


UTILIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO “ENFERMAGEM COMUNITÁRIA” PARA USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS

Paula Cristina Pereira da Costa^{1,2} 

Elaine Ribeiro¹ 

Juliana Prado Biani Manzoli¹ 

Raisa Camilo Ferreira¹ 

Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho^{1,3} 

Erika Christiane Marocco Duran¹ 

¹Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências da Saúde. Sinop, Mato Grosso, Brasil.

RESUMO

Objetivo: determinar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem contidos no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Método: estudo metodológico, de acurácia diagnóstica. A população do estudo foi composta de 363 usuários hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento em três Centros de Saúde do Município de Campinas, no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018. Os dados foram coletados por meio de anamnese. A análise dos dados consistiu na caracterização da população por meio da estatística descritiva, e a análise dos indicadores clínicos e seus respectivos Diagnósticos de Enfermagem foi realizada por meio das medidas de acurácia.

Resultados: foram elencados 25 Diagnósticos de Enfermagem, relacionados a 37 indicadores clínicos, passíveis de serem utilizados na população hipertensa e/ou diabética. Ressalta-se que três não estavam contidos no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária”, sendo recomendada a introdução deles no Conselho Internacional de Enfermeiros.

Conclusão: por meio da avaliação das medidas de acurácia, o Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” pode e deve ser utilizado no Brasil na população hipertensa e/ou diabética.

DESCRIPTORIOS: Terminologia padronizada em enfermagem. Processo de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Atenção primária à saúde. Terminologia. Classificação.

COMO CITAR: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM. Utilização do subconjunto terminológico “enfermagem comunitária” para usuários hipertensos e/ou diabéticos. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190279. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0279>

USE OF THE TERMINOLOGICAL SUBSET “COMMUNITY NURSING” FOR HYPERTENSIVE AND/OR DIABETIC USERS

ABSTRACT

Objective: to determine the accuracy measures of clinical indicators of nursing diagnoses contained in the Terminological Subset “Community Nursing” for hypertensive and/or diabetic users.

Method: methodological diagnostic accuracy study. The study population consisted of 363 hypertensive and/or diabetic users under follow-up care in three Health Centers in the city of Campinas, from August 2017 to February 2018. Data were collected through anamnesis. Data analysis consisted of the characterization of the population through descriptive statistics, and the analysis of clinical indicators and their respective Nursing Diagnoses was performed through accuracy measures.

Results: 25 Nursing diagnoses were listed, related to 37 clinical indicators, which could be used in the hypertensive and/or diabetic population. It is emphasized that three were not contained in the Terminological Subset “Community Nursing”, and it is recommended that they be introduced in the International Council of Nurses.

Conclusion: through the evaluation of accuracy measures, the Terminological Subset “Community Nursing” can and should be used in Brazil in the hypertensive and/or diabetic population.

DESCRIPTORS: Standardized terminology in nursing. Nursing process. Nursing care. Primary health care. Terminology. Classification.

USO DEL SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO “ENFERMERÍA COMUNITARIA” PARA USUARIOS HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS

RESUMEN

Objetivo: determinar las medidas de precisión de los indicadores clínicos de los diagnósticos de enfermería contenidos en el Subconjunto Terminológico “Enfermería Comunitaria” para usuarios hipertensos y/o diabéticos.

Método: estudio metodológico, de precisión diagnóstica. La población de estudio estuvo compuesta por 363 usuarios hipertensos y/o diabéticos en seguimiento en tres Centros de Salud de la ciudad de Campinas, de agosto de 2017 a febrero de 2018. Los datos se recolectaron mediante anamnesis. El análisis de los datos consistió en caracterizar a la población mediante estadística descriptiva y el análisis de los indicadores clínicos y sus respectivos Diagnósticos de Enfermería se realizó mediante medidas de precisión.

Resultados: se enumeraron 25 Diagnósticos de Enfermería, relacionados con 37 indicadores clínicos, que pueden ser utilizados en la población hipertensa y/o diabética. Cabe señalar que tres no estaban incluidos en el subconjunto terminológico “Enfermería comunitaria”, y se recomienda que se introduzcan en el Consejo Internacional de Enfermeras.

Conclusión: a través de la evaluación de las medidas de precisión, el Subconjunto Terminológico “Enfermería Comunitaria” puede y debe ser utilizado en Brasil en la población hipertensa y/o diabética.

DESCRIPTORES: Terminología de enfermería estandarizada. Proceso de enfermería. Cuidado de enfermería. Primeros auxilios. Terminología. Clasificación.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia padronizada e uma ferramenta de informação utilizada para descrever e documentar a prática de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas no âmbito mundial.¹ Constitui-se em uma uniformização das terminologias científicas utilizadas pela enfermagem, a partir de classificações já existentes, que reúne termos e conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.¹

Subconjuntos Terminológicos CIPE® são definidos como agrupamentos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que favorecem a adoção de uma linguagem unificada para um grupo selecionado de usuários, para um contexto de cuidados de enfermagem, ou para um fenômeno de enfermagem.²

O Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” foi produzido na Escócia e publicado pela primeira vez em 2011, sendo revisto em 2013, 2015 e 2017.³ Na Escócia, a Enfermagem Comunitária é componente-chave do sistema de saúde, que presta serviços de cuidados contínuos a indivíduos de todas as idades, famílias e comunidades.³ Objetivou-se com a construção desse Subconjunto Terminológico facilitar a documentação da prática de enfermagem comunitária, descrever e comparar os dados por parte dos enfermeiros comunitários na Escócia e em outros países, promover a comunicação dentro da enfermagem e em outras profissões.³

No Brasil, o contexto da prática de Enfermagem Comunitária se dá na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS propõe o desenvolvimento de ações, visando ao cuidado na família e na comunidade, delimitadas por território e população adscrita.⁴ Dentre as intervenções realizadas na APS, destaca-se seu papel importante no controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tais como a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM), evitando o agravamento e o surgimento de complicações.⁴

Acredita-se que a utilização do Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” na APS poderá propiciar, ao enfermeiro que realiza atendimento à população hipertensa e/ou diabética, maior segurança no processo de tomada de decisão. No entanto, é necessário identificar se os Diagnósticos de Enfermagem (DE) nele contidos contemplam as necessidades brasileiras, e, para isso, é necessário validar esse Subconjunto Terminológico para utilização no Brasil.

Na CIPE®, um DE pode ser entendido como atribuição de um título a uma decisão sobre um fenômeno de enfermagem que é o foco das ações de enfermagem, pela enfermeira.¹ Atualmente existem diversas abordagens que permitem a validação dos DE, como Análise de Conteúdo, Validação Clínica, entre outros.⁵ A intenção é que esses métodos permitam o aperfeiçoamento das classificações dos DE e fortaleçam a capacidade de os enfermeiros identificarem o fenômeno de enfermagem apresentado pelo indivíduo.⁵

A análise de conteúdo é um dos métodos de validação utilizado para a construção dos Subconjuntos Terminológicos, com o objetivo de confirmar sua relevância para a prática clínica de Enfermagem, avaliando a pertinência, a aplicabilidade clínica ao contexto ou à população a quem se destina o cuidado, entre outros aspectos relevantes.⁵ Depois de sua divulgação, é importante verificar sua aplicabilidade nos diferentes contextos geográficos da prática de enfermagem, e, para avaliar se o DE está presente em uma população, em determinada região, pode-se utilizar a Validação Clínica.⁵

Validar clinicamente significa obter dados sobre a existência dos indicadores clínicos e dos DE em um ambiente clínico.⁵ Embora seja recomendada a validação clínica de Subconjuntos Terminológicos, não se encontrou na literatura um método específico para esta avaliação.

Foram propostas alternativas para a validação clínica dos DE, entre elas, a análise de acurácia ou medidas de acurácia.⁵ A acurácia de um DE consiste na capacidade de ele representar o que se deve, ou seja, corresponder ao real estado do usuário, por meio da identificação dos indicadores

clínicos no indivíduo.⁶ A acurada identificação dos DE em usuários hipertensos e/ou diabéticos da APS pode influenciar o sucesso do tratamento, com consequências positivas para o usuário, sua família e para a sociedade, uma vez que possibilita a redução das complicações, do número de internações e da mortalidade por doenças cardiovasculares.⁷

Na Enfermagem, os estudos de acurácia diagnóstica objetivam identificar a exatidão dos indicadores clínicos de um DE em uma população específica, assim, avalia-se qual indicador prediz com maior exatidão a ocorrência do diagnóstico investigado.⁶ No presente estudo, os indicadores clínicos foram definidos a partir de dois conceitos: o de melhor evidência – achados na literatura que subsidiam a tomada de decisão; e o de preferências do usuário – consideração do usuário como participante do seu processo saúde-doença-cuidado, considerando que a atuação do enfermeiro na ESF perpassa a formação de vínculos, o acompanhamento longitudinal, a construção de uma relação pautada na confiança entre profissional-usuário e a escolha conjunta da melhor solução às condições apresentadas.

A importância deste estudo alicerça-se na necessidade de divulgação dos Subconjuntos Terminológicos CIPE®, na necessidade de pesquisas que determinem a acurácia diagnóstica em populações específicas, neste caso, hipertensos e diabéticos da APS, uma vez que a identificação precisa do DE permitirá a escolha de intervenções mais adequadas, melhorando a assistência de enfermagem e a saúde desses indivíduos.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo consistiu em determinar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos DE contidos no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos e/ou diabéticos.

MÉTODOS

Estudo metodológico, de acurácia diagnóstica, que avalia a relação que ocorre entre um teste diagnóstico e o padrão de referência. O estudo foi realizado em etapas, utilizando como base a recomendação do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) para construção de catálogos CIPE®, sendo identificados na literatura os melhores indicadores clínicos que subsidiaram a escolha dos enunciados pertinentes dos DE destinados a esta população, contidos no Subconjunto Terminológico CIPE® “Enfermagem Comunitária”.

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, a qual encontrou 31 indicadores clínicos relacionados a hipertensos e/ou diabéticos que frequentam a APS, resultado este já publicado em outro estudo.⁸ Posteriormente, utilizando-se do raciocínio clínico para a identificação dos DE, foi realizada a inferência diagnóstica com base na existência de indicadores clínicos, processo fisiopatológico e respostas dos usuários a determinadas situações, aliadas à habilidade clínica das pesquisadoras.⁹ Dessa forma, os 31 indicadores clínicos foram relacionados a 18 DE contidos no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” e a três DE que não estavam no Subconjunto, mas que estavam presentes na CIPE®, quais sejam, “Hiperglicemia”, “Hipoglicemia” e “Perfusão tátil, prejudicada”, os quais foram adicionados pela necessidade de DE que contemplassem a resposta dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Os enunciados dos 21 DE, com seus respectivos indicadores clínicos, do Conjunto de DE para usuários hipertensos e/ou diabéticos, foram testados com a população de usuários especificada por meio das medidas de acurácia. As medidas mais comuns de acurácia são sensibilidade, especificidade e valor preditivo.¹⁰

A Sensibilidade é a probabilidade de indivíduos verdadeiramente positivos, e tem a presença do indicador clínico em usuários com o DE.¹⁰ A Especificidade refere-se à probabilidade de indivíduos verdadeiramente negativos, e tem a ausência do indicador clínico em usuários sem o DE.¹⁰ O Valor Preditivo Positivo é a probabilidade de ocorrência do DE na presença do indicador clínico.¹⁰ O Valor Preditivo Negativo é a probabilidade da ausência do DE na ausência do indicador clínico.¹⁰

A população do estudo foi composta de usuários hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento em três Centros de Saúde do Município de Campinas, no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018. Os locais foram escolhidos por proporcionar viabilidade ao estudo, uma vez que o número de hipertensos e diabéticos que frequentavam os Centros de Saúde era conhecido.

Foram incluídos usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que possuíam diagnóstico médico de HA e/ou DM. O tamanho amostral considerou o objetivo de estimar a proporção de indivíduos diabéticos, hipertensos e diabéticos/hipertensos que apresentassem determinado indicador clínico/DE. No cálculo amostral foi considerada uma proporção p igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível. A população considerada para o cálculo do tamanho amostral era composta de 6.584 indivíduos. Além disso, foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Dessa forma, a amostra foi composta de 363 participantes, dividida proporcionalmente de acordo com o número de usuários em cada um dos grupos de usuários da população estudada, sendo 206 sujeitos hipertensos, 72 diabéticos e 85 diabéticos/hipertensos.

Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência, quando compareciam ao Centro de Saúde para consulta para receberem medicação ou outro atendimento. No momento da coleta de dados, o usuário era questionado sobre o diagnóstico médico de HA e/ou DM e, em caso afirmativo, era convidado a participar da pesquisa. Os usuários que aceitaram participar receberam orientação sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre (TCLE).

A obtenção dos dados deu-se por meio de um questionário baseado no roteiro para consulta de enfermagem para usuários hipertensos e/ou diabéticos do Ministério da Saúde. A coleta de dados e a inferência diagnóstica foram realizadas por diagnosticadores, os quais julgaram se os indicadores clínicos e os DE estavam presentes ou ausentes em cada usuário hipertenso e/ou diabético do estudo.¹⁰⁻¹¹

A inferência diagnóstica é considerada como o padrão de referência para as medidas de acurácia. Para minimizar o viés no momento da inferência diagnóstica, realizou-se a capacitação dos enfermeiros para atuarem como diagnosticadores.¹¹ Embora críticas apontem neste método a existência do viés do padrão ouro imperfeito, deve-se considerar que os DE representam fenômenos humanos, que em sua maioria não podem ser medidos diretamente, sendo identificados e priorizados por pessoas (enfermeiros) para pessoas (usuários).¹⁰⁻¹¹

A capacitação dos diagnosticadores objetiva aprimorar o seu conhecimento, melhorando a identificação de sinais e sintomas no usuário, na utilização de suas habilidades no processo de diagnosticar.¹¹ Foram convidados integrantes de um “Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem” da linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem” para participar de uma capacitação, durante dois dias, perfazendo um total de 12 horas.

No primeiro encontro, com duração de quatro horas, com a presença de 10 enfermeiros, foram explicados o objetivo do estudo e quais seriam suas atribuições no processo e foi solicitada a participação na verificação da acurácia dos indicadores clínicos dos DE contidos no Conjunto de DE para usuários hipertensos e/ou diabéticos. Ainda, contextualizou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o Processo de Enfermagem (PE), a Inferência Diagnóstica e a Acurácia.

O segundo encontro, com duração de oito horas, com a presença de seis enfermeiros, foi dividido em dois períodos: o primeiro, entre 8 horas e 12 horas, englobou tópicos específicos, como a ética em pesquisa com seres humanos, a contextualização de APS, ESF, HA, DM, CIPE® (versão 2017), Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” (versão 2017), Conjunto de DE para hipertensos e diabéticos. No segundo período da capacitação, entre 13 horas e 17 horas, os enfermeiros foram avaliados quanto à capacidade de realizar a correta inferência diagnóstica, por meio da aplicação de casos clínicos. Esta etapa tem a finalidade de identificar quais diagnosticadores possuíam desempenho satisfatório no processo de diagnosticar.¹¹

Foram construídas histórias clínicas e aplicadas para cada diagnosticador, nas quais foram verificadas a presença ou ausência dos DE, de acordo com o julgamento.¹¹ Tal etapa foi realizada de acordo com o método de classificação de atributos, que verifica a capacidade do indivíduo em classificar corretamente dois estados.¹¹

De acordo com o método proposto, o número de histórias clínicas depende da quantidade de participantes. Quando o número de participantes da capacitação for igual ou maior que três, devem ser aplicados 12 casos.¹¹ Dessa forma, cada enfermeiro recebeu um conjunto de 12 histórias clínicas, desenvolvidas pelas pesquisadoras, que confeccionou metade delas com a presença dos DE e a outra metade com a ausência dos DE em questão.¹¹ Cada estudo de caso tinha entre três e seis diagnósticos contidos no Conjunto de DE para usuários hipertensos e/ou diabéticos, totalizando 26.

Depois do término, o desempenho de cada diagnosticador foi avaliado com base em quatro atributos: eficácia, taxa de falso negativo, taxa de falso positivo e tendência.¹¹ A eficácia avalia a capacidade do diagnosticador em julgar de forma correta se o indicador clínico e o DE estão presentes ou ausentes. Foi calculada pelo número de identificações corretas dividido pelo número de casos analisados.¹¹ A taxa de falso negativo está relacionada à classificação de um DE como ausente quando está presente. Foi calculado pelo número de casos que foram incorretamente classificados como negativo, dividido pelo número de casos com o diagnóstico.¹¹ A taxa de falso positivo se refere à chance de um DE estar ausente quando está presente. Foi calculado pelo número de casos incorretamente classificados como positivo, dividido pelo número de casos sem o diagnóstico.¹¹ A tendência relaciona-se à predisposição do diagnosticador em aceitar ou rejeitar um DE. Foi calculada como a razão entre a tendência do falso negativo pela tendência do falso positivo.¹¹

Foram considerados aceitáveis valores maiores ou iguais a 0,8 para a eficiência, valores menores ou iguais a 0,10 para taxas de falso negativo e falso positivo, e entre 0,80 a 1,20 para a tendência.¹¹ Depois da análise, três pesquisadoras estavam elegíveis para fazer a inferência diagnóstica nesta pesquisa, e foram denominadas como diagnosticadores.

Os dados referentes à frequência dos indicadores clínicos e dos DE estudados, bem como os aspectos socioeconômicos e clínicos da população, foram organizados em planilhas do *Microsoft Office Excel* 2016. A análise da validação clínica foi realizada em duas etapas: a primeira consistiu na caracterização da população, tratada pela estatística descritiva, e na segunda etapa analisaram-se as medidas de acurácia dos indicadores clínicos e seus respectivos DE. Tais medidas foram calculadas com base na inferência diagnóstica da ocorrência do DE, sendo estabelecido um valor de 50% como ponto de corte. Para as associações envolvendo as variáveis qualitativas e as variáveis referentes à presença dos indicadores clínicos, foi aplicado o Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fischer. A apresentação dos dados referentes aos DE compreende o enunciado do DE seguido de seu código numérico designado pelo CIE, entre parênteses.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e está em conformidade com a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que discorre sobre a pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Caracterização da população

Dos 363 usuários entrevistados, 61,9% (n=225) eram do sexo feminino e 63% (n=229) viviam com companheiro. Observou-se que 93,4% (n=339) dos indivíduos tinham mais de 50 anos, 46% (n=167) eram aposentados, 80,16% (n=291) possuíam uma renda *per capita* de até dois salários mínimos. Quanto aos fatores de risco, 99,7% (n=362) apresentavam pelo menos um fator de risco, entre histórico familiar de HAS ou DM, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, excesso de peso, obesidade, autorrelato de alimentação inadequada, dislipidemia.

Em relação ao valor da Pressão Arterial dos 363 participantes, a média de Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi de 134 mmHg (DP:19,7), e Pressão Arterial Diastólica (PAD), de 79 mmHg (DP:12,3). Ainda em relação ao valor de Pressão Arterial, 53,26% (n=155) dos 291 usuários hipertensos apresentavam valores PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg.

Quanto à glicemia, 38,8% (n=61) dos 157 usuários diabéticos apresentavam valores acima de 180 mg/dl. Atribuiu-se o ponto de corte 180mg/dl, meta estabelecida pela Sociedade Brasileira de Diabetes para glicemia pós-prandial, para a avaliação dos resultados obtidos por meio da realização da glicemia capilar no momento da coleta de dados, uma vez que havia o desconhecimento sobre o tempo de jejum do usuário. A média da glicemia momentânea dos participantes foi de 79,9 mg/dl (DP:71,2).

No que tange à realização de exames laboratoriais, 43,8% (n=159) realizaram exame no último ano, desses, 76,1% (n=121) no último semestre e em 48,2% (n=175) não foi obtida a informação sobre a realização de exames. Dos usuários diabéticos, 39,5% (n=62) tinham exames de hemoglobina glicada, e desses 53,2% (n=33) estavam com exames alterados (>7% em adultos e >7,5% em idosos).

Quanto às comorbidades, 27% (n=98) apresentaram pelo menos uma comorbidade entre as quais, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Cardíaca, Nefropatia, Retinopatia, Doença Arterial Periférica, Neuropatia Diabética, Úlcera em Membros Inferiores (MMII) e Amputação de MMII.

Acurácia dos indicadores clínicos e seus respectivos DE

O Conjunto de DE “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos e/ou diabéticos foi composto de 25 DE, relacionados a 37 indicadores clínicos (Tabelas 1, 2 e 3). Desses 25 DE, três não estão relacionados no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” quais sejam, “Hiperglicemia”, “Hipoglicemia” e “Perfusão tátil, prejudicada”, mas serão recomendados para inclusão nesse Subconjunto.

Dos 25 DE, 22 apresentam as medidas de acurácia, sendo 18 inicialmente inferidos pelas pesquisadoras do estudo, quatro inferidos pelos diagnosticadores durante a etapa de validação clínica (abuso de álcool, abuso de tabaco, ansiedade, sono prejudicado), e três que não apresentam as medidas de acurácia, pois foram inferidos pelas pesquisadoras do estudo após a análise dos dados.

Tabela 1 – Medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos Diagnósticos de Enfermagem do Conjunto de Diagnósticos de Enfermagem “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos. Campinas, SP, Brasil, 2019. (n=291)

Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores clínicos	Se*	Es†	VPP‡	VPN§	p-valor
Efeito colateral da medicação (10011626)	Cefaleia	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,003
Pressão arterial alterada (10022954)	Cefaleia	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,001
	Elevação da Pressão Arterial	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001
	Microalbuminúria	1,0	0,9	0,4	1,0	0,010

*SE: sensibilidade; †ES: Especificidade; ‡VPP: valor preditivo positivo; §VPN: valor preditivo negativo. ||p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Tabela 2 – Medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos Diagnósticos de Enfermagem do Conjunto de Diagnósticos de Enfermagem “Enfermagem Comunitária” para usuários diabéticos. Campinas, SP, Brasil, 2019. (n=157)

Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores clínicos	Se‡	Es§	VPP	VPN¶	p-valor
Confusão aguda (10000449)	Hipoglicemia	-	0,9	0	1,0	-
Falta de conhecimento sobre doença (10021994)	Amputação	1,0	0,9	0,3	1,0	0,019†

Tabela 2 – Cont.

Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores clínicos	Se‡	Es§	VPP 	VPN¶	p-valor
Hiperglicemia (10027550)	Aumento da glicose sanguínea	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
	Diminuição da sensibilidade tátil	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,001†
	Diminuição da sensibilidade dolorosa	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,001†
	Microalbuminúria	1,0	0,9	0,8	1,0	<0,001†
	Nictúria	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
	Polidipsia	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
	Polifagia	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Hipoglicemia (10027566)	Poliúria	1,0	0,9	0,6	1,0	<0,001†
	Hipoglicemia	1,0	1,0	1,0	1,0	0,006†
	Fraqueza	1,0	1,0	1,0	1,0	0,006†
	Sudorese	-	1,0	-	1,0	-
	Taquicardia	-	1,0	-	1,0	-
Mobilidade, prejudicada (10001219)	Tremor	-	1,0	-	1,0	-
	Amputação	1,0	0,9	0,3	1,0	0,019†
Não adesão ao regime de segurança (10022140)	Úlceras em membros inferiores	1,0	0,6	0,2	1,0	0,019*
	Aumento hemoglobina glicada	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
	Diminuição sensibilidade dolorosa	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,001†
Percepção tátil, prejudicada (10022619)	Diminuição da sensibilidade tátil	1,0	0,9	0,5	1,0	<0,001†
	Diminuição da sensibilidade tátil	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Perfusão tissular periférica, prejudicada (10044239)	Úlceras em membros inferiores	1,0	0,9	0,9	1,0	<0,001†
	Amputação	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Risco de úlcera de pé diabético (10042666)	Diminuição do enchimento capilar	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
	Diminuição da sensibilidade tátil	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Úlcera diabética (10042181)	Diminuição sensibilidade dolorosa	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
	Úlceras em membros inferiores	1,0	0,9	0,9	1,0	<0,001†

*p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado; †p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher; ‡SE: sensibilidade; §ES: Especificidade; ||VPP: valor preditivo positivo; ¶VPN: valor preditivo negativo.

Tabela 3 – Medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos Diagnósticos de Enfermagem do Conjunto de Diagnósticos de Enfermagem “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos e diabéticos. Campinas, SP, Brasil, 2019. (n=363)

Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores clínicos	Se‡	Es§	VPP 	VPN¶	p-valor
Abuso de álcool (10022234)	Relato verbal de alcoolismo	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Abuso de tabaco (10022247)	Relato verbal de tabagismo	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Ansiedade (10000477)	Relato verbal de ser ansioso	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Aceitação da condição de saúde, prejudicada (10029480)	Não admite o diagnóstico da doença e do tratamento	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Capacidade para manejar (controlar) o regime dietético, prejudicada (10022592)	Indivíduo que faz escolhas negativas sobre a alimentação.	-	-	-	-	-
Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico, prejudicada (10022603)	Indivíduo que faz escolhas negativas sobre a prática de exercício físico	-	-	-	-	-
Capacidade para monitorar a doença, prejudicada (10029613)	Relato verbal do indivíduo que não monitora a glicose sanguínea quando deveria fazê-la.	-	-	-	-	-
Capaz de executar a manutenção da saúde (10023452)	Escolhas do usuário que colaboram com o regime dietético	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†

Tabela 3 – Cont.

Diagnósticos de Enfermagem	Indicadores clínicos	Se‡	Es§	VPP	VPN¶	p-valor
Edema periférico (10027482)	Edema	1,0	0,9	0,9	1,0	<0,001†
Falta de apoio familiar (10022473)	Atividades familiares inadequadas	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Falta de conhecimento sobre doença (10021994)	Relato verbal de desconhecimento sobre o processo da doença	0,9	1,0	1,0	0,9	<0,001†
	Relato verbal de pouco conhecimento sobre o processo da doença	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Falta de conhecimento sobre exercício físico (10022585)	Sedentarismo	1,0	0,2	0,1	1,0	0,001*
Falta de conhecimento sobre regime dietético (10021939)	Excesso de peso	0,9	0,6	0,1	0,9	<0,001*
Ingestão nutricional, prejudicada (10023009)	Dislipidemia	1,0	0,9	0,8	1,0	<0,001†
	Excesso de peso	1,0	0,6	0,2	1,0	<0,001*
	Obesidade	1,0	0,9	0,8	1,0	<0,001†
Mobilidade, prejudicada (10001219)	Relato verbal de dor em Membros Inferiores	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
Não adesão ao regime de segurança (10022140)	Diminuição da acuidade visual	1,0	0,9	0,3	1,0	<0,001†
	Dislipidemia	1,0	0,9	0,8	1,0	<0,001†
	Escolhas do usuário que não colaboram com o regime dietético	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
	Escolhas do usuário que não colaboram com o tratamento	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001†
	Obesidade	1,0	0,9	0,8	1,0	<0,001*
	Relato verbal de desconhecimento sobre o processo da doença	1,0	0,9	0,3	1,0	<0,001†
	Sedentarismo	1,0	0,8	0,9	1,0	<0,001*
Sobrepeso (10027300)	Excesso de peso	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Sono, prejudicado (10027226)	Relato verbal de alteração do sono	1,0	1,0	1,0	1,0	<0,001*
Visão prejudicada (10022748)	Diminuição da acuidade visual	1,0	0,9	0,9	1,0	<0,001†

*p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado; †p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher; ‡SE: sensibilidade; §ES: Especificidade; ||VPP: valor preditivo positivo; ¶VPP: valor preditivo negativo.

DISCUSSÃO

Concernente à caracterização sociodemográfica dos participantes, houve a prevalência do sexo feminino, corroborando o encontrado na literatura, a qual também apresenta predomínio entre mulheres.¹² Esse achado pode ter relação com a amostragem por conveniência utilizada na pesquisa, na qual se abordava os indivíduos presentes nos Centros de Saúde, e a literatura mostra que mulheres procuram a APS mais que homens.¹³⁻¹⁴

Outra característica dessa população é a associação direta entre o envelhecimento e a prevalência de HA e DM. Tal fato pode estar relacionado à transição demográfica que o Brasil vem passando nas últimas décadas, caracterizada pelo aumento da longevidade populacional, o que está associado ao aumento dos fatores de risco e conseqüente elevação das taxas de morbimortalidade dessa população.¹⁴

A literatura destaca a associação entre as DCNT, especificamente HA e DM, e os fatores socioeconômicos, demonstrando que a população de baixa renda está associada à maior morbimortalidade.¹⁵ Tal fato ratifica o encontrado neste estudo, no qual a renda mensal da maioria da população é de dois salários mínimos. A respeito do estado civil, mais da metade dos indivíduos relatou ser casada, perfil semelhante a outros estudos na mesma população.¹⁶

Em relação ao contexto biopsicossocial, o DE “Falta de apoio familiar (10022473)” (indicador clínico “atividade familiar inadequada”) e o DE “Falta de conhecimento sobre doença (10021994)” (indicador clínico “relato verbal de desconhecimento” e “pouco conhecimento sobre a doença”) foram validados pelas medidas de acurácia, corroborando a literatura, segundo a qual o suporte familiar é fundamental para o controle da HA e do DM,¹⁶ e o conhecimento sobre a doença é fator influente nas atitudes do indivíduo em relação à sua saúde e na adesão ao tratamento.¹⁴

Sobre os fatores de risco, o indicador clínico “sedentarismo” foi considerado preditor do DE “Não adesão ao regime de segurança (10022140)”, mas não foi considerado preditor do DE “Falta de conhecimento sobre exercício físico (10022585)”. Tais achados podem ser devido à população ter conhecimento sobre a necessidade de realizar atividade física, mas não o fazer por hábitos de saúde que dificultam a prática. Nesse sentido, após análise dos dados, fez-se a inferência de mais um DE contido no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” para integrar o Conjunto de DE para usuários hipertensos e/ou diabéticos, o DE “Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico, prejudicada (10022603)”.

O excesso de peso também é considerado fator de risco para doenças crônicas e foi um indicador clínico inicialmente relacionado a três DE (“Falta de conhecimento sobre regime dietético (10021939)”, “Ingestão nutricional, prejudicada (10023009)” e “Sobrepeso (10027300)”), entretanto, só foi considerado preditor para um DE – “Sobrepeso (10027300)”. Acredita-se que o excesso de peso não foi considerado preditor do DE “Falta de conhecimento sobre regime dietético (10021939)” por estar relacionado a hábitos de saúde que dificultam a perda de peso, e não à falta de conhecimento sobre alimentação saudável.

O DE “Ingestão nutricional, prejudicada (10023009)” foi considerado preditor do indicador clínico “obesidade”, mas não foi considerado preditor do indicador clínico “excesso de peso”. Infere-se que tal achado se deve ao fato encontrado na literatura, segundo o qual o determinante mais imediato de acúmulo excessivo de gordura, e por consequência a obesidade, é a ingestão nutricional.¹⁷ O indicador clínico “dislipidemia” foi considerado preditor dos DE “Ingestão nutricional, prejudicada (10023009)” e “Não adesão ao regime de segurança (10022140)”, o que está de acordo com a literatura, uma vez que a dislipidemia tem como fator de risco a obesidade e a ingestão nutricional.¹⁷

Devido ao frequente aparecimento dos indicadores clínicos “excesso de peso”, “obesidade” e “dislipidemia”, após a análise dos dados, fez-se a inferência de mais um DE contido no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” para o Conjunto de DE para usuários hipertensos e diabéticos, o DE “Capacidade para manejar (controlar) o regime dietético, prejudicada (10022592)”.

O “Relato verbal de ser ansioso” não foi um indicador clínico identificado na literatura, mas foi elencado pelos diagnosticadores durante a validação clínica e foi considerado preditor para o DE “Ansiedade (10000477)”. A ansiedade também foi avaliada em um estudo, o qual identificou que usuários com níveis mais elevados de ansiedade tinham maior progressão das doenças cardiovasculares.¹⁸

O “Relato verbal de alteração do sono” foi identificado pelos diagnosticadores como indicador clínico para a população hipertensa e/ou diabética é considerado preditor para o DE “Sono prejudicado (10027226)”. Tais achados corroboram a literatura, a qual apresenta um estudo que, ao avaliar a qualidade do sono de hipertensos, identificou que indivíduos hipertensos têm pior qualidade do sono, e um outro estudo que, com o objetivo de identificar a qualidade do sono em diabéticos, identificou que problemas de sono são comuns nessa população.¹⁹⁻²⁰

O “Relato verbal de tabagismo” e o “Relato verbal de alcoolismo” foram identificados pelos diagnosticadores como indicadores clínicos, sendo considerados preditores dos DE “Abuso de tabaco (10022247)” e “Abuso de álcool (10022234)”, respectivamente. A literatura também ressalta a associação do tabaco e do álcool com as doenças crônicas.²¹

Os DE “Capaz de executar a manutenção da saúde (10023452)” (indicador clínico “escolhas do usuário que colaboram com o regime dietético”), “Não adesão ao regime de segurança (10022140)” (indicadores clínicos “escolhas do usuário que não colaboram com o regime dietético” e “escolhas do usuário que não colaboram com o tratamento”) e “Aceitação da condição de saúde, prejudicada (10029480)” (indicador clínico “não admite o diagnóstico da doença e tratamento”) foram validados pelas medidas de acurácia para usuários hipertensos e diabéticos. Tal achado vai ao encontro da literatura, a qual aponta que o estilo de vida pode influenciar o nível de saúde e a qualidade de vida, de forma positiva ou negativa.²²⁻²³

A respeito do controle da HA observou-se, neste estudo, a alta frequência do DE “Pressão arterial alterada (10022954)” (indicadores clínicos “elevação da pressão arterial” e “cefaleia”), dado também encontrado em outros estudos, que pode estar associado à não adesão ao tratamento, ao acompanhamento inadequado nos serviços de saúde ou ao curso natural da doença de base.²⁴ Ainda sobre a HA, foi encontrado na literatura que alguns anti-hipertensivos podem ter a cefaleia como evento adverso, o que pode justificar o indicador clínico “cefaleia” ser preditor do DE “Efeito colateral da medicação (10011626)”.²⁵

Sobre o controle do DM, todos os indicadores clínicos do DE “Hiperglicemia (10027550)” foram validados, o que pode ser justificado pela sintomatologia da doença. O indicador clínico “aumento da hemoglobina glicada” foi considerado preditor do DE “Não adesão ao regime de segurança (10022140)” pelos diagnosticadores. Tal inferência se fez porque o constante aumento da glicemia pode significar a não adesão ao estilo de vida saudável, com regime dietético e exercícios físicos adequados. A associação da hemoglobina glicada com a falta de adesão aos tratamentos e com maiores chances de complicações também foi identificada em um estudo que objetivou caracterizar os usuários diabéticos segundo as variáveis relacionadas à doença.²⁶

Considerando o aumento da hemoglobina glicada em mais da metade da população diabética, inferiu-se o DE presente no Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” “Capacidade para monitorar a doença, prejudicada (10029613)”.

O não controle da HA e do DM está associado à presença de complicações agudas e crônicas. Entre as complicações agudas mais frequentes do DM está o indicador clínico “hipoglicemia”, considerado preditor do DE “Hipoglicemia (10027566)”. O referido DE não foi considerado preditor dos indicadores clínicos “tremor”, “taquicardia” e “sudorese” porque esses são sintomas de uma condição clínica não característica da APS, conduzindo os pacientes a procurarem o Pronto Atendimento.

Em relação às complicações crônicas, a Retinopatia Diabética (RD) é a causa mais comum de cegueira nos países em desenvolvimento, responsável por aproximadamente 80% dos casos.²⁷ A Retinopatia Hipertensiva também acomete os usuários e é responsável por aproximadamente 15% das causas de cegueira.²⁸ Nesse sentido, o DE “Visão prejudicada (10022748)” (indicador clínico “diminuição da acuidade visual”) foi validado pelas medidas de acurácia para esta população. O indicador clínico “diminuição da acuidade visual” foi também relacionado ao DE “Não adesão ao regime de segurança (10022140)”, mas não foi considerado preditor para o referido DE. Acredita-se que não foi validado porque a retinopatia pode ser causada pela evolução da doença.

A nefropatia ou também Doença Renal Crônica (DRC), outra complicação da HA e/ou DM, tem a Microalbuminúria utilizada como um fator preditivo para o desenvolvimento da nefropatia. Analisando-se as medidas de acurácia, o indicador clínico “Microalbuminúria” foi considerado preditor para o DE “Hiperglicemia (10027550)”, mas não foi considerado preditor para o DE “Pressão

arterial alterada (10022954)". Atribui-se a esse resultado o fato de poucos usuários terem o exame de microalbuminúria, o que permite duas inferências: o exame não está sendo solicitado a esta população conforme protocolo ou os profissionais não fazem o registro correto dos atendimentos.

As alterações microvasculares podem ainda provocar alteração na resistência vascular com extravasamento do líquido do intravascular para o extravascular, principalmente em membros inferiores, causando o acúmulo de líquidos nestes, o edema. O edema de MMII foi relatado na literatura como queixa para a população hipertensa e/ou diabética e foi considerado preditor do DE "Edema periférico (10027482)", pelos diagnosticadores.²⁹

Acredita-se que os DE "Hiperglicemia (10027550)" (indicadores clínicos "diminuição da sensibilidade tátil", diminuição da sensibilidade dolorosa) "Risco de Úlcera de Pé diabético (10042666)" (indicadores clínicos "diminuição da sensibilidade tátil", "diminuição da sensibilidade dolorosa") e "Não adesão ao Regime de Segurança (10022140)" (indicadores clínicos "diminuição da sensibilidade tátil", "diminuição da sensibilidade dolorosa"), "Perfusão tissular periférica, prejudicada (10044239)" (indicadores clínicos "amputação" e "diminuição do enchimento capilar") e "Úlcera diabética (10042181)" (indicador clínico "úlceras em membros inferiores") foram validados pelas medidas de acurácia por estarem relacionados às complicações neuropáticas, decorrentes do DM.²⁹

Inicialmente, inferiu-se que a amputação e a úlcera diabética poderiam estar relacionadas ao DE "Mobilidade prejudicada (10001219)", entretanto, esses indicadores clínicos não foram considerados preditores do referido DE e foi proposto um novo indicador clínico pelos diagnosticadores, o "relato de dor em MMII". Acredita-se que tal fato ocorreu porque, embora a literatura os relacione, poucos usuários apresentaram ulceração/amputação, mas muitos apresentaram dor em MMII.

O estudo tem como limitação a realização da pesquisa em um contexto específico, sugere-se que outros estudos sejam realizados em contextos diferentes.

CONCLUSÃO

O Conjunto de Diagnósticos de Enfermagem "Enfermagem Comunitária" para usuários hipertensos e/ou diabéticos apresenta 25 DE, correlacionados a 37 indicadores clínicos, 22 desses foram validados pelas medidas de acurácia. De acordo com esta análise, o Subconjunto Terminológico CIPE® "Enfermagem Comunitária" pode e deve ser utilizado no Brasil, com a finalidade de favorecer o desenvolvimento do raciocínio clínico pelo enfermeiro que atua na APS e auxiliar a tomada de decisão na prática de enfermagem, com o objetivo de qualificar e individualizar a assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos.

Evidencia-se que o presente estudo é inédito para a enfermagem na medida em que utiliza a acurácia diagnóstica e a CIPE®, identificando os DE, bem como seus indicadores clínicos, para usuários hipertensos e diabéticos que frequentam a APS.

REFERÊNCIAS

1. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2015.
2. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC, Nóbrega MML. Construction of terminology subsets: contributions to clinical nursing practice. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [acesso 2015 Dez 27];47(4):965-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400027>
3. International Council of Nurses. Community Nursing Catalogue [Internet]. Geneva (CH): ICN; 2017 [acesso 2018 Mar 31]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Community_Nursing.pdf

4. Santos AL, Silva EM, Marcon SS. Care for people with diabetes in the hiperdia program: potentials and limits from the perspective of nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2018 [acesso 2020 Mar 14];27(1):e2630014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002630014>
5. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Mar 02];66(5):649-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>
6. Martins LCG, Lopes MVO, Guedes NG, Teixeira IX, Sousa VEC, Montoril MH. Nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: an analysis of accuracy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Dez 21];48(5):804-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000005>
7. Jacinto LAT, Santos AS, Diniz MA, Silva LC, Pedrosa FSS, Arduini JB. Coronary artery disease and family support in older adults. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Ago 30];22(6):771-7. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.15664>
8. Costa PCP, Duran ECM. Evidências clínicas para hipertensos e diabéticos na saúde da família. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 21];12(8):2194-204. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235849p2194-2204-2018>
9. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 2016 Abr 09];66(Spe):134-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>
10. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2012 [acesso 2015 Mar 27];23(3):134-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
11. Botelho MTSL, Correia MDL, Manzoli JPB, Costa PCP, Duran ECM. Capacitação de enfermeiros para coleta de dados em estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International, Inc.; Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM, orgs. *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 7*. Porto Alegre, RS(BR): Artmed Panamericana; 2019. p.135-74.
12. Tortorella CCS, Corso ACT, Gonzales-Chica DA, Melhen ARF. Time trends of hypertension and diabetes mellitus prevalence among adults registered in the Brazilian National Health System, in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, 2004-2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 02];26(3):469-80. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300005>
13. Menezes TN, Oliveira ECT, Fischer MAT, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Fev 02];34(2):117-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.04.001>
14. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HO, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Fev 20];24(2):305-314. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>
15. Schmidt M, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso 2012 Nov 27];377(9781):1949-61. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
16. Moura DJM, Freitas MC, Guedes MVC, Lopes MVO. Adaptive problems according to Roy and diagnoses founded on the ICNP® in hypertensive patients with associated diseases. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Set 30];15(2):352-61. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17758>

17. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 2015 Nov 29];15(1):185-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024>
18. Karatas MB, Sahan E, Özcan KS, Çanga Y, Güngör B, Onuk T, et al. Anxiety, Depression, and General Psychological Distress in Patients with Coronary Slow Flow. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Set 9];105(4):362-70. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20150092>
19. Gangwisch JE, Malaspina D, Posner K, Babiss LA, Heymsfield SB, Turner JB, et al. Insomnia and sleep duration as mediators of the relationship between depression and hypertension incidence. *Am J Hypertens* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Jul 21];23(1):62-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajh.2009.202>
20. McNeil J, Doucet E, Chaput JP. Inadequate sleep as a contributor to obesity and type 2 diabetes. *Can J Diabetes* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Ago 1];37(2):103-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.02.060>
21. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adult. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 20]; 51(12 Suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>
22. Oliveira LS, Rabelo DF, Caires N. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. *Estud Pesq Psicol* [Internet]. 2012 [acesso 2014 Mai 19];12(2):416-30. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8274/6031>
23. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* [Internet]. 2009 [acesso 2014 Jul 1]; 374(9702):1677-86. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61457-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61457-4)
24. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araújo JSS. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of primary healthcare. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Jul 28];47(3):584-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300009>
25. Oparil S, Bakir SE. Calcium antagonists in cardiovascular disease: clinical evidence from morbidity and mortality trials. *Drugs*. 2000;59(2 Spe):25-37.
26. Galiano MAG, Calvo MAS, Feito MAT, Aliaga MWB, Leiva SM, Mujica BP. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Cienc Enfermeria* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jan 1];XIX(2):57-66. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441813006>
27. Thapa R, Twyana SN, Paudyal G, Khanal S, Van Nispen R, Tan S, et al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy among an elderly population with diabetes in Nepal: The Bhaktapur retina study. *Clin Ophthalmol* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 30];12:561-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/OPTH.S157560>
28. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martini GG, Nadruz Jr. W, et al. Quality of Life on Arterial Hypertension: Validity of Known Groups of MINICHAL. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 18];104(4):299-307. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20150009>
29. Nogueira LGF, Da Nóbrega MML. Construction and validation of nursing diagnoses for individuals with diabetes in specialized care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Abr 18];49(1):53-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100007>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da tese - Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem do subconjunto terminológico "*community nursing*" para usuários hipertensos e diabéticos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, em 2018

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

Coleta de dados: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

Análise e interpretação dos dados: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

Discussão dos resultados: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

Revisão e aprovação final da versão final: Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Botelho MTSL, Duran ECM.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, parecer n. 1.421.326/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 51798215.2.0000.5404

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 23 de setembro de 2019

Aprovado: 01 de abril de 2020

AUTOR CORRESPONDENTE

Paula Cristina Pereira da Costa

paulinhapcosta@hotmail.com

