de acrescentar um item sobre o consumo de vísceras, tais como fígado e bucho bovino, miúdos de galinha (coração, fígado e moela), foi acatada pela relevância dos alimentos em relação ao alto teor de potássio, ferro e fósforo e por ser um alimento comum na culinária nordestina.

Quando comparada a proporção de adequação do teste binominal em relação aos itens da escala, utilizando a prevalência estimada igual a 85% ($P=0,85$) e um nível de significância de (α) de 5%, os itens 6, 8, e 40, não alcançaram o nível de significância (p-valor 0,000; 0,003; 0,037, respectivamente). Para esses itens, a prevalência da concordância estimada foi menor que o preconizado no critério clareza. O item 8 também apresentou p-valor (0,037) menor que a prevalência esperada no critério compreensão.

Optou-se por manter as questões no instrumento, após reescrita dos itens, tornando-os claros e compreensíveis.

Tabela 3 - Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e ao domínio. Recife - PE, 2018.

(Continua)

It.	Clareza ¹ (n%)	P _‡	p [†]	CVC	Compr. ² (n%)	P _‡	p [†]	CVC	Pert. ³ (n%)	P _‡	p [†]	CVC	Rel. ⁴ (n%)	P _‡	p [†]	CVC	Dom. ⁵ (n%)	P _‡	p [†]	CVC
1	18(82%)	0,85	0,424	0,82	18(82%)	0,85	0,424	0,82	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
2	18(82%)	0,85	0,424	0,82	21(95%)	0,85	0,424	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	19(86%)	0,85	0,661	0,86
3	19(86%)	0,85	0,661	0,86	18(82%)	0,85	0,661	0,82	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95
4	18(82%)	0,85	0,424	0,82	18(82%)	0,85	0,424	0,82	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91
5	20(91%)	0,85	0,863	0,91	19(86%)	0,85	0,863	0,86	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95
6	11(50%)	0,85	<0,000	0,50	18(82%)	0,85	0,424	0,82	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
7	17(78%)	0,85	0,226	0,78	19(86%)	0,85	0,661	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
8	13(59%)	0,85	<0,003	0,59	15(68%)	0,85	0,036	0,68	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91
9	20(91%)	0,85	0,863	0,91	18(82%)	0,85	0,424	0,82	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
10	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
11	21(95%)	0,85	0,972	0,95	19(86%)	0,85	0,863	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
12	20(91%)	0,85	0,863	0,91	19(86%)	0,85	0,661	0,86	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
13	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
14	20(91%)	0,85	0,863	0,91	19(86%)	0,85	0,661	0,86	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95
15	17(78%)	0,85	0,226	0,78	18(82%)	0,85	0,424	0,82	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
16	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
17	18(82%)	0,85	0,424	0,82	19(86%)	0,85	0,661	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95
18	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
19	19(86%)	0,85	0,661	0,86	19(86%)	0,85	0,661	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
20	20(91%)	0,85	0,863	0,91	19(86%)	0,85	0,661	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
21	17(78%)	0,85	0,226	0,78	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
22	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
23	19(86%)	0,85	0,661	0,86	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
24	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
25	22(100%)	0,85	1,000	1	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
26	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
27	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
28	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
29	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
30	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
31	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
32	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
33	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1

Tabela 3 - Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e ao domínio. Recife - PE, 2018.

(Continuação)

It.	Clareza ¹ (n%)	P _‡	p _†	CVC	Compr. ² (n%)	P _‡	p _†	CVC	Pert. ³ (n%)	P _‡	p _†	CVC	Rel. ⁴ (n%)	P _‡	p _†	CVC	Dom. ⁵ (n%)	P _‡	p _†	CVC
34	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
35	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
36	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
37	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
38	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
39	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
40	15(68%)	0,85	0,036	0,68	19(86%)	0,85	0,661	0,86	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
41	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
42	18(82%)	0,85	0,424	0,82	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
43	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
44	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
45	21(95%)	0,85	0,972	0,95	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
46	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	1,000	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
47	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95
48	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1
49	17(78%)	0,85	0,226	0,78	18(82%)	0,85	0,424	0,82	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
50	18(82%)	0,85	0,424	0,82	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
51	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
52	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
53	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
54	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
55	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
56	20(91%)	0,85	0,863	0,91	20(91%)	0,85	0,863	0,91	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
57	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
58	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
59	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
60	22(100%)	0,85	1,000	1	21(95%)	0,85	0,972	0,95	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1

Tabela 3 - Análise e avaliação dos Juízes para a validação dos itens do instrumento referente à clareza, compreensão, pertinência, relevância e ao domínio. Recife - PE, 2018.

It.	Clareza ¹ (n%)	P‡	p†	CVC	Compr. ² (n%)	P‡	p†	CVC	Pert. ³ (n%)	P‡	p†	CVC	Rel. ⁴ (n%)	P‡	p†	CVC	Dom. ⁵ (n%)	(Conclusão)		
																		P‡	p†	CVC
61	20(91%)	0,85	0,863	0,91	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1
62	16(73%)	0,85	0,099	0,73	21(95%)	0,85	0,972	0,95	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1	22(100%)	0,85	1,000	1

Fonte: A autora, 2018.

Notas:

P‡ teste binomial; p† p-valor; CVC (Coeficiente de Validade de Conteúdo).

¹Clareza: número de juízes que concordaram com o item está claro, compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações.

²Compreensão: número de juízes que concordaram que o item está compreensível, não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação.

³Pertinência: número de juízes que concordaram que o item é importante para o instrumento.

⁴Relevância: número de juízes que concordaram que o item é importante para avaliar os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador.

⁵Domínio: número de juízes que concordaram que o item pertencer aos domínios: consumo alimentar e de líquidos; sinais e sintomas de complicações; cuidados de saúde geral.

CVC Global da primeira versão da escala: (0,96%)

CVC da primeira versão da escala quanto a: clareza (0,91); compreensão (0,92); pertinência (0,98); relevância (0,99) e domínio (0,99).

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continua)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
1-Faço a dieta segundo às recomendações	Juiz 3, 6, 11, 15, 18 e 22- Seria interessante colocar de quem seriam essas recomendações. Sigo a dieta conforme orientado pela equipe de saúde que me acompanha. (Sugestão acatada). Juiz 14- Sugiro trocar o termo líquidos por bebidas (chá, suco, café, álcool), líquido não justifica porque o paciente renal em tratamento conservador tem maior liberdade de ingerir água. (Sugestão acatada).	Faço a dieta prescrita conforme as orientações da equipe multiprofissional que realiza seu acompanhamento (está frase será colocada no início da escala)
2-Consumo pão francês, bolacha e ovos, segundo às recomendações	Juiz 4 e 14- Descrever de forma mais precisa e separar por grupo de alimentos: carboidratos, proteínas (este de maior relevância, quanto ao tratamento conservador). (Sugestão acatada). Juiz 6, 11, 14 e 15- Eu como pão francês, bolacha e ovos conforme fui orientado pela equipe de saúde que me acompanha. (Sugestão acatada).	Pão francês e bolacha Ovos de galinha “Eu como (consumo)” está frase foi acrescentado no início do primeiro domínio
3-Consumo feijão, ervilha, lentilha e Grão de bico segundo às recomendações	Juiz 6, 11, 14, e 15 - Especificar de quem é a recomendação. Eu como feijão, ervilha, lentilha e grão de bico conforme fui orientado pela equipe de saúde que me acompanha. (Sugestão acatada).	Feijão, lentilha e grão de bico
4-Consumo castanhas, amêndoas, nozes e amendoim	Juiz 2 e 9- Na pergunta não foi acrescentado: conforme orientações, desta forma, pode gerar dúvidas e trata-se da orientação ou não. Eu como castanha, amêndoas, nozes e amendoim conforme orientações da equipe de saúde que me acompanha. (Sugestão acatada).	Castanha, amêndoas, nozes e amendoim
5-Consumo leite, iogurte e queijo segundo às recomendações.	Juiz 6, 11, 14 e 15- Especificar de quem é a recomendação. Eu consumo leite, iogurte e queijo conforme fui orientado pela equipe de saúde que me acompanha. Eu consumo leite, iogurte e queijo conforme fui orientado. (Sugestão acatada).	Leite, iogurte e queijo
6-Consumo crustáceos segundo às recomendações	Juiz 6, 8, 9, 11, 14, 15 e 16- Especifique quais são os crustáceos, o termo frutos do mar confere maior clareza. Exemplo: consumo camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo segundo as recomendações. Seguir sempre a recomendação da nutricionista. Acrescentar de quem são as orientações. (Sugestão acatada).	Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
8-Consumo carnes branca segundo às recomendações	Juiz 4, 6, 9, 11, 14, 15 e 16- Reescrever o item, especificar de quem é a recomendação e quais são os itens considerados como carne branca: frango, pato, peixe, ganso, peru. Reunir frango e peixe: consumo carnes branca, peixe, frango e peru segundo as recomendações. Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru
9-Consumo peixe segundo às recomendações	Juiz 8, 14 e 15- Reunir frango e peixe, construir um item com os dois, pensando em fonte de proteína. Embora o item seja concordante na maioria dos aspectos, peixe encontra-se incluído na classe do item 8 (carne branca). Portanto, o item 9 pode ser agrupado. (Sugestão acatada).	Item agrupado ao item 08
11-Consumo alface, pepino e pimentão segundo às recomendações	Juiz 4, 14- Manter o grupo dos vegetais hipercalêmicos e hipocalêmicos pensando na ingesta de potássio. (Sugestão não acatada). Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem são as recomendações. (Sugestão acatada).	Alface, pepino e pimentão
12-Consumo Abacaxi, acerola, maçã e melancia segundo às recomendações	Juiz 4, 14- Manter o item com grupos de frutas hipocalêmicas e exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6, 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Abacaxi, acerola, maçã e melancia
13-Consumo maracujá, limão, caju e pêra segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de frutas hipocalêmicas e exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6, 11 e 15 -Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Maracujá, limão, caju e pêra
14-Consumo laranja pêra, banana nanica ou prata, e segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de frutas hipercalêmicas e exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6 e 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Laranja pêra, banana nanica ou prata, manga
15-Consumo kiwi, melão goiaba e laranja cravo segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de frutas hipercalêmicas, exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6, 11, 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada). Juiz 18- Mexerica tem várias nomenclaturas pelo Brasil, o termo laranja cravo é mais conhecido no Nordeste. (Sugestão acatada).	Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo
16-Consumo açaí, abacate, graviola e uva segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de frutas hipercalêmicas e exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Açaí, abacate, graviola e uva

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
17-Consumo rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de frutas hipocalêmicas, exemplificar com quatro tipos. (Sugestão acatada). Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora
18-Consumo couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis segundo às recomendações	Juiz 14- Manter o item com grupos de hortaliças hipercalêmicas, exemplificar com quatro tipos. (Sugestão parcialmente acatada). Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis
19-Consumo macaxeira, batata doce e inhame segundo às recomendações	Juiz 5- Trocar a palavra macaxeira por mandioca, pois dependendo da região do país esse termo mais regionalista (macaxeira), não é conhecido. (Sugestão acatada). Juiz 14- Acrescentar cuscuz, banana cumprida. (Sugestão acatada). Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem é a recomendação (Sugestão acatada).	Mandioca, batata doce, banana cumprida, cuscuz e inhame
20-Consumo batata inglesa segundo às recomendações	Juiz 6, 11, 14, 15 e 22- Recomendações fornecida por quem. Eu como batata inglesa conforme fui orientado pela equipe de saúde que me acompanha. (Sugestão acatada). 11, 14, 15 e 22- Recomendações fornecida por quem. (Sugestão acatada). Juiz 11- Pouca relevância saber destes alimentos específicos. (Sugestão não acatada).	Batata inglesa
21-Consumo empanados em conserva, embutido molho e tempero pronto	Juiz 14 e 15- Especificar quais são os embutidos, exemplificar e de quem é a recomendação. Acrescentar enlatados. (Sugestão acatada).	Empanados congelados (frango e carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos
22- Acrescento sal na preparação dos alimentos ¹	Juiz 14- Acrescento sal no cozimento dos alimentos segundo as recomendações de quem. (Sugestão acatada).	Acrescento sal no cozimento dos alimentos

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
23-Deixo as verduras, raízes e feijão de molho em água de um dia para o outro	Juiz 9- Deixar mais claro do que se trata " raízes", pois pode gerar dúvidas. Sugiro citar exemplos de raízes. (Sugestão não acatada). Juiz 14 e 19- agrupar este item ao item 24 do instrumento, esse procedimento não elimina potássio. Essa técnica é utilizada para pacientes em hemodiálise. (Sugestão acatada).	Item agrupado ao item 24
24-Faço o cozimento das verduras, raízes e feijão por 10 minutos e troco a água	Juiz 9- Deixar claro do que se trata " raízes", para evitar dúvidas. Sugiro exemplificar raízes. (Sugestão acatada). Juiz 14- cozinhar com uma colher de vinagre por 10 minutos e escorrer a primeira água, após a fervura. (Sugestão acatada).	Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca, inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água
25-Controlo a quantidade de líquido que bebo em casa	Juiz 15- Seria mais válido “controle de água diário”, seja em casa ou qualquer outro lugar. (Sugestão acatada). Juiz 19- Controle hídrico é mais evidenciado a necessidade de controle. Seria interessante colocar exemplo de sopa? (Alguns podem achar que sopa é comida e não conta como líquido). (Sugestão acatada).	Controlo a quantidade de líquido que bebo diariamente (água, suco, sopa, chá, café)
26-Consumo suco da fruta, segundo às recomendações	Juiz 6, 11 e 15- Especificar de quem é a recomendação. (Sugestão acatada).	Suco da fruta
34-Comunico ao médico caso apresente dor estomago	Juiz 14- Reescreva o item comunico ao médico caso sinta dor no estomago após iniciar alguma medicação nova. (Sugestão não acatada).	Comunico ao médico caso apresente dor no estomago
35-Comunico ao médico caso apresente dormência e/ou formigamento	Juiz 9 e 11- Especificar a localização da dormência (membros superiores, inferiores, lábios). (Sugestão acatada).	Comunico ao médico caso apresente dormência e/ou formigamento nos lábios, membros inferiores e superiores.
40-Faço controle da eliminação urinária das 24 horas uma vez por mês	Juiz 3, 6, 9, 11, 15, 21 e 22- Eliminação urinária das 24h” pode gerar dúvida ao paciente. Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês. (Sugestão acatada).	Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês.
41-Faço controle do peso uma vez por semana	Juiz 9, 11, 14 e 22- Para evitar dúvidas e ficar claro sugiro: peso corporal. (Sugestão acatada).	Faço controle do peso corporal uma vez por semana.

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
42- Faço caminhada, aeróbica, durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	Juiz 9 e 11- Tiraria o termo "aeróbica", pode não ficar claro e gerar dúvidas, deixaria apenas caminhada durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana. (Sugestão acatada).	Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quilometro, subir um lance de escadas, varrer o chão	Juiz 11, 13 e 15- Muitos não têm noção do que é 1 km. Utilizar termo como andar um quarteirão. (Sugestão acatada).	Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir um lance de escadas, varrer o chão.
45 - Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-se	Juiz 5- Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me. (Sugestão acatada).	Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me
Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
48-Fumo ¹	Juiz 7 e 15- Deve-se especificar que tipo de fumo: tabaco, cigarro, maconha. Importante perguntar se fuma ou se é ex-tabagista.	Tenho o hábito de fumar (cigarro)
49 - Mantenho os níveis de pressão arterial dentro do recomendado	Juiz 7- Substituir termo mantenho, por observo, acompanho. (Sugestão acatada). Juiz 11, 14, 15, 21 e 22- Recomendado pelo médico, enfermeira, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, dentro dos limites recomendados. (Sugestão acatada).	Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade
50 - Mantenho os níveis de glicose no sangue dentro do recomendado	Juiz 3, 11, 14 e 15- Qual é a recomendação e de quem. (Sugestão acatada). Juiz 21- Explicitar quais os níveis de glicose no sangue recomendado. (Sugestão parcialmente acatada).	Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade
51-Falto a consulta com o nefrologista	Juiz 7 e 15- Reescrever a pergunta na forma positiva. Exemplo: compareço a todas as consultas com nefrologista. (Sugestão acatada).	Compareço as consultas agendadas com nefrologista
52- Falto a consulta com a nutricionista	Juiz 7, 11 e 15 - Reescrever a pergunta na forma positiva. (Sugestão acatada).	Compareço as consultas agendadas com a nutricionista
54 - Procuo o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação	Juiz 8- Mantenho meu cartão de vacinação (sempre) atualizado. (Sugestão não acatada).	Procuo o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da primeira versão da escala	Considerações dos juízes	Itens da segunda versão da escala
55-Procuro informações sobre as terapias de substituição renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	Juiz 8 e 22- Pode ir direto nesta afirmação: Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. (Sugestão acatada).	Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.
56- Sigo o tratamento medicamentoso prescrito	Juiz 11, 15 e 22 - Uso os remédios exatamente como prescrito pelo meu médico. Especificar quem prescreve. (Dentista, Médico, Enfermeiro). (Sugestão acatada).	Uso os medicamentos, exatamente, como prescritos
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente	Juiz 11 e 15- Horários prescritos, diariamente. Especificar de quem é a prescrição. (Sugestão acatada).	Tomo os medicamentos prescritos nos horários, diariamente, pela equipe de saúde que me acompanha
60- Paro de tomar os medicamentos quando me sinto bem	Juiz 11- Reescreva a frase na forma afirmativa. Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal. (Sugestão acatada).	Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado	Juiz 3, 5 e 11- Comunico ao médico sobre meu problema renal quando solicita exame com contraste iodado. (Sugestão acatada). Juiz 6- Sugiro exemplificar os exames para facilitar a compreensão. (Sugestão acatada).	Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)

Quadro 4 - Considerações dos juízes acerca dos itens da primeira versão e da redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife-PE, 2018.
(Conclusão)

Pretendemos saber se considera que algum aspecto não foi considerado nos diversos itens, se respondeu SIM, nos dê as sugestões.		
Sugestões	Juiz 7- Questões sobre; a DRC e suas terapias de substituição renal e os direitos sociais do paciente. (Não acatado) Juiz 9- Perguntar sobre o uso de anti-inflamatório não hormonal e sua correlação com piora da função renal. (Por tratar-se de medicação de livre aquisição e uso indiscriminado com impacto na doença renal). Juiz 13- Acho relevante e pertinente abordar a importância do autocuidado da FAV, tendo em vista, que uma parcela dos pacientes em tratamento conservador é preparada para confecção deste acesso ou já o possuem (de acordo com o estágio da DRC). Acrescentar os itens dos comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenoso do paciente em tratamento conservador. Juiz 14- Acrescentar: tomo os suplementos de vitaminas e minerais prescritos pela nutricionista e um item sobre o consumo de vísceras (fígado e bucho bovino e miúdo de galinha) (acatado parcialmente). Juiz 21- Sugestão de uma pergunta: Comunico sobre o meu problema renal sempre que vou a outros médicos (de outras especialidades).	Os direitos sociais do paciente renal não são objeto do estudo; todas as questões do instrumento são sobre a DRC e o item 55 é sobre as terapias de substituição renal. O item 61 contempla a sugestão do juiz 9. O autocuidado com a fístula arteriovenosa não é objeto do estudo, por já existir uma escala sobre esta temática que está no processo de adaptação e validação transcultural para o Brasil sob responsabilidade da mestranda. 10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela). O item 62 contempla a sugestão do juiz 21.

Fonte: Elaborado a partir das considerações dos juízes na etapa de análise e validação de conteúdo.

Nota: As alterações realizadas estão em negrito

Após a análise e validação de conteúdo da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, foi elaborada a segunda versão do instrumento, que foi submetida a análise semântica pelos participantes do público alvo (Quadro 5).

Quadro 5 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 2. Recife-PE, 2018.

(Continua)

Domínio: consumo alimentar e de bebidas
Eu como (consumo) ...
1- A dieta prescrita
2- Pão francês e bolacha
3- Feijão, lentilha e grão de bico (feijão gandu)
4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim ¹
5- Leite, iogurte e queijo
6- Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo ¹
7- Ovos de galinha
8- Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro
9- Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru
10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela) ¹
11- Soja
12-Alface, pepino e pimentão
13- Abacaxi, acerola, maçã e melancia
14- Maracujá, limão, caju e pêra
15- Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga
16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo
17- Açaí, abacate, graviola e uva
18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora
19-Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis
20-Mandioca, batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame
21-Batata inglesa ¹
22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos ¹
23-Acrescento sal no cozimento dos alimentos ¹
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca (macaxeira), inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)
26-Suco da fruta
27-Bebida alcoólica ¹
28-Refrigerante ¹
Domínio: sinais e sintomas de complicação
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura.
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo ou vômito
34-Comunico ao médico caso apresente dor no estomago
35-Comunico ao médico caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, membros inferiores e superiores.
36-Comunico ao médico caso apresente coceira no corpo
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura

Quadro 5 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 2. Recife-PE, 2018.

(Conclusão)

Domínio: sinais e sintomas de complicação
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana
Domínio: cuidados de saúde geral
42-Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana
43-Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir um lance de escadas, varrer o chão
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado
47-Faço atividades de trabalho remunerado
48-Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro) ¹
49-Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade
50-Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade
51-Compareço as consultas agendadas com nefrologista
52-Compareço as consultas agendadas com a nutricionista
53-Faço higiene oral após as principais refeições
54-Procuo o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação
55-Procuo informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal
56-Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos
57-Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente
59-Paro de tomar os remédios quando me sinto mal ¹
60-Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal ¹
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)

Fonte: A autora, 2018.

Notas: ¹ item invertido 4; 6; 10; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

5.5 ANÁLISE SEMÂNTICA

Na Tabela 4, observa-se a distribuição do perfil sociodemográfico dos pacientes participantes da etapa de análise semântica do instrumento. Verificou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (56,7%), autodenominavam-se de cor branca (66,7%), possuíam idade acima de 65 anos (53,3%), eram casados (56,7%) e possuíam nível de instrução analfabeto ou ensino fundamental I e II (ambos com 36,7%).

Quanto a atividade laboral dos participantes entrevistados na etapa de análise semântica, foi evidenciado que a maioria estava desempregada (53,3%) e não possuíam renda (46,7%) (Tabela 5).

Tabela 4 - Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes do público alvo. Recife-PE, 2018.

Fator avaliado	n	%
Sexo		
Masculino	17	56,7
Feminino	13	43,3
Raça		
Branco	20	66,7
Pardo	9	30,0
Negro	1	3,3
Idade (anos)		
Menos de 35	5	16,7
35 a 44 anos	3	10,0
45 a 65	6	20,0
Acima de 65 anos	16	53,3
Estado civil		
Casado	17	56,7
União estável	1	3,3
Divorciado	1	3,3
Solteiro	8	26,7
Viúvo	3	10,0
Escolaridade		
Analfabeto	11	36,7
Fundamental (I e II)	11	36,7
Médio	7	23,3
Outro (magistério)	1	3,3

Fonte: A autora, 2018.

Tabela 5 - Distribuição da atividade laboral dos participantes do público alvo. Recife-PE, 2018.

Fator avaliado	n	%
Situação profissional		
Trabalha por conta própria	2	6,7
Trabalho formal	2	6,7
Desempregado	16	53,3
Aposentado	8	26,7
Do lar	2	6,7
Renda (salário mínimo)		
Não tem renda	14	46,7
1	9	30,0
> 1 a 2	6	20,0
3 a 4	1	3,3

Fonte: A autora, 2018.

Em relação ao perfil clínico dos participantes, verificou-se que a maioria apresentava diabetes (40,0%), realizava acompanhamento a mais de 72 meses (33,3%), encontrava-se no

estágio quatro (G4) da doença renal crônica (43,3%), o nível de tensão arterial encontrava-se normal (58,6%) e encontrava-se acima do peso, pré-obesidade (40,1%).

Tabela 6 - Distribuição do perfil clínico dos participantes. Recife- PE, 2018.

Fator avaliado	n	%
Etiologia da doença renal		
Diabetes	12	40,0
Hipertensão arterial	9	30,0
Rins policísticos	9	30,0
Quanto tempo realizar acompanhamento (meses)		
< 12	7	23,3
12 a 24	5	16,7
25 a 36	5	16,7
37 a 48	3	10,0
49 a 60	09	30,0
Classificação da doença renal crônica¹		
G1(≥ 90 ml/min/1,73m ²)	2	6,7
G3a (45-59ml/min/1,73m ²)	11	36,7
G3b (30-44ml/min/1,73m ²)	3	10,0
G4 (15-29 ml/min/1,73m ²)	13	43,3
G5 (<15 ml/min/1,73m ²)	1	3,3
Classificação do nível de tensão arterial²		
Normal	17	58,6
Pré-hipertensão	4	13,8
Hipertensão 1	4	13,8
Hipertensão 2	5	16,6
Classificação do IMC³		
Pré-obesidade	12	40,1
Obesidade Grau I	10	33,3
Obesidade Grau II	1	3,3
Normal	7	23,3

Fonte: A autora, 2018.

Notas:

¹Taxa de filtração Glomerular (TFG), segunda a fórmula de Cockcroft - Galt (1976).

²Classificação dos níveis de Pressão Arterial para os pacientes Renais Crônicos com base na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016.

³Classificação de sobrepeso e obesidade, segundo o Índice de Massa Corporal -IMC.

A média do índice de concordância dos itens foi de 0,97 (Tabela 7). Nessa etapa, o único item que auferiu menor pontuação foi o 62, com IC 0,73. Optou-se por manter o item no instrumento, porque na etapa de validação de conteúdo os juízes julgaram adequado, com IVC satisfatório de 0,95, 1, 1, 1, nos critérios compreensão, pertinência, relevância e domínio, respectivamente.

A dificuldade de compreensão dos pacientes nos itens 3, 4, 16, 17, 18 e 62, estava relacionada à falta de conhecimento do alimento e ou termo utilizado “*grão de bico, lentilha, amêndoas, nozes, kiwi, açaí, rabanete e contraste iodado*”. Quando a pesquisadora explicava

ao paciente, eles compreendiam (Quadro 7). Outro impedimento encontrado foi no item 20, pois o termo mandioca suscitou dúvidas. Quando da etapa de análise e validação de conteúdo, foi utilizado o termo macaxeira, por ser mais comum no Nordeste, porém os juízes sugeriram colocar a denominação mandioca, para conferir maior clareza em todas as regiões do Brasil. Optou-se por acrescentar a denominação macaxeira, entre parênteses, no item.

Em relação ao item 24 (Quadro 7), dois pacientes apresentaram dificuldade para compreender a técnica de acrescentar *“uma colher de sopa de vinagre”* ao preparo dos alimentos. Após explicação aos pacientes da finalidade da técnica, logo entenderam.

Os itens 31, 32, 33, 34 e 35, que tratam dos sinais e sintomas de complicação, foram reescritos atendendo à sugestão de uma paciente. Foi substituído os termos médico ou enfermeira por *“comunico a equipe de saúde que me acompanha”*, a fim de uniformizar e conferir maior clareza à escala (Quadro 7). Ainda sobre o item 35, os pacientes sugeriram substituir os termos *“membros superiores e membros inferiores”* por braços, mãos, pernas e pés. A sugestão foi aceita e o item modificado, mesmo com IC satisfatório (0,80) (Tabela 7).

No item 39 (IC=0,97), a terminologia empregada, *“cintura”*, foi pouco clara para os pacientes e foi substituída por *“abdome”*. Sugestão aceita e o item reescrito para conferir maior clareza ao instrumento.

Os itens 44, 47 e 56 apresentaram dificuldade na compreensão quanto aos termos empregados - *“lance de escada”*, *“trabalho remunerado”*, *“medicamentos prescritos”*, respectivamente. O vocábulo *“lance”* foi suprimido do item 44, acrescentou-se *“dinheiro”* e *“receitado”*, aos itens 47 e 56, respectivamente, a fim de minimizar a possibilidade de erro, mesmo com Índice de Concordância satisfatório (Tabela 7).

Quanto ao item 55 (IC=0,97), *“procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal”*, dois pacientes apresentaram dúvidas por não conhecerem as terapias de substituição renal. Após explicação, compreenderam o item (Quadro 7).

Tabela 7 - Índice de Concordância dos itens da escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador (versão 3). Recife-PE, 2018.

(Continua)	
Itens	IC
1. A dieta prescrita	0,97
2. Pão francês e bolacha	1,00
3. Feijão, lentilha e grão de bico	0,80
4. Castanha, amêndoas, nozes e amendoim ¹	0,97
5. Leite, iogurte e queijo	1,00
6. Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo ¹	1,00
7. Ovos de galinha	1,00
8. Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro	1,00

Tabela 7 - Índice de Concordância dos itens da escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador (versão 3). Recife-PE,2018.

(Continuação)

Itens	IC
9. Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru	1,00
10. Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela) ¹	1,00
11. Soja	1,00
12. Alface, pepino e pimentão	1,00
13. Abacaxi, acerola, maçã e melancia	1,00
14. Maracujá, limão, caju e pêra	1,00
15. Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga	0,97
16. Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo	0,87
17. Açaí, abacate, graviola e uva	0,97
18. Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora	0,97
19. Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis	1,00
20. Mandioca (macaxeira), batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame	0,97
21. Batata inglesa ¹	1,00
22. Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos ¹	0,97
23. Acrescento sal no cozimento dos alimentos ¹	1,00
24. Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca [macaxeira], inhame, batata doce) e feijão com uma colher de sopa de vinagre por 10 minutos e troco a água	0,90
25. Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)	0,97
26. Suco da fruta	1,00
27. Bebida alcoólica ¹	1,00
28. Refrigerante ¹	1,00
29. Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito	1,00
30. Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar	1,00
31. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura	1,00
32. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor muscular ou cãibra	1,00
33. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente enjoo ou vômito	1,00
34. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago	0,97
35. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, pernas, pés, braços e mãos.	0,80
36. Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente coceira no corpo	1,00
37. Procuro observar sinais de inchaço nos olhos	1,00
38. Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés	1,00
39. Procuro observar sinais de inchaço na região do abdome	0,97
40. Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês	0,93
41. Faço controle do peso corporal uma vez por semana	0,93
42. Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana	1,00
43. Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	1,00
44. Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir escadas, varrer o chão	0,93
45. Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me	1,00
46. Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado	1,00
47. Faço atividades de trabalho remunerado (dinheiro)	0,93
48. Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro) ¹	1,00
49. Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade	1,00
50. Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade	1,00
51. Compareço as consultas agendadas com nefrologista	1,00
52. Compareço as consultas agendadas com a nutricionista	1,00
53. Faço higiene oral após as principais refeições	0,97
54. Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação	0,97
55. Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	0,97

Tabela 7 - Índice de Concordância dos itens da escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador (versão 3). Recife-PE,2018.

(Conclusão)	
Itens	IC
56. Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos (receitados)	0,97
57. Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento	1,00
58. Tomo os medicamentos nos horários prescritos (receitados), diariamente	1,00
59. Paro de tomar os remédios quando me sinto mal ¹	1,00
60. Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal ¹	1,00
61. Tomo medicação sem prescrição médica ¹	1,00
62. Comunico ao médico do meu problema renal caso precise realizar exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)	0,73

Fonte: A autora, 2018.

Notas: ¹ item invertido 4; 6; 10; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

Quadro 6 - Considerações dos pacientes acerca dos itens da segunda versão da escala em relação a compreensão do item e a redação dos itens para a terceira versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continua)

Itens da segunda versão da escala	Considerações dos pacientes	Itens da terceira versão da escala
Domínio: consumo alimentar e de bebidas		
Eu como (consumo)...		
3- Feijão, lentilha e grão de bico	Não conhecer os alimentos deixou-os com dúvidas, foi explicado duas vezes o item, O primeiro momento foi utilizado a frase na forma afirmativa “como feijão, lentilha e grão de bico”, e no segundo momento utilizando a frase na forma interrogativa “Você come feijão, lentilha e grão de bico”. Observou-se que a frase na forma interrogativa facilitou a compreensão dos pacientes. Paciente 2- conhece grão de bico por feijão gandu (sugestão não acatada) Paciente 8, 14, e 23 - não conhece lentilha e grão de bico Paciente 18- não conhece grão de bico Paciente 28- não conhece lentilha	3- Feijão, lentilha e grão de bico
4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim	Não conhecer os alimentos deixou-os com dúvidas, quando era explicado o tipo de alimento, logo eles compreendiam. Paciente 23- não conhece amêndoas e nozes	4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim
16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo	Não conhecer os alimentos deixou-os com dúvidas, quando era explicado o tipo de alimento, logo eles compreendiam. Paciente 8, 13, 23, e 28 - não conhece Kiwi	16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo
17- Açaí, abacate, graviola e uva	Não conhecer os alimentos deixou-os com dúvidas, quando era explicado o tipo de alimento, logo eles compreendiam. Paciente 8 e 28 - não conhece açaí	17- Açaí, abacate, graviola e uva ¹
18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora	Não conhecer os alimentos deixou-os com dúvidas, quando era explicado o tipo de alimento, logo eles compreendiam. Paciente 4, 6 e 13 - não conhece rabanete	18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora

Quadro 6 - Considerações dos pacientes acerca dos itens da segunda versão da escala em relação a compreensão do item e a redação dos itens para a terceira versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da segunda versão da escala	Considerações dos pacientes	Itens da terceira versão da escala
20-Mandioca, batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame	Paciente 28 - não conhece mandioca e sim macaxeira	20-Mandioca (macaxeira), batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame
22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos	Paciente 13 - não conhece embutidos	22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca, inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água	Paciente 23 e 26 - achou confuso o uso do vinagre, não sabiam a finalidade de utilizar o vinagre. Logo que explicado, compreenderam.	24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca/macaxeira, inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água
Domínio: sinais e sintomas de complicação		
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)	Paciente 28 - Se mede a quantidade que bebe, ao invés de controlo (não acatado)	Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura.	Paciente 1 - Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago (sugestão acatada)	31- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra	Paciente 1 - Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago (sugestão acatada)	32- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor muscular ou câibra
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo ou vômito	Paciente 1 - Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago (sugestão acatada)	33- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente enjoo ou vômito

Quadro 6 - Considerações dos pacientes acerca dos itens da segunda versão da escala em relação a compreensão do item e a redação dos itens para a terceira versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Continuação)

Itens da segunda versão da escala	Considerações dos pacientes	Itens da terceira versão da escala
34-Comunico ao médico caso apresente dor estomago	Paciente 1 - Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago (sugestão acatada)	34- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago
35-Comunico ao médico caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, membros inferiores e superiores.	Não conhecer os termos membros superiores e inferiores, deixou-os com dúvidas, quando era explicado utilizando a terminologia pernas, pés, braços e mãos, logo eles compreendiam. Paciente 6, 7, 8, 16, 23 e 28 - Membros inferiores e superiores trocar por pernas e braços/mãos e pés (sugestão acatada)	35- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, pernas, pés, braços e mãos
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura	Quando o pesquisador explicou utilizando o termo abdome, logo o paciente compreendeu Paciente 23- trocar o termo cintura por barriga ou abdome (sugestão acatada)	39-Procuro observar sinais de inchaço na região do abdome
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês	Quando o pesquisador explicou utilizando o termo medir, logo o paciente compreendeu Paciente 13 e 23 - não conhece o termo meço	40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana	A utilização da denominação de peso corporal foi dos juízes para conferir maior clareza ao item. Paciente 8- você se pesa uma vez por semana (sugestão não acatada)	41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana
Domínio: cuidados de saúde geral		
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir um lance de escadas, varrer o chão	Quando retirado o termo lance e deixado só escada, logo compreendiam Paciente 8 e 23- não compreende o que é um lance de escada (sugestão acatada)	44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir escadas, varrer o chão
47-Faço atividades de trabalho remunerado	Quando explicado que era receber dinheiro por atividades realizadas, logo compreendiam. Paciente 7, 8, 13 e 28- apresentou dúvidas no termo trabalho remunerado	47-Faço atividades de trabalho remunerado (dinheiro)

Quadro 6 - Considerações dos pacientes acerca dos itens da segunda versão da escala em relação a compreensão do item e a redação dos itens para a terceira versão da escala. Recife-PE, 2018.

(Conclusão)

Itens da segunda versão da escala	Considerações dos pacientes	Itens da terceira versão da escala
53-Faço higiene oral após as principais refeições	Quando explicado o termo higiene oral utilizando escovar os dentes. Paciente 6 e 8- apresentou dúvida no termo higiene oral	53-Faço higiene oral após as principais refeições
55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	Paciente 23, 28 - não conhecia diálise peritoneal	55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal
56 - Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos	Quando explicado o termo prescrito, utilizando o termo receitado, logo foi compreendido Paciente 13- apresentou dúvidas no termo prescrito.	56-Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos (receitados)
62 - Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)	Paciente 7, 8, 13, 14 e 16 - apresentou dúvidas no termo contraste iodado Paciente 23- comunicar ao médico caso eu tenha esse exame para fazer (sugestão acatada)	62-Comunico ao médico do meu problema renal caso precise realizar exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)

Fonte: Elaborado a partir das considerações dos pacientes na etapa de análise semântica.

Nota: As alterações realizadas estão em negrito.

Finalizados os procedimentos teóricos, avaliação e validação de conteúdo e análise semântica, foi elaborada a terceira versão da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal, utilizando as considerações realizadas pelos juízes e público alvo e, ainda, a análise do comitê de expertises, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento (Quadro 7).

Quadro 7 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018.

(Continua)

Itens da escala
Domínio: consumo alimentar e de bebidas
Eu como (consumo) ...
1- A dieta prescrita
2- Pão francês e bolacha
3- Feijão, lentilha e grão de bico
4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim ¹
5- Leite, iogurte e queijo
6- Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo ¹
7- Ovos de galinha
8- Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro
9- Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru
10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela) ¹
11- Soja
12-Alface, pepino e pimentão
13- Abacaxi, acerola, maçã e melancia
14- Maracujá, limão, caju e pêra
15- Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga
16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo
17- Açaí, abacate, graviola e uva
18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora
19-Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis
20-Mandioca(macaxeira), batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame
21-Batata inglesa ¹
22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos ¹
23-Acrescento sal no cozimento dos alimentos ¹
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca [macaxeira], inhame, batata doce) e feijão com uma colher de sopa de vinagre por 10 minutos e troco a água
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)
26-Suco da fruta
27-Bebida alcoólica ¹
28-Refrigerante ¹
Domínio: sinais e sintomas de complicação
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar
31-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura
32-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor muscular ou câibra
33-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente enjoo ou vômito
34-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago
35-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, pernas, pés, braços e mãos
36- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente coceira no corpo

Quadro 7 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018.

(Conclusão)

Itens da escala
Domínio: sinais e sintomas de complicação
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés
39-Procuro observar sinais de inchaço na região do abdome
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana
Domínio: cuidados de saúde geral
42-Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana
43-Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir escadas, varrer o chão
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado
47-Faço atividades de trabalho remunerado (dinheiro)
48-Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro) ¹
49-Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade
50-Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade
51-Compareço as consultas agendadas com o nefrologista
52-Compareço as consultas agendadas com a nutricionista
53-Faço higiene oral após as principais refeições
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação
55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal
56-Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos (receitados)
57-Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos (receitados), diariamente
59-Paro de tomar os remédios quando me sinto mal ¹
60-Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal ¹
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹
62-Comunico ao médico do meu problema renal caso precise realizar exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)

Fonte: A autora, 2018.

¹Item invertido 4; 6; 10; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

Os 62 itens da ECAP-RENAL foram organizados e agrupados, de forma sistemática, em três domínios: “consumo alimentar e de líquidos”, “sinais e sintomas de complicação” e “cuidados de saúde geral” caracterizam os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Cada item tem uma escala do tipo *Likert* da frequência do comportamento de autocuidado para preservar a função renal, referente ao período de sete dias da semana anterior à aplicação, sendo: 1-Nunca (zero), 2- raramente (uma a duas vezes); 3-Às Vezes (três a quatro vezes), 4-Muitas Vezes (cinco a seis vezes) e 5-Sempre (sete vezes). Ressalta-se que, dos itens, 12 apresentam pontuação reversa e, para análise, considera-se a escala de frequência 1 como pontuação máxima, ou seja, reflete o comportamento esperado do sujeito.

Dessa maneira, ao final da análise de todos os itens da ECAP-RENAL quanto maior a pontuação atingida pelo paciente renal maior a frequência com que ele realiza os comportamentos de autocuidado para a preservação da função renal.

6 DISCUSSÃO

A construção e validação de um instrumento para avaliação da frequência de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador requer o emprego de um método original, que permita mensurar aquilo que se propõe, por meio da avaliação e análise de conteúdo e de semântica.

Nesse processo, foi utilizado o modelo de Pasquali (2013) para construção do instrumento. Apesar de ser da psicologia e consistir na teoria da elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicos de aptidão, de inventário de personalidade, de escalas psicométricas de atitude e do diferencial semântico, é observado em pesquisas de enfermagem e envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, com a composição de três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (MEDEIROS et al., 2015).

A aplicação de instrumentos válidos em relação a conteúdo e semântica conferem credibilidade aos resultados das pesquisas. Esse tipo de ferramenta possui características significativas, que envolvem linguagem clara, medida culturalmente adequada ao público, de fácil entendimento e execução (DUFFRIN et al., 2015).

Elaborar uma escala para mensurar de forma válida e fidedigna a frequência de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador pode ser considerado um desafio, tendo em vista que os instrumentos descritos na literatura não abrangem a multidimensionalidade do paciente para o desenvolvimento de habilidades que favoreçam os comportamentos de autocuidado no tratamento conservador (AFFRET et al., 2017; ELLIS; WELCH, 2016).

A avaliação do instrumento pelos juízes resultou em 14 itens com Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) insatisfatório, no quesito clareza. Analisou-se cada sugestão proposta e optou-se por manter os itens, porém foram reescritos para conferir maior clareza a escala. Quanto ao critério compreensão, oito itens obtiveram CVC insatisfatório. As sugestões para adequação foram analisadas e as considerações acatadas, permanecendo os itens no instrumento.

Entretanto, esses itens que obtiveram valores de coeficiente de validade de conteúdo abaixo do recomendado quanto aos critérios clareza e compreensão, deveriam ser retirados do instrumento. Autores afirmam que uma concordância de 80% entre os juízes poderá servir de critério de decisão sobre a pertinência do item que teoricamente se refere (POLIT; BECK, 2006). Esse percentual de concordância do item foi referido em cinco outros trabalhos

(MOURA et al., 2008; HONÓRIO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2008; VITURI; MATSUDA, 2009; YAMADA; SANTOS, 2009).

Considerou-se, ainda, que a ECAP-RENAL, em nova etapa complementar a esse estudo, será aplicada a uma amostra de participantes do público alvo e as respostas apresentadas por eles serão submetidas à análise fatorial, que confirmará ou não a necessidade de exclusão do item. Assim, os itens que apresentaram baixo coeficiente de concordância e baixa carga fatorial deverão ser definitivamente excluídos (FRANÇA; SCHELINI, 2014).

O conteúdo e formato dos itens foram reformulados por meio da contribuição dos juízes. A composição do painel de juízes por profissionais de diferentes categorias e a experiência sobre a temática permitiu uma avaliação ampla e profunda, com observações pertinentes e complementares.

A avaliação por um comitê de especialistas na área do construto, que foi proposto um instrumento de medida, é recomendada com a finalidade de verificar repetidas vezes às adaptações semânticas e conceituais (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015).

Em relação ao primeiro domínio, consumo alimentar e de bebidas, após avaliação pelo comitê de expertises, o parecer dos juízes foi considerado. A análise contribuiu substancialmente para o processo de validação de conteúdo, indicando quais os itens poderiam gerar confusão na população alvo. Essa etapa foi significativa para a validação do instrumento, pois as sugestões facilitaram a compreensão dos itens da ECAP-RENAL. Assim, dez modificações foram realizadas, mediante as sugestões dos juízes, e incorporadas aos itens por serem úteis e relevantes para o aprimoramento da escala.

Esse procedimento permitiu elaborar uma sentença no início da escala, “*Segundo as recomendações da equipe multiprofissional de saúde que o acompanha*”, uma vez que os itens da escala representam os comportamentos de autocuidado realizados pelo indivíduo em seu próprio benefício. E acrescentado o termo “*Eu como (consumo)*” para a abertura desse primeiro domínio.

Ainda referente ao primeiro domínio, as considerações dos juízes mostraram a necessidade de acrescentar um item “*vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela)*”. Esses alimentos são utilizados na culinária nordestina e a sua importância reside no valor biológico do nutriente (alimentos hipercalêmicos).

Estudo realizado para investigar a eficácia e a reprodutibilidade, coeficiente de correlação atenuado de 0,46, 0,43, 0,39, 0,32, e 0,12, de um questionário com 49 itens sobre frequência alimentar, adaptado para os pacientes renais, revelou os grupos de alimentos e ingestão de nutrientes importantes e de interesse para a DRC: proteínas, cálcio, fósforo, potássio

e sódio, respectivamente. E para os cinco nutrientes citados, mostrou boa concordância com Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) que variou de 0,18 a 0,66 (média de 0,46), indicando validade e reprodutibilidade aceitável (AFFRET et al., 2017).

Recomenda-se reduzir a ingestão de proteínas na dieta para 0,8g/kg/dia, a partir da fase 3 da DRC, objetivando retardar a progressão da doença. Esse efeito não é consenso na literatura (KDIGO, 2012). A evidência biológica conhecida do metabolismo das proteínas é a geração de resíduos dos aminoácidos que se acumulam no corpo. Isso aumenta o consumo de fosfatos, sal e a produção de ácido. Cada um desses vilões contribui para a síndrome urêmica: a retenção de fosfato leva a hiperparatireoidismo, sal na dieta aumenta a pressão arterial e a geração de ácido provoca a perda de massa muscular e podem favorecer a progressão de DRC (FOUQUE; MITCH, 2015).

A adesão ao tratamento conservador da DRC e às orientações dietéticas associados são importantes e requerem entendimento e aceitação da doença. Essa aderência tem efeito positivo na manutenção da saúde e na qualidade de vida. O conceito de adesão é dinâmico, complexo, multidimensional e mede a resposta do paciente às recomendações do prescritor (SGNAOLIN, 2011).

Estudo do Reino Unido sobre modelos de atenção para DRC afirmam que a condução do paciente renal em tratamento conservador requer uma equipe multiprofissional de cuidados à saúde, que considere as questões individuais dos pacientes e os prepare para o autocuidado (autogestão) (NICOLL et al., 2017).

Nesta pesquisa, os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem se adequam à proposta, visto que abrangem ações de promoção à saúde, por meio da educação em saúde, responsabilizando o indivíduo pelo cuidado de sua própria saúde (MENDONÇA et al., 2017).

Sabe-se, que o gerenciamento da DRC envolve ações complexas, no que diz respeito às demandas do tratamento conservador, por meio da modificação ou manutenção de hábitos de vida saudáveis e o fortalecimento da autoconfiança, que devem ser incorporados às atividades cotidianas do paciente. O déficit de autocuidado entre os pacientes renais pode estar relacionado à falta de conhecimentos e habilidades necessárias para realizar a gestão da enfermidade (GOMEZ; CASTER; HAIN, 2017).

No segundo domínio, referente aos sinais e sintomas de complicação, apenas um item foi modificado. Foi destacada a adequação conceitual do item para “*Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês*”. Esse item utilizava uma linguagem técnica que comprometia sua clareza. A mudança, utilizando os termos e intervalo para mensurar a diurese do paciente, vai de encontro aos achados na literatura.

Estudo piloto realizado no Canadá, envolvendo 18 pacientes em hemodiálise, utilizando entrevista motivacional para estimular os participantes a restringir a ingestão hídrica, verificou que a capacidade de gerenciar o ganho de fluidos dependia da compreensão e decisão do paciente em limitar a ingestão de líquidos. Os participantes revelaram que a entrevista motivacional foi muito útil, embora os resultados sugeriram que a frequência dos comportamentos de autocuidado requer um conjunto de ferramentas de intervenções (CROWN.; VOGEL.; CHOROSTECKI, 2017).

Nessa perspectiva, o incentivo à participação do paciente no seu tratamento, por meio da escuta ativa e a comunicação terapêutica adequada, pode auxiliar na mudança de comportamentos desse público, utilizando a educação em saúde como proposta motivadora (GONZÁLEZ; PISANO, 2014).

Quanto ao terceiro domínio, relativo aos cuidados de saúde geral, revelou-se, na avaliação dos juízes, a necessidade de adequar onze itens, quanto à clareza. Para o item *“Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana”*, foi solicitado retirar o termo *“aeróbica”*, porque, segundo os avaliadores, caminhar é uma atividade aeróbica e a terminologia caminhada tornará o item mais claro. Nos itens *“Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade”* e *“Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade”*, foi substituído o verbo do início da afirmativa, modificando a ação de manter para acompanhar.

Ainda no terceiro domínio, dois itens foram construídos na forma negativa e os avaliadores emitiram parecer solicitando a alteração da terminologia *“falta [...]”* para a forma afirmativa: *“Compareço as consultas agendadas com o nefrologista”* e *“Compareço as consultas agendadas com a nutricionista”*. No último item do domínio, *“Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)”*, foi exemplificado os tipos de exames de imagem comuns para essa clientela para facilitar a compreensão.

Alcançar a gestão DRC envolve a tomada de decisão compartilhada e comportamentos de autocuidado. No entanto, essas atividades exigem pacientes preparados para aprender, compreender, avaliar e aplicar o conhecimento de um processo de tratamento complexo. Além disso, a DRC está associada com baixo nível socioeconômico e, portanto, as pessoas com DRC podem não ter os recursos sociais necessários para a controle eficaz (TAYLOR, 2017).

Estudo de intervenção propõe modelo de gestão da DRC no formato de projeto de educação em saúde para a sua autogestão. Autogerido e autogestão são definidos como *“tomar as suas próprias decisões sobre como organizar o seu autocuidado”* ao invés de ser conduzido

por outrem. Nesse estudo, os grupos intervenção e controle, com 39 e 92 pacientes, respectivamente, foram selecionados aleatoriamente. A intervenção foi um *software* disponível em endereço eletrônico, com conteúdo educacional, que poderia ser acessado durante as sessões de intervenções, que constava de tópicos globais da DRC. Os indivíduos do grupo controle receberam tratamento típico, sem utilizar este modelo. Após seis meses, foi evidenciada melhora da função do rim no grupo intervenção em comparação com o grupo controle ($p < 0.001$), enquanto foi observada progressão da DRC entre os indivíduos do grupo controle (BARAHIMI, et al., 2017).

Nessa perspectiva, o cuidado de si do paciente renal em tratamento conservador, geralmente, está centrado na adesão à dieta, medicação, acompanhamento ambulatorial e adotar hábitos de vida saudáveis. O convívio com enfermidade crônica, diariamente, centraliza as atividades dos indivíduos e suas famílias em torno da patologia e do tratamento. Assim, as decisões são influenciadas pelo modo como cada pessoa vivencia e compreende as cobranças e restrições relativas à doença (ROSO, 2013).

Estudo realizado em Taiwan, com um total de 247 pacientes renais em tratamento conservador, fases (G1 - G5), utilizando a análise de regressão do conhecimento, autoeficácia e comportamentos de autocuidado, evidencia a autoeficácia como sendo o mediador para o conhecimento e o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado. Assim, aumentar o conhecimento do paciente sobre suas enfermidades tem efeito positivo sobre os comportamentos de autocuidado e o autocuidado pode melhorar os comportamentos de saúde, a qualidade de vida dos pacientes e, ainda, reduzir os custos e número de hospitalização. Educar os pacientes sobre DRC é um componente essencial dos cuidados pré-diálise abrangente e está ligado a melhores resultados clínicos (SHU-FANG et al., 2016).

Revisão sistemática propôs modelos de gestão do paciente renal em tratamento conservador, baseado em pesquisas descritas na literatura, pretendendo melhorar os resultados relativos à preservação a função renal. Revelou-se que intervenções predominantemente individuais foram relatadas como as mais apropriadas, somando-se a isso a atuação da equipe multiprofissional de forma integrada, como: apoio psicológico, cuidado farmacêutico, autogestão do paciente, implementação da educação em saúde, acompanhamento nutricional, cuidado multidisciplinar, retorno ambulatorial ao nefrologista e cuidados do enfermeiro. (NICOLL et al., 2017).

Outra investigação, realizada sobre mudança na albuminúria como desfecho substituto para a progressão da DRC, evidencia que todos os estudos analisados na metanálise, com uma inclinação de metaregressão 0.89 (95%) de intervalo de credibilidade Bayesiana [$0.13-1.70$],

cada diminuição de 30% no valor da albuminúria média, para o tratamento conservador em relação ao grupo controle, foi associada a uma média de risco de 27% mais baixo para o ponto final clínico (95% BCI 5-45%; mediana R^2 0· 47, 95% (BCI 0· 02-0 96). Reforça, ainda, as recomendações de intervenções apropriadas nas fases iniciais da DRC, que têm sido defendidas como tratamento mais vantajoso do que intervenções aplicadas em fases posteriores (HIDDO et al., 2019).

Após a análise e validação de conteúdo, seguindo o referencial de Pasquali (2013), a versão 2 do instrumento foi submetido a amostra representativa do público alvo, para a qual o instrumento de medida foi proposto. Nessa etapa, identificou-se dificuldades na compreensão de alguns itens da escala e puderam ser realizadas novas adaptações dos itens, por meio das sugestões dos participantes da pesquisa.

A análise semântica é uma das etapas necessárias à construção e validação de um instrumento de medida. Vários estudos anteriores (MENDONÇA et al., 2017; FARHAM et al., 2016; SOUSA et al., 2015; MORAIS et al., 2018), utilizaram essa técnica para verificar se todos os itens do instrumento são compreensíveis por todos os membros de uma amostra representativa, a qual o mesmo se destina.

Os participantes dessa etapa não apresentaram dificuldades de compreensão dos itens do instrumento. A análise e sugestões dos pacientes e a percepção do entrevistador no momento da aplicação da escala evidenciaram a falta de conhecimento de alguns alimentos e terminologias utilizadas na elaboração dos itens. Isso pode estar relacionado a questões culturais, nível de escolaridade e poder aquisitivo do grupo, demonstrando que as intervenções em saúde devem considerar os aspectos individuais da clientela.

7 CONCLUSÃO

O resultado deste estudo determinou que a ferramenta foi considerada adequada e válida em conteúdo e semântica. O instrumento construído e validado foi uma Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador (ECAP-RENAL), em qualquer estágio da enfermidade, que poderá ser preenchida de forma autoaplicável ou com ajuda de um profissional, em formato de entrevista, graduada em uma escala *likert* de cinco pontos, para mensurar a frequência de comportamentos de autocuidado do paciente renal nos últimos sete dias da semana. A escala é constituída de 62 itens, distribuídos nos domínios “consumo alimentar e de bebidas”, “sinais e sintomas de complicação” e “cuidados de saúde geral”.

Dois itens (6 e 8) do domínio “consumo alimentar e de bebidas” e um item (40) do domínio “cuidados de saúde geral” obtiveram resultado insatisfatório para o teste binomial, no entanto optou-se por manter na escala por trata-se da clareza dos itens.

Essa escala possibilitará aos pacientes renais em tratamento conservador oportunidade de acompanhamento individualizado, humanizado com ações centradas no paciente, realizado por enfermeiro ou equipe multiprofissional. Ainda, permitirá aos profissionais da saúde, em especial ao enfermeiro, o direcionamento de intervenções educativas e criação de tecnologias inovadoras, a fim de prevenir agravos decorrentes da progressão da doença renal. Outros estudos deverão ser empregados, para avaliar as propriedades psicométricas da escala.

REFERÊNCIAS

- AFFRET, A.; WAGNER, S.; FATOUHI, D. E.; DOW, C.; CORREIA, E.; NIRAVONG, M.; CHAPELON, F. C.; CHEFDEBIEN, J.; FOUQUE, D.; STENGEL, B.; RUALT, M. C. B.; FAGHERAZZI, G. Validity and reproducibility of a short food frequency questionnaire among patients with chronic kidney disease. **BMC Nephrology**, v. 18, p. 297, 2017. Disponível em: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12882-017-0695-2>. DOI 10.1186/s12882-017-0695-2. Acesso em: 12 de fev. 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2020.
- ALMEIDA, P. P. F.; SILVA JÚNIOR, A.G.; OLIVEIRA, P.T.R.; MOREIRA, G.A.R.; LIBÓRIO, A.B. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, Nov. 2012.
- AZEVEDO, P. R. A. *et al.* Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 260-267, jan./mar. 2018.
- BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 380-87, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a16v46n2.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2014.
- BARAHIMI, H. *et al.* E-Learning model in chronic Kidney Disease Management a controlled clinical trial. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, v. 11, n. 4, p. 280-285, 2017.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- 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. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, Mar. 2011.
- BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do Humano, compaixão pela Terra**. Petrópolis, Brasil: Vozes, 1999. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/sofphyazul/saber-cuidar-completo>.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 398, de 13 de março de 2014. Define os critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com DRC Doença Renal Crônica e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 50, p. 34-37, 14 mar. 2014a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Cadernos de Atenção Básica, n. 24). ISBN 978-85-334-1644-4.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde - PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHEN, C. C.; CHEN, Y.; LIU, X.; WEN, Y.; MA, D. Y.; HUANG, Y. Y.; PU, L.; DIÃO, Y. S.; YANG, K. The efficacy of a Nurse-Led Disease Management Program in improving the Quality of Life for Patients with chronic Kidney Disease: a meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 11, n. 5, p. e0155890, 2016.

COMBES, G.; SEIN, K.; ALLEN, K. How does pre-dialysis education need to change? Findings from a qualitative study with staff and patients. **BMC Nephrol.**, v. 18, p. 334, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 01/08/2017.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). © Milton Keynes Primary Care Trust. 2013. All rights reserved.

DIXON, J.; BORDEN, P.; KANEKO, T. M.; SCHOOLWERTH, A. C. Multidisciplinary CKD care enhances outcomes at dialysis initiation. **Nephrol Nursing Journal**, v. 38, n. 2, p. 165-171, 2011.

DOLF, M. K.; GAND, F.; SPICHIGER, E.; MULLER, M.; MARTIN, J. S.; SPIRIG, R. **Complexity of nursing care in acute care hospital patients: results of a pilot study with a newly developed questionnaire**. Nordic College of Caring Science, 2014.

DOMINGOS, C. S.; MOURA, P. C.; BRAGA, L. M.; RODRIGUES, N. V.; CRREIA, M. D. L.; CARVALHO, A. M. P. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 2, p 176-186, 2015.

DOMINGOS, Maria Alice Muniz *et al.* Chronic kidney disease - determinants of progression and cardiovascular risk. PROGREDIR cohort study: design and methods. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 135, n. 2, p. 133-139, Abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802017000200133&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Jan. 2019.

EK, G. F. V.; KROUWEL, E. M.; NICOLAI, M. P. J.; OUDSTEN, B. L. D.; OUDSTEN, B. L. D.; OUDEN, M. E. M. D.; DIEBEN, S. W. M.; PUTTER, H.; PELGER, R. C. M.; ELZEVIER, H. W. What is the role of nephrologists and nurses of the dialysis department in providing fertility care to CKD patients? A questionnaire study among care providers. **Int Urol Nephrol.**, v. 49, n. 7, p. 1273-1285, 2017.

ELIAS, E. A.; SOUZA, I. E. O.; VIEIRA, L. B. Significados do cuidado-de-si-mesmas de mulheres profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 415-420, set. 2014.

ELIHIMAS JÚNIOR, U. F. **Análise da progressão da doença renal crônica: experiência de um centro universitário especializado em tratamento conservador em Pernambuco.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, Recife, 2013.

ELLIS, R. J. B.; WELCH, J. L. Medication-taking behaviours in chronic kidney disease with multiple chronic conditions: a meta-ethnographic synthesis of qualitative studies. 016 John Wiley & Sons Ltd 586. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, p. 586-598.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHSON, R.M. (ed.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994.

FIGUEIREDO, A. E. P. L.; ROCHA, K.; ARAYA, S. B.; CATONI, M. I.; SCHILLING, M. C. L.; URBANETTO, J. S. Tradução e adaptação para o português do instrumento avaliação de paciente em hemodiálise-CUDYR-DIAL. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 1, e56244, mar. 2016.

FISHBANE, S.; AGORITSAS, S.; BELLUCCI, A.; HALINSKI, C.; SHAH, H. H.; SAKHIYA, V.; BALSAM, L. Augmented nurse care management in CKD Stages 4 to 5: a randomized trial. **Am J Kidney Dis.**, v. 70, n. 4, p. 498-505, 2017.

FOUQUE, D.; MITCH, W. E. Low-protein diets in chronic kidney disease: are we finally reaching a consensus? **Nephrol. Dial. Transplant.**, v. 30, n. 1, p. 6-8, jan. 2015.

FRANCA, A. B.; SCHELINI, P. W. Análise semântica e evidências de validade da escala metacognitiva para idosos. **Aval. psicol.**, Itatiaia, v. 13, n. 3, p. 333-341, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BRAVIDELLI, M. M. **TTC - Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. São Paulo: Látria, 2010.

GOMEZ, N. J.; CASTER, D.; HAIN, D. Nephrology Nursing Scope and Standards of Practice: Integration into Clinical Practice. **Nephrology Nursing Journal**, v. 44, n. 1, p. 19-27, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29237105>. Acesso em: 27 Jan. 2019. 51

GONCALVES, F. C. L.; DAL-FARRA, R. A. A educação libertadora de Paulo Freire e o teatro na educação em saúde: experiências em uma escola pública no Brasil. **Pro-Posições**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 401-422, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373072018000300401&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

GOROSTIDI, M.; SANTAMARÍA, R.; ALCÁZAR, R.; FERNÁNDEZ-FRESNEDO, G.; JOSEP, M. G.; GOICOECHEA, M. *et al.* Spanish Society of Nephrology document on KDIGO guidelines for the assessment and treatment of chronic kidney disease. **Revista Nefrología**. Official Publication of the Spanish Nephrology Society, v. 34, n. 3, p. 302-316, 2014. DOI: doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464. Disponível em: <http://www.revistanefrologia.com>. Acesso em 12 de fev. 2018.

HAAN, N. D. S.; VERVOORT, G. M. M.; WEEL, C. V.; BRASPENNING, J. C. C.; MULDER, J.; WETZELS, J. F. M.; GRAUW, W. J. C. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomized controlled trial. **Br J Gen Pract.**, v. 63, n. 617, p. e798-806, Dec 2013.

HARAS, M. S.; ASTROTH, S. K.; HESSON-MCLNNIS, M. S.; KOSSMAN, S. P.; WITH, W. M. Development and initial validation of the NephRN Perceptions Toward advance care planning instrument. **Nephrol Nurs J.**, v. 42, n. 3, p. 257-267, 2015.

HAZZAN, A. D.; HALINSKI, C.; AGORITSAS, S.; FISHBANE, S.; DEVITA, M. V. Epidemiology and challenges to the management of advanced CKD. **Adv. Chronic Kidney Dis.**, v. 23, n. 4, p. 217-221, Jul. 2016.

HEERSPINK, H. J. L.; GREENE, T.; TIGHIOUART, H.; GANSEVOORT, R. T.; CORESH, J.; SIMON, A. L.; CHAN, T. M.; HOU, F. F.; LEWIS, J. B.; LOCATELLI, F.; PRAGA, M.; SCHENA, F. P.; LEVEY, A. S.; INKER, L. A. Change in albuminuria as a surrogate endpoint for progression of kidney disease: a meta-analysis of treatment effects in randomised clinical trials. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 7, i. 2, p. 129-139, Fev. 2019.

HERNADEZ, S. R.; CALLADO, C. F.; BATISTA, M. D. P. **Metodologia da Pesquisa**. 5ª edição. Porto Alegre: Penso, 2013.

HILL, N. R.; FATOBA, S. T.; OKE, J. L. *et al.* Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 11, e 0158765, 2016.

HU, C. W. **The Efficacy of Integrated Care system provided on Self-Care and Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients**. 2009. Unpublished doctoral dissertation. Hungkuang University Graduate School of Nursing, Taichung City, 2009.

ISHANI A.; CHRISTOPHER, J.; PALMER, D.; OTTERNESS, S.; CLOTHIER, B.; NUGENT, S.; NELSON, D.; ROSENBERG, M. E. Telehealth by an interprofessional Team in Patients With CKD: A Randomized controlled Trial. **Am J Kidney Dis.**, v. 68, n. 1, p. 41-49, 2016.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JOBOSHI, H.; OKA, M. Effectiveness of an educational intervention (the encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: a randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud.**, v. 67, p. 51-58, 2017.

KDIGO. Clinical practice guideline for the evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements** (2013), v. 3, n. 1, p. 73-90, 2012.

KIDNEY CHECK AUSTRALIA TASKFORCE (KCAT). **Education programs for primary health care providers should incorporate the KHA-CARI Early CKD Lifestyle Modification recommendations.** Kidney Check Australia Taskforce (KCAT). Screening for early chronic kidney disease. Disponível em:
http://www.cari.org.au/CKD/ckd_guidelines.html. Acesso em: 12 de fev 2019.

KRISZTAJN, G. M.; SALGADO, F. N.; DRAIBE, A. S.; NETTO, M. V. P.; SOUZA, E. *et al.* Leitura rápida do KDIGO 2012: diretrizes para avaliação e manejo da doença renal crônica na prática clínica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, Mar. 2014.

LOPES, M. C. O.; SILVA V. M.; ARAÚJO T. L. Validação de diagnóstico de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LOPES, M. V.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 23, n. 3, p. 134-139, out. 2012.

LUCATORTO, M. A.; WATTS, S. A.; KRESEVIC, D.; BURANT, C. J.; CARNEY, K. J. L. Impacting the trajectory of chronic kidney disease with ARPN-LED renal teams. **Nurs Admin Q**, v. 40, n. 1, p. 76-86, 2016.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MACHADO, I. M. J.; BAMDEIRA, M. B.; PINHEIRO, H. S.; DUTRA, N. S. Adaptação transcultural de escalas de aderência ao tratamento em hemodiálise: Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) e Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2093-2098, Out. 2015.

MARINHO, A. W. G. B. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 379-388, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000300379&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

MARTINS, J. J. *et al.* Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos de terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 443-456, 2007. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a12.pdf. Acesso em: 20 jan. 2014.

MEDEIROS, R. K. S.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; PINTO, D. P. S. R.; VITOR, A. F.; SANTOS, V. E. P.; BARICHELLO, E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. ser IV, n. 4, p. 127-135, Fev. 2015.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr./jun. 2011.

MENDONÇA, S. C. B.; ZANETTI, M. L.; SAWADA, N. O.; BARRETO, I. D. C.; ANDRADE, J. S.; OTERO, L. M. Construção e validação do instrumento avaliação do autocuidado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. e2890, 2017.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos et al. Reliability and validity of the Lasater Clinical Judgment Rubric - Brazilian Version. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 265-271, Jun 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800038>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300265&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Fev. 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Chronic kidney disease in adults: assessment and management**. London: National Clinical Guideline Centre, 2014. Clinical Guideline CG182. ISBN 978-1-4731-0640-6.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, n. 2, S1-266, Feb 2002. Suppl. 1. ISBN 1-931472-10-6.

NICOLL, R.; ROBERTSON, L.; GEMMELL, E.; SHARMA, P.; BLACK, C.; MARKS, A. Models of care for chronic kidney disease: a systematic review. **Nephrology (Carlton)**, v. 23, n. 5, 389-396, 2018.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6 th. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PANG, J.; GRILL, A.; BHATT, M.; WOODWARD, G. L.; BRIMBLE, S. Evaluation of a mentorship program to support chronic kidney disease care. **Can Fam Physician**, v. 62, n. 8, p. e441-e447, 2016.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria das teses na psicologia e na educação**. 4ª edição. Petropolis: Vozes, 2011.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria das teses na psicologia e na educação**. 5ª edição. Petropolis: Vozes, 2013.

PAULA, E. A. *et al.* Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e-2801, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100412&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

PELICIONI, M. C.; MIALHE, F. L. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos Editora, 2012.

PEREIRA, J.; FRIZON, E. Adesão ao tratamento nutricional de portadores de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, ano 8, n. 2, p. 58-66, jul./dez. 2017.

PHAM L.; ZIEGERT, K. Ways of promoting health to patients with diabetes and chronic kidney disease from a nursing perspective in Vietnam: A phenomenographic study. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 11, n. 30722, 2016.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: a avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina *et al.* Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 10, p. 85-94, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832016000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 jan. 2019.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina. Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 2, p. 29-40, jun. 2014.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 5, p. 139-146, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14079>. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 jan. 2019.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O Trabalho Educativo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-165, Mar. 2013.

ROMANO, T. G.; MARTINS, C. P. B.; MENDES, P. V.; BESEN, B. A. M. P.; ZAMPIERI, F. G.; PARK, M. Análise do comportamento do sódio ao longo de 24 horas de terapia renal substitutiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 120-131, Jun. 2016.

ROSO, C. C.; BEUTER, M.; KRUSE, M. H. L.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; JACOBI, C. S.; CORDEIRO, F. R. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 739-745, Set. 2013.

SAMPAIO, C. F.; GUEDES, M. V. C. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 96-103, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 Fev. 2019.

SEBOLD, L. F.; KEMPFER, S. S.; RADUNZ, V.; PRADO, M. L.; TOURINHO, F. S.; GIRONDI, J. B. Cuidar é... percepções de estudantes de enfermagem: Um olhar heideggeriano. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 243-247, 2016.

SENYUVA, E.; KAYA, H.; CAN, G. A valid and reliable tool in assessing patient education: the Patient Education Implementation Scale. **Int J Nurs Pract.**, v. 19, e12800, 2019.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, R. J.; MARTINS, C. T. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, Set. 2017.

SILVA, J. V.; BRAGA, C. G (org.). **Evidências das teorias de enfermagem no processo de cuidar**. 2ed. Curitiba: Prismas, 2016. 428 p.

SOUSA, C. N.; APÓSTOLO, J. L. A.; FIGUEIREDO, M. H. J. S.; DIAS, V. F. F.; TELES, P.; MARTINS, M. M. Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis. *Hemodialysis International*, v. 19, n. 2, p. 306-313, 2015.

SOUSA, C. N.; MARUJO, P.; TELES, P.; LIRA, M. N.; DIAS, V. F. F.; NOVAIS, M. E. L. M. Self-Care Behavior Profiles With Arteriovenous Fistula in Hemodialysis Patients. **Clin Nurs Res.** v. 1, 105477381878711, 2018. DOI:10.1177/1054773818787110.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, Set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Fev. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** v. 8, p. 102-106, 2010.

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 221-229, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2020.

STILLWELL, S. B.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; WILLIAMSON, K. M. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. **Am J Nurs.**, v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health Measurement Scales: A Practical Guide to the Development and Use**, 5th edn. New York (NY): Oxford University Press, 2015.

THAMER, M.; KAUFMAN, J. S.; ZHAN, Y.; ZHANG, Q.; COTTER, D. J.; BANG, H. Predicting Early Death Among Elderly Dialysis Patients: development and validation of a Risk Score to Assist Shared Decision Making for Dialysis Initiation. **Am J Kidney Dis.**, v. 66, n. 6, p. 1024-1032, 2015.

TSAL, M. H.; FANG, Y. W.; WANG, L. H.; YOU, G. X.; LEU, J. G. Unexpected return for follow-up during the first year of multidisciplinary care may be predictive of rapid deterioration of renal function. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 41, e1731, Oct 2015.

URSI, E. S.; GAVAO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, Fev. 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2001.

WALKER, R. C.; MARSHALL, M. R.; POLASCHEK, N. R. A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 155, 2014.

YUAN, C. M.; NEE, R.; CECKOWSKI, K. A.; CAVALEIRO, K. R.; ABBOTT, K. C. Nefropatia diabética como a causa da doença renal em fase final relatada na forma CMS2728 evidência médica em um único centro. **Clin J rim**, v. 10, n. 2, p. 257-262, 2017.

ZUILEN, A. D. V.; BOTS, M. L.; DULGER, A.; TWEEL, I. V. D.; BUREN, M. V.; DAM, M. A. G. J. T.; KAASJAGER, K. A. H.; LIGTENBERG, G.; SIJPKENS, Y. W. J.; SLUITER, H. E.; VEM, P. J. G. V.; VERVOORT, G.; VLEMING, L. J.; BLANKESTIJN, P. J.; WETZELS, J. F. M. Multifactorial intervention with nurse practitioners does not change cardiovascular outcomes in patients with chronic kidney disease. **Kidney Int.**, v. 82, n. 6, p.710-717, 2012.

APÊNDICE A - CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Prezado (a) Juiz (a)

Como aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, e juntamente com a orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos e Coorientadora Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, estamos realizando o estudo intitulado: Construção e Validação de Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Diante do reconhecimento de sua experiência profissional, convidamos V. S.^a a emitir seu parecer sobre a primeira versão do instrumento, construído para ser utilizado na pesquisa respondendo a etapa de validação do conteúdo que consta no material entregue, a fim de contribuir para que se atinja o objetivo desta pesquisa.

A escala contém 62 itens, distribuídos em três domínios: consumo alimentar e de líquidos; sinais e sintomas de complicações; cuidados de saúde geral. A utilização deste instrumento permitirá a implementação do processo de enfermagem ao paciente renal em tratamento conservador. Os itens do instrumento foram construídos com base em uma revisão integrativa da literatura, posteriormente realizou-se pesquisa na literatura de: *Guidelines*, resoluções, portarias e nas Diretrizes Clínicas para o manejo de pacientes renais na fase pré-dialítica. Para a validação de conteúdo, solicito sua colaboração para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do instrumento e preenchimento do formulário com os itens para validação. Após a avaliação da versão inicial, serão vistas todas as considerações fornecidas pelo grupo de juízes no processo de validação e, com base nisso, será realizada a organização da versão final do material.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a experiência e conhecimento para a emissão de sua opinião sobre a Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador a ser utilizado na validação semântica com o público alvo. Solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de 15 dias, para atendimento aos prazos de execução da pesquisa. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Cordialmente,

Marta Nunes Lira
Mestranda PPGENF/UFPE
Fone: (81) 99729-4505 3037-6102
E-mail: martanuneslira@yahoo.com.br

Prof.^a Dra. Vânia P. Ramos
Orientadora, Docente do PPGEnfermagem/UFPE e
Professora Titular do Departamento de Enfermagem/UFPE
Fone: 21263661/21268566
E-mail: vpinheiroamos@uol.com.br

Prof.^a Dr.^a Doutora Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão
Coorientadora, Docente do PPGEnfermagem/UFPE e
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFPE
Fone: 21263661/21268566
Email:ceciliamfqueiroz@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES

Convidamos V. S.^a para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de escala sobre os comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador. Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Marta Nunes Lira, residente na rua Major Godofredo Luis Pereira de Lima, nº: 80, apt. 203, Jardim São Pulo, Recife-PE, CEP: 50.910-450. Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 99729-4505/(81) 3037-6102 e meu endereço eletrônico é martanuneslira@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: vpinheiroramos@uol.com.br e coorientadora Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: ceciliamfqueiroz@gmail.com.

Caso este termo contenha alguma informação que você não entenda, as dúvidas podem ser tiradas por correspondência com as pesquisadoras e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos do estudo forem dados e você concorde em participar da pesquisa, pedimos que marque o campo que vem em seguida ao documento para expressar que está ciente das informações repassadas e sua decisão em ser participante do estudo. Se não aceitar fazer parte do estudo, não haverá penalização alguma. Se concordar em participar, o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, também sem qualquer prejuízo. O objetivo do estudo é Construir e Validar uma escala sobre os comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador, a fim de que possa ser utilizado por enfermeiros na implementação do processo de enfermagem direcionada a essa clientela. O instrumento será construído fundamentado em uma revisão integrativa da literatura, referente à temática estudada, documentos oficiais nacionais e internacionais e trabalhos acadêmicos que envolveram a construção e/ou utilização de instrumento direcionados aos cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento conservador. Para que a validação de conteúdo aconteça, é necessário que haja um processo de avaliação, com o objetivo de conhecer a concordância entre os avaliadores e relevância dos itens relacionados tratamento conservador da doença renal.

O seu parecer na condição de juiz será emitido por meio de respostas às perguntas contidas na escala. Será necessário que você tenha tempo disponível para a pesquisa e utilize um local tranquilo para respondê-lo. Serão enviados, por meio um formulário eletrônico: carta-

convite para participação na pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cópia da versão inicial do instrumento, questionário para levantamento do perfil profissional do juiz e instrumento para validação de conteúdo com instruções de preenchimento. Após a etapa de coleta de dados, esses materiais serão devolvidos à pesquisadora responsável.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados da avaliação do material. Para minimizá-los, sugerimos que as respostas sejam fornecidas em local reservado e tentaremos ser objetivas nos questionamentos, dando ênfase aos conteúdos que dizem respeito ao estudo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os envolvidos durante a coleta de dados, além de proporcionar a confiabilidade de uma ferramenta que se torne referência para enfermeiro no atendimento ao paciente renal, aumente a adesão da população-alvo ao tratamento conservador e melhore a assistência à saúde do paciente renal.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de formulário eletrônico ficarão armazenados em computadores, sob a responsabilidade da autora do estudo, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Marta Nunes Lira

Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)
(campo de marcação obrigatória no formulário eletrônico)

Após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES**

Nº instrumento: _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade _____ anos
3. Formação profissional
() Médico () Nutricionista () Enfermeiro
4. Ocupação laboral que investe mais tempo: () Docência () Assistência
5. Local de trabalho:
() IES pública () IES privada () Hospital (internamento)
() Hospital (atendimento ambulatorio) () Clínica de Diálise (Hemodiálise)
6. Município de trabalho: _____
7. Tempo de formação: _____ anos
8. Tempo de atuação: _____ anos
9. Mestrado: () SIM () NÃO
10. Mestrado com dissertação na área de nefrologia (tratamento conservador da DRC, terapias de substituição renal, hemodiálises, diálise peritoneal ou transplante renal):
() SIM () NÃO
11. Doutorado: () SIM () NÃO
12. Doutorado com tese na área de nefrologia (tratamento conservador da DRC, terapias de substituição renal, hemodiálises, diálise peritoneal ou transplante renal):
() SIM () NÃO
13. Especialização em nefrologia ou transplante de órgãos e tecidos: () SIM () NÃO
14. Ensina na graduação na área de nefrologia ou enfermagem na saúde do adulto/idoso
() SIM () NÃO
15. Ensina em curso de especialização na área de nefrologia: () SIM () NÃO
16. Desenvolvendo pesquisa na área de nefrologia nos últimos cinco anos: () SIM () NÃO
17. Desenvolvendo projeto de extensão na área de nefrologia nos últimos cinco anos:
() SIM () NÃO
18. Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área de nefrologia em periódicos com Qualis maior ou igual a B2, nos últimos cinco anos: () SIM () NÃO

18.1 Se SIM, quantos: _____

19.Experiência profissional na área de nefrologia, no mínimo cinco anos:

(☐)SIM(☐)NÃO

20.Ministra ou ministrou cursos com ênfase na atenção à saúde dos pacientes renais em tratamento conservador da doença renal ou nas terapias de substituição renal, hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal: (☐) SIM (☐) NÃO

21.Participou de cursos de atualização na área de nefrologia: (☐) SIM (☐) NÃO

APÊNDICE D - ORIENTAÇÕES AOS JUÍZES PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Dada a inexistência de um instrumento que permita avaliar os comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, revela-se pertinente a construção e validação de uma escala com essas características. A estrutura conceitual que ancora esta pesquisa deriva da Teoria do Autocuidado de Orem (1993), que define autocuidado, como os comportamentos realizados pela própria pessoa de forma intencional, para a manutenção da saúde e do bem-estar.

Numa primeira etapa, procedeu-se uma revisão integrativa da literatura, posteriormente realizou-se pesquisa na literatura de: *Guidelines*, resoluções, portarias e nas Diretrizes Clínicas para o manejo de pacientes renais na fase pré-dialítica. Dessa análise emergiram 62 itens, que correspondem a comportamentos de autocuidado. Os itens descritos a seguir integram o instrumento: escala de avaliação de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador.

Isto posto, solicitamos a sua colaboração na avaliação individual de cada item, que se encontram numerados e em negrito, considerando os seguintes critérios:

Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações).

Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação).

Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento).

Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado)

Domínio (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, nos domínios: consumo alimentar e de líquidos; sinais e sintomas de complicações; cuidados de saúde geral. Para a avaliação dos itens face aos critérios supramencionados, utilize a escala de concordância:

Escala de Concordância
- 1 = Discordo
0 = Nem discordo/nem concordo
1 = Concordo

Caso assinale **-1** e **0**, por favor dê sugestões quanto às alterações que entender mais pertinentes ou realize a sua reescrita.

Agradecemos desde já toda a sua atenção e empenho. Contamos com a sua contribuição e estamos à disposição para esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Nunes Lira

martanuneslira@yahoo.com.br

martanuneslira@gmail.com

APÊNDICE E - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR - VERSÃO 1

Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado são realizados por você e dirigidos ao tratamento conservador da DRC. Para cada uma das afirmações deve-se dar a resposta utilizando a escala gradual a seguir.

Nunca Realizo este comportamento de autocuidado ☐ ¹	Raramente Realizo este comportamento de autocuidado ☐ ²	Às vezes Realizo este comportamento de autocuidado ☐ ³	Muitas vezes Realizo este comportamento de autocuidado ☐ ⁴	Sempre Realizo este comportamento de autocuidado ☐ ⁵
--	--	---	---	---

Assinale **apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção.**

Itens da escala	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Domínio: Consumo alimentar e líquidos					
1-Faço a dieta segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
2-Consumo pão francês, bolacha e ovos, segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
3-Consumo feijão, ervilha, lentilha e Grão de bico segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
4-Consumo castanhas, amêndoas, nozes e amendoim ¹	☐	☐	☐	☐	☐
5-Consumo leite, iogurte e queijo segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
6-Consumo crustáceos segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
7-Consumo carnes vermelha segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
8-Consumo carnes branca segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
9-Consumo peixe segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
10- Consumo Soja, segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
11-Consumo alface, pepino e pimentão segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
12-Consumo Abacaxi, acerola, maçã e melancia segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
13-Consumo maracujá, limão, caju e pêra segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
14-Consumo laranja pêra, banana nanica ou prata e manga segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
15-Consumo kiwi, melão, goiaba e mexerica segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
16-Consumo açaí, abacate, graviola e uva segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐

17- Consumo rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
18-Consumo couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
19-Consumo macaxeira, batata doce e inhame segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
20-Consumo batata inglesa segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
21-Consumo empanados em conserva, embutido, molho e tempero pronto ¹	☐	☐	☐	☐	☐
22- Acrescento sal na preparação dos alimentos ¹	☐	☐	☐	☐	☐
23-Deixo as verduras, raízes e feijão de molho em água de um dia para o outro	☐	☐	☐	☐	☐
24-Faço o cozimento das verduras, raízes e feijão por 10 minutos e troco a água	☐	☐	☐	☐	☐
25-Controlo a quantidade de líquido que bebo em casa	☐	☐	☐	☐	☐
26-Consumo suco de fruta, segundo às recomendações	☐	☐	☐	☐	☐
27-Consumo bebida alcoólica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
28-Consumo refrigerante ¹					
Domínio: sinais e sintomas de complicação					
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito	☐	☐	☐	☐	☐
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar	☐	☐	☐	☐	☐
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura.	☐	☐	☐	☐	☐
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra	☐	☐	☐	☐	☐
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo e/ou vômito	☐	☐	☐	☐	☐
34-Comunico ao médico caso apresente dor estomago	☐	☐	☐	☐	☐
35-Comunico ao médico caso apresente dormência e/ou formigamento	☐	☐	☐	☐	☐
36-Comunico ao médico caso apresente coceira	☐	☐	☐	☐	☐
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos	☐	☐	☐	☐	☐
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés	☐	☐	☐	☐	☐
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura	☐	☐	☐	☐	☐
40-Faço controle da eliminação urinária das 24 horas uma vez por mês	☐	☐	☐	☐	☐
41-Faço controle do peso uma vez por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral					
42- Faço caminhada, aeróbica, durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
43- Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quilometro, subir um lance de escadas, varrer o chão	☐	☐	☐	☐	☐

45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-se	☐	☐	☐	☐	☐
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado	☐	☐	☐	☐	☐
47-Faço atividades de trabalho remunerado	☐	☐	☐	☐	☐
48-Fumo ¹	☐	☐	☐	☐	☐
49-Mantenho os níveis de pressão arterial dentro do recomendado	☐	☐	☐	☐	☐
50-Mantenho os níveis de glicose no sangue dentro do recomendado	☐	☐	☐	☐	☐
51-Falto a consulta com o nefrologista ¹	☐	☐	☐	☐	☐
52- Falto a consulta com a nutricionista ¹	☐	☐	☐	☐	☐
53-Faço higiene oral após as principais refeições	☐	☐	☐	☐	☐
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação	☐	☐	☐	☐	☐
55-Procuro informações sobre as terapias de substituição renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	☐	☐	☐	☐	☐
56-Sigo o tratamento medicamentoso prescrito	☐	☐	☐	☐	☐
57-Compro e/ou recebo os medicamentos em uso	☐	☐	☐	☐	☐
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente	☐	☐	☐	☐	☐
59-Paro de tomar os medicamentos quando me sinto mal ¹	☐	☐	☐	☐	☐
60-Paro de tomar os medicamentos quando me sinto bem ¹	☐	☐	☐	☐	☐
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado ¹	☐	☐	☐	☐	☐

Fonte: A autora, 2018.

¹item invertido 4; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 58; 59; 60; 61.

**APÊNDICE F - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE
CONTEÚDO DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE
PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR**

Escala de Avaliação de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Recife-PE, 2018.

	- 1	0	1
1-Faço a dieta segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
2-Consumo pão francês, bolacha e ovos, segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
3-Consumo feijão, ervilha, lentilha e Grão de bico segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
4-Consumo castanhas, amêndoas, nozes e amendoim¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐

Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
5-Consumo leite, iogurte e queijo segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
6-Consumo crustáceos segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
7-Consumo carne vermelha segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
8-Consumo carne branca segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
9-Consumo peixe segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐

Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
10-Consumo Soja segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
11-Consumo alface, pepino e pimentão segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
12-Consumo Abacaxi, acerola, maçã e melancia segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
13-Consumo maracujá, limão, caju e pêra segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
14-Consumo laranja pêra, banana nanica ou prata e manga segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐

Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
15-Consumo kiwi, melão e goiaba e laranja cravo segundo às recomendações¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
16-Consumo açaí, abacate, graviola e uva segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
17-Consumo rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
18-Consumo couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
19-Consumo macaxeira, batata doce e inhame segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐

Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
20-Consumo batata inglesa segundo às recomendações¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
21-Consumo empanados em conserva, embutido, molho e tempero pronto¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
22-Acréscimo sal na preparação dos alimentos¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
23-Deixo as verduras, raízes e feijão de molho em água de um dia para o outro			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
24-Faço o cozimento das verduras, raízes e feijão por 10 minutos e troco a água			

Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
25-Controlo a quantidade de líquido que bebo em casa			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
26-Consumo suco da fruta segundo às recomendações			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
27-Consumo bebidas alcoólicas¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: consumo alimentar e de líquidos (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
28-Consumo refrigerantes¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			

29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e ou tontura			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo e/ou vômito			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐

Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
34-Comunico ao médico caso apresente dor no estomago			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
35-Comunico ao médico caso apresente dormência e formigamento			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
36-Comunico ao médico caso apresente coceira			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐

Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
40-Faço controle da eliminação urinária das 24 horas uma vez por mês			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
41-Faço controle do peso uma vez por semana			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
42-Faço caminhada, aeróbica, durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
43-Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐

Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quilometro, subir um lance de escadas, varrer o chão			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-se			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
47- Faço atividades de trabalho remunerado			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
48-Fumo¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐

Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
49-Mantenho os níveis de pressão arterial dentro do recomendado			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
50-Mantenho os níveis de glicose no sangue dentro do recomendado			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
51-Falto a consulta com o nefrologista¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
52-Falto a consulta com a nutricionista¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
53-Faço higiene oral após as principais refeições			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
54-Procurou o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação			

Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
55-Procurar informações sobre as terapias de substituição renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
56-Siga o tratamento medicamentoso prescrito			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
57-Compro e/ou recebo os medicamentos em uso			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐
Sugestão:			
59-Paro de tomar os medicamentos prescritos quando me sinto mal¹			
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐

Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐		
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐		
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐		
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐		
Sugestão:					
60-Paro de tomar os medicamentos prescritos quando me sinto bem¹					
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐		
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐		
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐		
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐		
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐		
Sugestão:					
61-Tomo medicação sem prescrição médica¹					
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐		
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐		
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐		
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐		
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐		
Sugestão:					
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicita exame com contraste iodado¹					
Clareza (é compreensível, perceptível, com expressões simples e inequívocas, sem possibilidade de outras interpretações);	☐	☐	☐		
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação);	☐	☐	☐		
Pertinência (analisa a importância do item para o instrumento);	☐	☐	☐		
Relevância (importância do item para avaliar os comportamentos de autocuidado);	☐	☐	☐		
Domínio: cuidados de saúde geral (investiga a adequação do item ao autocuidado do paciente renal em tratamento conservador);	☐	☐	☐		
Sugestão:					
Pretendemos saber se considera que algum aspecto não foi considerado nos diversos itens	☐ Sim		☐ Não		
Se sim, por favor dê a sua sugestão:					

Fonte: A autora, 2018.

¹item invertido 4; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 58; 59; 60; 62.

**APÊNDICE G - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS PACIENTES PARTICIPANTES DA ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA
DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM
TRATAMENTO CONSERVADOR**

Convidamos V. S.^a para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada Construção e validação de uma escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Esta pesquisa está sob a minha responsabilidade, Marta Nunes Lira, residente na rua Major Godofredo Luis Pereira de Lima, nº: 80, apt. 203, Jardim São Pulo, Recife-PE, CEP: 50.910-450. Sou aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Meus números de telefone são (81) 99729-4505/(81) 3037-6102 e meu endereço eletrônico é martanuneslira@yahoo.com.br. Também participa desta pesquisa, como orientadora, a Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: vpinheiroramos@uol.com.br e coorientadora Prof. Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, com número de telefones 21263661/21268566, e endereço eletrônico: ceciliamfqueiroz@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

O objetivo do estudo é Construir e Validar uma escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador, a fim de que possa ser utilizado por enfermeiros na implementação da consulta de enfermagem direcionada a essa clientela. O instrumento será construído fundamentado em uma revisão integrativa da literatura, referente à temática estudada, documentos oficiais nacionais e internacionais e trabalhos acadêmicos que envolveram a construção e/ou utilização de instrumento direcionados aos cuidados de enfermagem ao paciente renal em tratamento conservador. Para que a validação de conteúdo aconteça, é necessário que haja um processo de análise semântica, com o objetivo de verificar a compreensão dos itens da escala entre os pacientes entrevistados respeitando os critérios de elegibilidade da pesquisa e sua concordância em participar como voluntário no estudo.

Os riscos envolvidos na realização do estudo serão mínimos e compreendem algum constrangimento ou desgaste originados na avaliação do material. Para minimizá-los, sugerimos que as respostas sejam fornecidas em local reservado e tentaremos ser objetivas nos questionamentos, dando ênfase aos conteúdos que dizem respeito ao estudo. Os benefícios estão relacionados à troca de conhecimentos entre os envolvidos durante a coleta de dados, além de proporcionar a validade de conteúdo e semântica de uma ferramenta que se torne referência para enfermeiro no atendimento ao paciente renal, possibilite a maior preservação da função renal dos pacientes em tratamento conservador, a fim de melhorar a assistência à saúde ao paciente renal.

Essas informações serão confidenciais. A divulgação acontecerá apenas em eventos ou publicações científicas. Certifico-lhe de que o seu anonimato será garantido, sendo a sua identificação revelada apenas entre os responsáveis pelo estudo. Os dados coletados por meio de entrevista ficarão armazenados, sob a responsabilidade da autora do estudo, por um período mínimo de cinco anos.

Não haverá cobranças e nem pagamentos para a sua participação na pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPE, situado na Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, com o telefone (81) 21268588 e e-mail cepcss@ufpe.br.

Marta Nunes Lira

Consentimento da participação na pesquisa como voluntário (a)

Eu, _____, CPF nº _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e esclarecimento das dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar da pesquisa acima referida, como voluntário (a). Declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos e sobre os riscos e benefícios envolvidos com minha participação no estudo. Foi garantido que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que leve a alguma penalidade.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do (a) voluntário (a) em participar:

Assinatura Testemunha 1

Assinatura Testemunha 2

APÊNDICE H - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

Pesquisa: “Construção e Validação de escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador”

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Doutora Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

Mestranda: Marta Nunes Lira

Orientações gerais para a aplicação do questionário

- 1- Apresentar-se ao paciente, informar seu nome e a instituição de origem;
- 2- Explicar o objetivo da pesquisa;
- 3- Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE;
- 4- Caso o paciente aceite participar da pesquisa, solicite a assinatura do TCLE;
- 5- Preencha o formulário de caracterização da amostra;
- 6- Entregue uma cópia do instrumento de coleta ao paciente a fim de que acompanhe a leitura dos itens;
- 7- Esclareça quanto ao preenchimento do instrumento;
- 8- Orientar que o participante terá que avaliar o nível de compreensão sobre cada item podendo escolher apenas uma das três alternativas: **1- não compreendi, 2- compreendi pouco e 3- compreendi tudo e não tenho dúvidas**. Caso não compreenda totalmente, dê sua sugestão ou reescreva o item, a fim de conferir maior clareza. Considere a compreensão: o item não se confunde com os demais e não dá ideia de dupla interpretação.
- 9- Iniciar a entrevista. Garantir que as dúvidas foram esclarecidas.
- 10- Após a primeira leitura com o paciente, será dada uma segunda explicação caso apresente dúvidas, evitando induzir as respostas. O item poderá ser esclarecido duas vezes. Caso ainda não compreenda deverá ser reformulado para conferir maior clareza ou excluído da pesquisa. Por exemplo:
 - 1- **“Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me”**
Sugestão: “Você realiza suas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-se?”
 - 2- **“Eu como pão francês e bolacha”**
Sugestão: “Você come pão francês e bolacha?”
- 11- Após fornecer os esclarecimentos necessários, o participante da pesquisa deverá responder ao item sem nenhuma interferência do entrevistador.
- 12- Ao finalizar a entrevista o entrevistador deverá agradecer ao participante.

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA DOS
PACIENTES PARTICIPANTES DA ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA DE
COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM
TRATAMENTO CONSERVADOR**

N.º Questionário: _____

O questionário deverá ser aplicado com o paciente eleito pelos critérios de inclusão da pesquisa PARTE I- Variáveis sociodemográficas e econômicas dos pacientes em tratamento conservador da DRC				
1 -Sexo				[]
1 Masculino	☐	2 Feminino	☐	
2 -Raça				[]
1 Branco	☐	2 Pardo	☐	3 Negro
			☐	
3- Idade em anos				[]
1 <35 anos	☐	2 35 a 45 anos	☐	3 45 a 65 anos
			☐	
4 > 65anos	☐			
4 -Estado Civil				[]
1 Casado	☐	2 União Estável	☐	3 Divorciado
			☐	☐
4 Solteiro	☐	5 Viúvo	☐	☐

5 -Escaridade 1 Analfabeto ☐ 2 Ensino fundamental I (1 ao 5 ano) ☐ 3 Ensino fundamental II (6 ao 9 ano) ☐ 4 Ensino fundamental incompleto ☐ 5 Ensino médio ☐ 6 Ensino médio incompleto ☐ 7 Ensino superior ☐ 8 Ensino Superior incompleto ☐ 9-Pós-graduação ☐ 10-Outro ☐				[]
6 - Naturalidade: _____		7- Procedência: _____		[]
8 -Situação Profissional 1 Trabalha por conta própria ☐ 2 Trabalhador formal ☐ 5 Estudante ☐ 3 Desempregado ☐ 4 Aposentado ☐ 6 Do lar ☐				[]
9 -Renda 1 Não tem renda ☐ 2 Renda de um salário mínimo 3 Renda entre 1 a 2 salário mínimo ☐ 4 Renda entre 5 a 6 salário mínimo 5 Renda entre 3 a 4 salário mínimo ☐ 6 Renda maior de 7 salários 7 Não sabe informar ☐				
PARTE II- Variáveis Clínicas				
10 -Etiologia da Doença Renal Crônica 1 Diabetes ☐ 2Hipertensão Arterial ☐ 3 Doenças inflamatórias ☐ 4 Rins Policísticos ☐ 5Doença Autoimune ☐ 6Glomerulonefrites Crônica ☐ 7Outros(Especifique) ☐				
11 -Há Quanto Tempo Realiza Acompanhamento Ambulatorial do tratamento conservador da Doença Renal Crônica 1 Menos de 12 meses ☐ 2 Entre 12 e 24 meses ☐ 3 Entre 25 e 36 meses ☐ 4 Entre 37 e 48 meses ☐ 5 Entre 49 e 60 meses ☐ 6 Entre 60 e 72 meses ☐ 7 Mais de 72 meses ☐				
12 -Classificação em categorias da Doença Renal Crônica com base na estimativa da função renal utilizando a Taxa de filtração Glomerular (TFG), segunda a fórmula de Cockcroft - Galt (1976). 1 G1 (≥ 90 ml/min/1,73m ²) ☐ 2 G2 (60-89 ml/min/1,73m ²) ☐ 3 G3a (45-59ml/min/1,73m ²) ☐ 4 G3b (30-44ml/min/1,73m ²) ☐ 5 G4 (15-29 ml/min/1,73m ²) ☐ 6 G5 (<15 ml/min/1,73m ²) ☐				

13-Classificação dos níveis de Pressão Arterial para os pacientes Renais Crônicos com base na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	
1Normal	☐ ≤120	☐ ≤80	☐
2Pré-hipertenso	☐ 121 -139	☐ 81-89	☐
3Hipertenso 1	☐ 140-159	☐ 90-99	☐
4Hipertenso 2	☐ 160-179	☐ 100-109	☐
5Hipertenso 3	☐ ≥ 80	☐ ≥110	☐

Quando a PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA

14- Classificação de sobrepeso e obesidade, segundo o Índice de Massa Corporal -IMC.

IMC (Kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO	
ADULTOS		
1- 25,0 a 29,	Pré-obesidade	☐
2- 30,0 a 34,9	Obesidade grau I	☐
3- 35,0 a 39,9	Obesidade grau II	☐
4- ≥40,0	Obesidade grau III	☐
IDOSO		
5- > 7,0	Excesso de peso	☐

15 -Antropometria

15.1 Peso _____(Kg)

15.2 Altura _____(cm)

APÊNDICE J - ANÁLISE SEMÂNTICA DA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Instruções: Este questionário apresenta diversas afirmações sobre os cuidados que se deveria ter com o tratamento conservador da Doença Renal Crônica. Pretende-se saber sobre a compreensão dos itens da escala de comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador. Considere a compreensão: o item não se confunde com os demais e não dá ideia de dupla interpretação. Para cada uma das afirmações deve dar apenas uma resposta utilizando a escala gradual a seguir: **1- não compreendi, 2- compreendi pouco e 3- compreendi tudo e não tenho dúvidas.** Caso não compreenda totalmente, dê sua sugestão ou reescreva o item, a fim de conferir maior clareza ao instrumento. Suas respostas deverão ser conforme as recomendações da equipe multiprofissional de saúde que acompanha você, nos itens que trata do hábito alimentar considere o que você come.

Itens da escala	1	2	3
Domínio: consumo alimentar e de bebidas			
Eu como (consumo)...			
1-A dieta prescrita			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
2-Pão francês e bolacha			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
3-Feixão, lentilha e grão de bico			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
4-Castanhas, amêndoas, nozes e amendoim			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
5-Leite, iogurte e queijo			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
6-Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
7-Ovos de galinha			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			

8-Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
9-Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela)			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
11-Soja			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
12-Alface, pepino e pimentão			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
13-Abacaxi, acerola, maçã e melancia			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
14-Maracujá, limão, caju e pêra			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
15-Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
16-Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
17-Açaí, abacate, graviola e uva			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
18-Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
19- Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐

Dúvidas:			
Sugestão:			
20-Mandioca, batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
21-Batata inglesa¹			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
22-Empanados congelados (frango e carne), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela e salsicha), molhos e temperos prontos			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
23-Acréscimo sal no cozimento dos alimentos			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca, inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
26-Suco da fruta			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
27-Bebidas alcoólicas			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
28-Refrigerantes			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
Domínio: sinais e sintomas de complicação			
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐

Dúvidas:			
Sugestão:			
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou cãibra			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo ou vômito			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
34-Comunico ao médico caso apresente dor estomago			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
35-Comunico ao médico caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, membros inferiores e superiores			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
36-Comunico ao médico caso apresente coceira no corpo			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			

Domínio: cuidados de saúde geral			
42-Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
43- Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir um lance de escadas, varrer o chão			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
47-Faço atividades de trabalho remunerado			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
48-Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro)			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
49-Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
50-Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
51-Compareço as consultas agendadas com nefrologista			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
52-Compareço as consultas agendadas com o nutricionista			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
53-Faço higiene oral após as principais refeições			

Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
56- Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
57-Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
59-Paro de tomar os remédios quando me sinto mal			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
60-Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
61-Tomo medicação sem prescrição médica			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)			
Compreensão (não se confunde com os demais itens e não dá ideia de dupla interpretação)	☐	☐	☐
Dúvidas:			
Sugestão:			

Fonte: A autora, 2018.

¹item invertido 4; 6; 8; 10; 15; 16; 17;19; 21; 22; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

APÊNDICE L - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR - VERSÃO 2

PARTE III (Versão 2) - Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado são realizados por você dirigidos ao tratamento conservador da DRC. Para cada uma das afirmações deve-se dar uma resposta utilizando a escala gradual a seguir.

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Realizo este comportamento de autocuidado	Realizo este comportamento de autocuidado	Realizo este comportamento de autocuidado	Realizo este comportamento de autocuidado	Realizo este comportamento de autocuidado
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

Assinale **apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção. Segundo as recomendações da equipe multiprofissional de saúde que o acompanha**

Itens da escala	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Domínio: consumo alimentar e de bebidas					
Eu como (consumo)...					
1- A dieta prescrita	☐	☐	☐	☐	☐
2- Pão francês e bolacha	☐	☐	☐	☐	☐
3- Feijão, lentilha e grão de bico	☐	☐	☐	☐	☐
4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim ¹	☐	☐	☐	☐	☐
5- Leite, iogurte e queijo	☐	☐	☐	☐	☐
6- Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo ¹	☐	☐	☐	☐	☐
7- Ovos de galinha	☐	☐	☐	☐	☐
8- Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro	☐	☐	☐	☐	☐
9- Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru	☐	☐	☐	☐	☐
10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
11- Soja	☐	☐	☐	☐	☐
12-Alface, pepino e pimentão	☐	☐	☐	☐	☐
13- Abacaxi, acerola, maçã e melancia	☐	☐	☐	☐	☐
14- Maracujá, limão, caju e pêra	☐	☐	☐	☐	☐
15- Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga ¹	☐	☐	☐	☐	☐
16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo ¹	☐	☐	☐	☐	☐
17- Açaí, abacate, graviola e uva ¹	☐	☐	☐	☐	☐

18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora	☐	☐	☐	☐	☐
19-Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis ¹	☐	☐	☐	☐	☐
20-Mandioca, batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame	☐	☐	☐	☐	☐
21-Batata inglesa ¹	☐	☐	☐	☐	☐
22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos ¹	☐	☐	☐	☐	☐
23-Acrescento sal no cozimento dos alimentos	☐	☐	☐	☐	☐
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca, inhame, batata doce) e feijão com uma colher de vinagre por 10 minutos e troco a água	☐	☐	☐	☐	☐
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)	☐	☐	☐	☐	☐
26-Suco da fruta	☐	☐	☐	☐	☐
27-Bebida alcoólica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
28-Refrigerante ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação					
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito	☐	☐	☐	☐	☐
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar	☐	☐	☐	☐	☐
31-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura.	☐	☐	☐	☐	☐
32-Comunico ao médico ou enfermeiro caso apresente dor muscular ou câibra	☐	☐	☐	☐	☐
33-Comunico ao médico caso apresente enjoo ou vômito	☐	☐	☐	☐	☐
34-Comunico ao médico caso apresente dor estomago	☐	☐	☐	☐	☐
35-Comunico ao médico caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, membros inferiores e superiores.	☐	☐	☐	☐	☐
36-Comunico ao médico caso apresente coceira no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos	☐	☐	☐	☐	☐
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés	☐	☐	☐	☐	☐
39-Procuro observar sinais de inchaço na região da cintura	☐	☐	☐	☐	☐
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês	☐	☐	☐	☐	☐
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Domínio: cuidados de saúde geral					
42-Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
43-Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir um lance de escadas, varrer o chão	☐	☐	☐	☐	☐
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me	☐	☐	☐	☐	☐

46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado	☐	☐	☐	☐	☐
47-Faço atividades de trabalho remunerado	☐	☐	☐	☐	☐
48-Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
49-Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade	☐	☐	☐	☐	☐
50-Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade	☐	☐	☐	☐	☐
51-Compareço as consultas agendadas com nefrologista	☐	☐	☐	☐	☐
52-Compareço as consultas agendadas com a nutricionista	☐	☐	☐	☐	☐
53-Faço higiene oral após as principais refeições	☐	☐	☐	☐	☐
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação	☐	☐	☐	☐	☐
55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	☐	☐	☐	☐	☐
56-Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos	☐	☐	☐	☐	☐
57-Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos, diariamente	☐	☐	☐	☐	☐
59-Paro de tomar os remédios quando me sinto mal ¹	☐	☐	☐	☐	☐
60-Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal ¹	☐	☐	☐	☐	☐
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
62-Comunico ao médico do meu problema renal quando solicitado exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)	☐	☐	☐	☐	☐

Fonte: A autora, 2018.

¹Item invertido 4; 6; 10; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

APÊNDICE M - ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR. VERSÃO 3.

Instruções: avalie e classifique utilizando a escala gradual da frequência dos comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador para preservação da função renal, considerando os últimos sete dias da semana. De acordo com a escala *Likert* de cinco pontos, eleita para representar os itens numéricos, sendo que o número “1” (um) equivale a pior pontuação e o número “5” (cinco) a melhor, a saber: 1-Nunca (zero), 2- Raramente (uma a duas vezes); 3-Às vezes (três a quatro vezes), 4-Muitas vezes (cinco a seis vezes) e 5-Sempre (sete vezes).

Quadro 8 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018. (Final)

(continua)

Pretende-se saber quais os comportamentos de autocuidado são realizados por você dirigidos ao tratamento conservador da DRC. Para cada uma das afirmações deve-se dar uma resposta utilizando a escala gradual a seguir.					
Nunca Realizo este comportamento de autocuidado 1	Raramente Realizo este comportamento de autocuidado 2	Às vezes Realizo este comportamento de autocuidado 3	Muitas vezes Realizo este comportamento de autocuidado 4	Sempre Realizo este comportamento de autocuidado 5	
Assinale apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção. Segundo as recomendações da equipe multiprofissional de saúde que o acompanha					
Itens da escala	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Domínio: consumo alimentar e de bebidas					
Eu como (consumo)...					
1- A dieta prescrita	☐	☐	☐	☐	☐
2- Pão francês e bolacha	☐	☐	☐	☐	☐
3- Feijão, lentilha e grão de bico	☐	☐	☐	☐	☐
4-Castanha, amêndoas, nozes e amendoim ¹	☐	☐	☐	☐	☐
5- Leite, iogurte e queijo	☐	☐	☐	☐	☐
6- Camarão, lagosta, marisco, polvo, siri e caranguejo ¹	☐	☐	☐	☐	☐
7- Ovos de galinha	☐	☐	☐	☐	☐
8- Carnes vermelha: boi, porco, bode e carneiro	☐	☐	☐	☐	☐
9- Carnes branca: peixe, frango, ganso e peru	☐	☐	☐	☐	☐
10-Vísceras: fígado e bucho bovino e miúdos de galinha (coração, fígado e moela) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
11- Soja	☐	☐	☐	☐	☐
12-Alface, pepino e pimentão	☐	☐	☐	☐	☐
13- Abacaxi, acerola, maçã e melancia	☐	☐	☐	☐	☐
14- Maracujá, limão, caju e pêra	☐	☐	☐	☐	☐
15- Laranja pêra, banana nanica ou prata e manga ¹	☐	☐	☐	☐	☐
16- Kiwi, melão, goiaba e laranja cravo ¹	☐	☐	☐	☐	☐

Quadro 8 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018. **(Final)**

(continuação)

Itens da escala	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Domínio: consumo alimentar e de bebidas					
Eu como (consumo)...					
17- Açaí, abacate, graviola e uva ¹	☐	☐	☐	☐	☐
18- Rabanete, repolho, cenoura cozida e abóbora	☐	☐	☐	☐	☐
19-Couve-flor, espinafre, berinjela, vagem, quiabo e brócolis ¹	☐	☐	☐	☐	☐
20-Mandioca(macaxeira), batata doce, banana comprida, cuscuz e inhame	☐	☐	☐	☐	☐
21-Batata inglesa ¹	☐	☐	☐	☐	☐
22-Empanados congelados (frango, carnes), embutidos, (presunto, salame, linguiça, mortadela, salsicha) molhos e temperos prontos ¹	☐	☐	☐	☐	☐
23-Acrescento sal no cozimento dos alimentos	☐	☐	☐	☐	☐
24-Faço o cozimento das verduras, raízes (mandioca [macaxeira], inhame, batata doce) e feijão com uma colher de sopa de vinagre por 10 minutos e troco a água	☐	☐	☐	☐	☐
25-Controlo a quantidade de líquidos que bebo diariamente (água, sopa, chá, café)	☐	☐	☐	☐	☐
26-Suco da fruta	☐	☐	☐	☐	☐
27-Bebida alcoólica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
28-Refrigerante ¹	☐	☐	☐	☐	☐
Domínio: sinais e sintomas de complicação					
29-Procuro o serviço de emergência caso sinta dor no peito	☐	☐	☐	☐	☐
30-Procuro o serviço de saúde caso sinta falta de ar	☐	☐	☐	☐	☐
31-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente falta de apetite, fraqueza e tontura	☐	☐	☐	☐	☐
32-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor muscular ou câibra	☐	☐	☐	☐	☐
33-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente enjoo ou vômito	☐	☐	☐	☐	☐
34-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dor no estômago	☐	☐	☐	☐	☐
35-Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente dormência ou formigamento nos lábios, pernas, pés, braços e mãos	☐	☐	☐	☐	☐
36- Comunico a equipe de saúde que me acompanha caso apresente coceira no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
37-Procuro observar sinais de inchaço nos olhos	☐	☐	☐	☐	☐
38-Procuro observar sinais de inchaço nas pernas e pés	☐	☐	☐	☐	☐
39-Procuro observar sinais de inchaço na região do abdome	☐	☐	☐	☐	☐
40-Meço o volume de urina de um dia e uma noite uma vez por mês	☐	☐	☐	☐	☐
41-Faço controle do peso corporal uma vez por semana	☐	☐	☐	☐	☐

Quadro 8 - Escala de Comportamentos de Autocuidado de Paciente Renal em Tratamento Conservador. Versão 3. Recife-PE, 2018. **(Final)**

(conclusão)

Itens da escala	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Domínio: cuidados de saúde geral					
42-Faço caminhada durante 30 minutos, no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
43-Faço musculação durante 30 minutos e no mínimo 3 vezes por semana	☐	☐	☐	☐	☐
44-Faço minhas atividades diárias como: andar um quarteirão, subir escadas, varrer o chão	☐	☐	☐	☐	☐
45-Faço minhas atividades diárias, como: tomar banho e vestir-me	☐	☐	☐	☐	☐
46-Faço minhas atividades diárias, como: levantar ou carregar compras no supermercado	☐	☐	☐	☐	☐
47-Faço atividades de trabalho remunerado(dinheiro)	☐	☐	☐	☐	☐
48-Tenho o hábito de fumar tabaco (cigarro) ¹	☐	☐	☐	☐	☐
49-Acompanho os níveis de pressão arterial e mantenho dentro dos limites de normalidade	☐	☐	☐	☐	☐
50-Acompanho os níveis de glicose no sangue e mantenho dentro dos limites de normalidade	☐	☐	☐	☐	☐
51-Compareço as consultas agendadas com nefrologista	☐	☐	☐	☐	☐
52-Compareço as consultas agendadas com a nutricionista	☐	☐	☐	☐	☐
53-Faço higiene oral após as principais refeições	☐	☐	☐	☐	☐
54-Procuro o serviço de saúde para atualizar o cartão de vacinação	☐	☐	☐	☐	☐
55-Procuro informações sobre hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal	☐	☐	☐	☐	☐
56-Utilizo os medicamentos, exatamente, como prescritos(receitados)	☐	☐	☐	☐	☐
57-Compro ou recebo os medicamentos que utilizo no meu tratamento	☐	☐	☐	☐	☐
58-Tomo os medicamentos nos horários prescritos(receitados), diariamente	☐	☐	☐	☐	☐
59-Paro de tomar os remédios quando me sinto mal ¹	☐	☐	☐	☐	☐
60-Paro de tomar os remédios se não estou mais me sentindo mal ¹	☐	☐	☐	☐	☐
61-Tomo medicação sem prescrição médica ¹	☐	☐	☐	☐	☐
62-Comunico ao médico do meu problema renal caso precise realizar exame com contraste iodado (tomografia, ressonância magnética)	☐	☐	☐	☐	☐

Fonte: A autora, 2018.

¹Item invertido 4; 6; 10; 21; 22; 23; 27; 28; 48; 59; 60; 61.

APÊNDICE N - PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

Pesquisa: “Construção e Validação de escala de comportamentos de autocuidado de paciente renal em tratamento conservador”

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Pinheiro Ramos

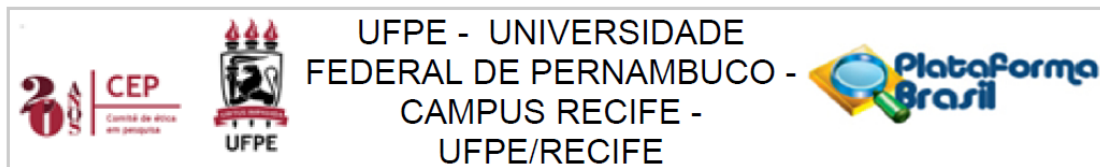
Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a Doutora Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

Mestranda: Marta Nunes Lira

Orientações gerais para a aplicação do questionário

- 1- Recomenda-se que o pesquisador tenha especialização na área da Nefrologia ou no mínimo dois anos de experiência na área.
- 2- Recomenda-se o treinamento da equipe de coleta da pesquisa para aplicação do questionário, a fim de uniformizar o grupo, tirar as dúvidas e diminuir os possíveis vieses de coleta.
- 3- Apresentar-se ao paciente, informar seu nome e a instituição de origem;
- 4- Explicar o objetivo da pesquisa;
- 5- Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE;
- 6- Caso o paciente aceite participar da pesquisa, solicite a assinatura do TCLE;
- 7- Preencha o questionário de caracterização da amostra;
- 8- Aplique o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B);
- 9- Esclareça quanto ao preenchimento do questionário;
- 10- Entregue uma cópia do questionário ao participante para que acompanhe a leitura dos itens;
- 11- Caso o participante necessite de ajuda para o preenchimento do questionário o pesquisador poderá realizar;
- 12-Oriente o participante quanto a avaliação da frequência dos comportamentos de autocuidado do paciente renal em tratamento conservador referente aos os últimos sete dias da semana, de acordo com a escala gradual adotada no questionário.
- 11- Para cada proposição o participante deverá assinalar apenas uma resposta para cada afirmação, preenchendo o quadrado correspondente à sua opção.
- 12- Garanta que as dúvidas foram esclarecidas;
- 13-Após fornecer os esclarecimentos necessários, o participante da pesquisa deverá responder ao item sem nenhuma interferência do pesquisador.
- 14-Ao finalizar o pesquisador deverá agradecer ao participante.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIANDO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



PARECER CONSUBSTANCIANDO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Pesquisador: MARTA NUNES LIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91760718.9.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

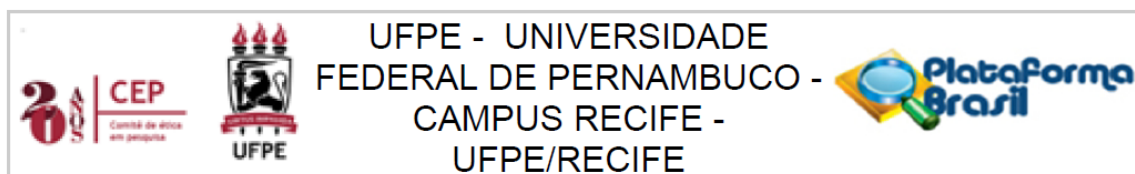
Número do Parecer: 3.815.460

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao projeto original com a finalidade de alteração do título por indicação da banca de avaliação da Pós-Graduação, passando o título para "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO CONSERVADOR".

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem, orientado pela Prof.^a Dr.^a. Vânia Pinheiro Ramos. Será realizado um estudo metodológico com abordagem quantitativa que será pautado no subitem construção do instrumento do polo teórico do modelo de Pasquali (2010). A pesquisa metodológica envolve investigação dos métodos de obtenção e organização dos dados e da condução de pesquisas rigorosas para a construção e validação de conteúdo e de semântica de um instrumento. Este tipo de delineamento trata do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos que sejam confiáveis, precisos e utilizáveis por outros pesquisadores e aplicados ao público a quem se destina (POLIT; BECK, 2011). O modelo proposto por Pasquali (2013) baseia-se na construção de três polos ou procedimentos que são denominados teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O polo teórico está centrado na teoria que deve fundamentar o construto para o qual se deseja desenvolver um instrumento de medida e em seguida a operacionalização da construção

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.815.460

dos itens a partir do construto. Neste polo, são realizadas as análises de conteúdo e semântica validadas por juízes e público alvo com objetivo de avaliar a compreensão e adequação dos itens do instrumento. O polo empírico ou experimental define as técnicas de aplicação do instrumento piloto para a população alvo coletando informações necessárias para a avaliação da qualidade psicométrica (PASQUALI, 2011). O polo analítico define os procedimentos de análise estatística realizados sobre os dados para obter um instrumento preciso, válido e confiável (PASQUALI, 2011). De modo a facilitar a compreensão dos procedimentos metodológicos foi esquematizado o fluxograma das etapas de construção do instrumento de coleta de dados.

3.2 Etapas do estudo: será desenvolvido o polo teórico, o qual é dividido em seis etapas para a construção de um instrumento de medida: 1) sistema psicológico, 2) propriedade do sistema psicológico, 3) dimensionalidade do atributo, 4) definição do construto, 5) operacionalização do construto e 6) análise dos itens.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o conteúdo e a semântica de um instrumento construído para consulta de enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento conservador.

Objetivo Secundário:

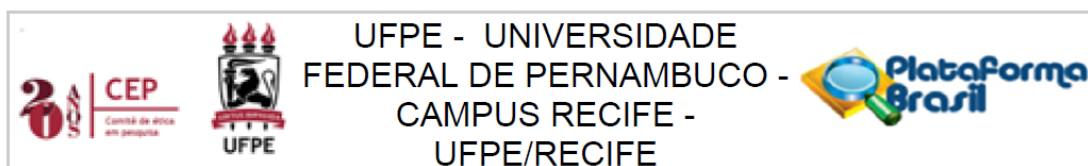
- Construir um instrumento para consulta de enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento conservador baseado na Teoria Geral de Enfermagem;
- Realizar validação de conteúdo do instrumento para consulta de enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento conservador junto aos juízes;
- Realizar validação semântica do instrumento para consulta de enfermagem ao paciente renal crônico em tratamento conservador junto ao público alvo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo segundo a Resolução 466/2012, incorrerá em risco mínimo de constrangimento, pois envolverá perguntas sobre as condições e hábitos de saúde do indivíduo.

Benefícios: Contribuirá para autonomia e autocuidado do paciente renal em tratamento conservador e ainda, para a construção do conhecimento de Enfermagem na área específica de Nefrologia e contribuirá para a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente renal crônico, como também poderá servir de subsídio para o planejamento de ações de saúde voltadas para este público e ainda, para futuros estudos nessa linha de pesquisa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.815.460

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está descrita de maneira satisfatória, está adequada e atende aos requisitos desta comissão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados estão de acordo com os requisitos desta comissão.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

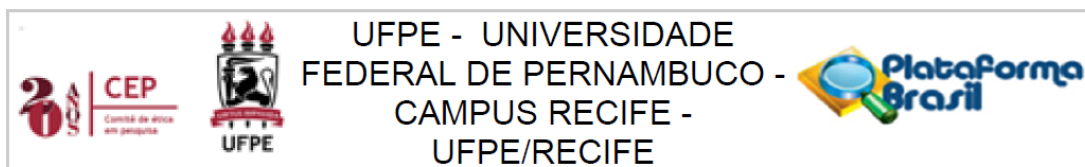
Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1502803_E1.pdf	28/01/2020 11:43:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EMENDA.pdf	28/01/2020 11:40:55	MARTA NUNES LIRA	Aceito
Outros	EMENDA_JUSTIFICATIVA.pdf	28/01/2020 11:34:51	MARTA NUNES LIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOEMENDA.pdf	28/01/2020 11:34:16	MARTA NUNES LIRA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Vinculo.pdf	19/06/2018 12:23:37	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes_G2.docx	19/06/2018 12:23:01	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Juizes_G1.docx	19/06/2018 12:22:30	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	19/06/2018 12:22:12	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	18/06/2018 12:35:07	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.815.460

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/06/2018 10:32:18	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	16/06/2018 10:30:26	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	Lattes_Cecilia.pdf	16/06/2018 10:18:32	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	Lattes_Vania.pdf	16/06/2018 10:17:00	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito
Outros	Lattes_Marta.pdf	16/06/2018 10:11:41	VÂNIA PINHEIRO RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Janeiro de 2020

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

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana? ____ 1 Dia do mês? ____ 1 Mês? ____ 1 Ano? ____ 1 Hora aproximada? ____ 1 2. Onde estamos? Local? ____ 1 Instituição (casa, rua)? ____ 1 Bairro? ____ 1 Cidade? ____ 1 Estado? ____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta ____ 2 6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. ____ 1 7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. ____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. ____ 1 09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) ____ 1 10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. ____ 1
Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo ____ 3	
3. Atenção e cálculo Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. ____ 5	
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. ____ 3	

<i>AVALIAÇÃO do escore obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	