UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

NATANY DA COSTA FERREIRA

VALIDAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

São Paulo

2019

NATANY DA COSTA FERREIRA

VALIDAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Profª. Drª. Rita de Cassia Gengo e Silva

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ferreira, Natany da Costa
Validação do resultado de enfermagem Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca / Natany da Costa Ferreira. São Paulo, 2019.
402 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia Gengo e Silva
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Insuficiência cardíaca. 2. Conhecimento. 3. Estudos de validação. 4. Terminologia - enfermagem. 5. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Natany da Costa Ferreira

Título: Validação do resultado de enfermagem Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Orientador: Profª. Drª. Rita de Cassia Gengo e Silva.

Instituição: Escola de Enfermagem da USP. Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Esta pesquisa contou com apoio financeiro do programa de Demanda Social (DS) processo nº 1620512, com bolsa de Doutorado Sanduíche PDSE 88881.135151/2016-01 ambas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2018/06268-9.

Agradecimentos Especiais

Aos meus pais, Antônio e Tânia, e à minha irmã, Larissa, *que apoiaram meu sonho desde o princípio*

To my fiancé, Andrew, *my gift of life, who strengthened and inspired me to conduct this dissertation*

Aos meus avós, Antônio e Pedro, *que vigiaram meu caminho e sempre acreditaram no poder da educação*

Agradecimentos

*Aos meus pais, **Antonio e Tânia**, que acreditaram na minha capacidade de ir mais longe, e fazer e ser a diferença. Obrigada pelo cuidado, carinho, paciência e preocupação. Diversos sacrifícios foram feitos ao longo dos seus 30 anos de casados, e muitos deles foram para oferecer os recursos que obtive para alcançar meus sonhos. Serei eternamente grata.*

*To my fiancé, **Andrew**, who I met during my internship in Iowa and since then, has been showing me the meaning of love. All nights awake to review my abstracts, papers, to listen my ideas, to make company while I was working on this dissertation. Everything was essential to achieve this result. I love you more than yesterday and less than tomorrow.*

*A minha irmã, **Larissa**, quem me deu suporte e vibrou por cada conquista. Tenho um orgulho imenso da mulher que você se tornou e me inspiro em sua integridade e ética para ser um ser humano melhor.*

*À Professora Drª **Rita de Cássia Gengo e Silva**, minha orientadora e amiga, quem guiou meus passos durante essa longa trajetória. Muitas lições foram aprendidas e espero que seja o começo de uma longa e profícua parceria.*

*À Professora Drª **Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**, quem acompanhou meu crescimento e desenvolvimento acadêmico e, forneceu conselhos valorosos para minha vida profissional e pessoal.*

*To Professor **Sue Ann Moorhead**, for the opportunity offered during my internship in Iowa. Moreover, your competence and life experience inspired me to develop my knowledge and keep believing in the Nursing.*

*To the program coordinator of the Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) **Noriko Abe**, for your assistance throught the development of this dissertation and your advice. Your integrity and responsibility are remarkable and give me support to be a better professional.*

*Aos colegas do grupo de pesquisa Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf) que sempre me apoiaram e especialmente aos colegas **Ana Maria,***

Erika Guedes, Fernanda Nishi, Flavio Santana, Regina Diogo *e* ***Vanessa Cordeiro*** *quem foram essenciais para a etapa de validação das definições elaboradas nessa tese.*

Aos meus amigos ***Beatriz Quirino, Letícia Almeida, Erica Moura, Cintya Hayashi, Ramon Oliveira, Juliana Chaves*** *e* ***Ane Karol Silva****, pelas horas de conversas, desabafos, conselhos e risadas. Vocês foram minha segunda família e espero que nossa amizade se perpetue por anos.*

Às minhas amigas ***Rose Sousa*** *e* ***Maira Sgueglia****, meus melhores presentes na minha trajetória como enfermeira assistencial. Mais do que colegas de trabalho, parceiras de vida, quem entenderam e deram suporte ao meu sonho. Obrigada pelos plantões trocados, almoços guardados após correria entre aulas e plantões, e principalmente, apoio emocional quando eu mais precisava.*

Aos funcionários da biblioteca ***Juliana, Paulo e Wanderlei****, que sempre foram pacientes e prestativos em todos os dias que trabalhei na biblioteca.*

Às enfermeiras ***Bianca Alves, Giovana de Assis, Letícia Batista, Simone de Araújo, Tamires Vieira e Thais de Oliveira,*** *responsáveis por entrevistar os pacientes do InCor, muito obrigada por acreditarem no projeto e pela dedicação de vocês.*

Aos ***pacientes do Instituto do Coração (Incor)*** *do Pronto-Socorro, Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva. Cada minuto de atenção, cada história compartilhada, cada lágrima de choro, cada palavra, foram essenciais para alcançar o resultado dessa tese. Minha motivação de pesquisa são vocês e sempre será!*

À coordenação e ao corpo docente do ***Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto (PROESA)****, que auxiliou minha carreira acadêmica.*

To the staff and faculty members of the ***College of Nursing, University of Iowa****, for always welcome me very well and to offer the best opportunities for my career.*

"You cannot finish what you have not started"

(Oberfrank III, A, 2017)

Ferreira NC. Validação do Resultado de Enfermagem Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução. Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) se beneficiam de estratégias educacionais, cuja efetividade pode ser avaliada pelo resultado de enfermagem (RE) "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" (1835) da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). Esse RE carece de estimativas de validade. **Objetivo.** Estimar a validade de conteúdo e clínica do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". **Método.** Estudo metodológico de validação de RE realizado em cinco etapas. A primeira consistiu em revisão de escopo para localizar os atributos do RE. Onze portais/bases de dados foram consultados. Verificou-se a correspondência dos atributos localizados com indicadores da NOC; quando não houve correspondência, rótulos de prováveis novos indicadores foram propostos. Na segunda etapa, definições conceituais (DC), operacionais (DO) para indicadores e magnitudes de resposta e questões para pacientes sobre a importância dos indicadores foram validadas por consenso entre expertos. Na terceira, expertos analisaram prováveis novos indicadores com base em critérios estabelecidos previamente. Na quarta etapa, 15 expertos e 15 pacientes analisaram a pertinência e importância dos indicadores, respectivamente, usando escalas tipo Likert. Calcularam-se média ponderada global (MPG), média ponderada da pertinência (MPP) e importância (MPI) para os indicadores, que foram classificados em primários (MPG$\geq$0,80), secundários (MPG<0,80 e $\geq$0,50) ou não pertinentes (MPG<0,50). Aqueles com MPG$\geq$0,50 foram elegíveis para validação clínica. Nesta, 250 pacientes foram avaliados quanto ao conhecimento sobre IC por meio do RE e questionário de conhecimento sobre IC e autocuidado (padrão de referência) por duas avaliadoras independentes. A validade concorrente entre o RE e o padrão de referência foi analisada pela correlação entre o escore global do RE (EGR) e do padrão de referência, a estabilidade da medida, pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e a confiabilidade, pelo alfa de Cronbach. O nível de significância foi 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados.** Das 8072 citações recuperadas na revisão, 74 artigos foram incluídos. Foram localizados 133 atributos, dos quais 16 não tiveram correspondência com indicadores da NOC e resultaram em

oito prováveis novos indicadores. Um provável novo indicador foi sugerido durante a validação de conteúdo. DC, DO e questões para pacientes foram estabelecidas e validadas para 59 indicadores atuais e prováveis novos. Os expertos consideraram que DO para magnitudes de respostas não eram necessárias; quatro, dos nove prováveis novos indicadores, não eram diferentes de outros aprovados pela NOC e foram descartados. Na validação de conteúdo, 50 indicadores foram considerados primários e cinco, secundários. Nenhum indicador obteve MPG<0,50; cinco estavam sobrepostos com outros indicadores e não prosseguiram para validação clínica, na qual 50 indicadores foram avaliados. O escore médio dos pacientes no questionário padrão de referência foi 8,8±2,3 e a média do EGR final foi 2,4±0,5. Os coeficientes alfa de Cronbach foram, respectivamente, 0,532 e 0,943. A correlação entre os escore do questionário padrão de referência com o EGR foi 0,29 (p<0,001) e o CCI para o RE foi 0,87 (p<0,001). **Conclusão.** Os indicadores analisados neste estudo são características mensuráveis, válidas, estáveis e confiáveis do RE.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência cardíaca. Conhecimento. Estudos de validação. Terminologia Padronizada em Enfermagem. Enfermagem

Ferreira NC. Validation of the nursing outcome *Knowledge: Heart Failure Management* [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, Universidade de Sao Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction. Patients with heart failure (HF) have benefits from educational strategies, the effectiveness of which can be evaluated by Nursing Outcomes Classification (NOC) *Knowledge: Heart Failure Management (1835)*. This NO lacks estimates of validity. **Objective.** To estimate the content and clinical validity of the NO *Knowledge: Heart Failure Management.* **Method.** Methodological study of NO validation carried out in five steps. The first consisted of scoping review to find attributes of the NO. Eleven portals/databases were consulted. It was verified the correspondence of the localized attributes with NOC indicators; when there was no match, labels of likely new indicators were proposed. In the second step, conceptual (CD), operational definitions (OD) for indicators and magnitudes of response, and questions about the importance of indicators for patients were validated by consensus among experts. In the third, experts analyzed the likely new indicators based on previously established criteria. In the fourth step, 15 experts and 15 patients analyzed the relevance and importance of the indicators, respectively, using Likert scales. It was calculated the global weighted average (GWA), relevance weighted average (RWA) and importance (IWA) for the indicators, which were classified into primary (GWA>0.80), secondary (GWA<0.80 and >0.50) or not relevant (GWA<0.50). Those with GWA>0.50 were eligible for clinical validation. In this, 250 patients were interviewed and the knowledge on HF was analyzed by the NO and questionnaire to assess knowledge about HF and self-care (reference tool) by two independent evaluators. The concurrent validity between the NO and the reference tool was analyzed by the correlation between the overall score of NO (OSO) and the reference tool, the stability of the measurement by the intraclass correlation coefficient (ICC) and the reliability, by Cronbach's alpha. The significance level was 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results.** Of the 8072 citations retrieved in the review, 74 articles were included. One hundred and thirty-three attributes were located; 16 did not have correspondence to NOC indicators and resulted in eight likely new indicators. One likely new indicator was suggested in the content validation. CD, OD, questions for patients were established and validated for 59 current and likely new indicators. The experts considered that OD for magnitudes of response were not

necessary; four of the nine likely new indicators were no different from others approved by the NOC and were discarded. In content validation, 50 indicators were considered primary and five, secondary. No indicator obtained GWA<0.50; five were overlapped with other indicators and did not proceed for clinical validation, in which 50 indicators were evaluated. The mean score of the patients in the standard tool was 8.8±2.3 and the final OSO was 2.4±0.5. Cronbach's alpha coefficients were, respectively, 0.532 and 0.943. The correlation between the standard tool score and the OSO was 0.29 ($p<0.001$) and the ICC for the NO was 0.87 ($p<0.001$). **Conclusion.** The indicators analyzed in this study are measurable, valid, stable and reliable characteristics of the NO.

KEYWORDS: Heart failure. Knowledge. Validation studies. Standardized Nursing Terminology. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação do perfil clínico-hemodinâmico de pacientes hospitalizados devido à insuficiência cardíaca 34

Figura 2 - Estudo de caso 1 utilizado no treinamento dos avaliadores na etapa de validação clínica..... 77

Figura 3 - Estudo de caso 2 utilizado no treinamento dos avaliadores na etapa de validação clínica..... 78

Figura 4 - Fluxograma do processo de busca na literatura e inclusão das publicações 89

Figura 5 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão de acordo com o país de publicação (n=74) 90

Figura 6 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão segundo ano de publicação (n=74) 90

Figura 7 - Correlação entre o questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca e o autocuidado e o escore global final do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 234

Figura 8 - Médias das magnitudes de respostas dos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" na avaliação 1 e avaliação 2..... 237

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de insuficiência cardíaca 32

Quadro 2 - Classificação funcional da insuficiência cardíaca e segundo estágios da doença 33

Quadro 3 - Atividades realizadas e finalidades para cada etapa do estudo 45

Quadro 4 - Elementos do acrônimo População, Conceito e Contexto (PCC) da questão da revisão de escopo 46

Quadro 5 - Critérios de inclusão dos estudos da revisão de escopo 47

Quadro 6 - Estratégias de busca nos portais, bases de dados e bancos de teses e dissertações 49

Quadro 7- Sistema de classificação para seleção de enfermeiros expertos 57

Quadro 8 - Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos e categorias de resposta 57

Quadro 9 – Definições dos critérios psicométricos utilizados para validação das definições conceituais e operacionais dos indicadores, magnitudes de resposta e questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores 60

Quadro 10 - Perguntas para a análise preliminar dos prováveis novos indicadores identificados na revisão de escopo e validação de conteúdo do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 63

Quadro 11 - Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos e categorias de resposta na etapa de validação de conteúdo 65

Quadro 12 - Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e categorias de resposta 67

Quadro 13 - Anos de estudo e escore mínimo no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para pacientes com capacidade cognitiva preservada 69

Quadro 14 – Quadro síntese dos estudos incluídos na revisão de escopo 91

Quadro 15 - Atributos localizados na revisão com correspondência com os indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 123

Quadro 16 - Atributos localizados na revisão agrupados por similaridade de conteúdo com seus respectivos rótulos para designar um provável novo indicador 128

Quadro 17 - Indicadores atuais e prováveis novos categorizados de acordo com a definição do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 130

Quadro 18 - Indicadores com definições conceituais e operacionais extraídas dos resultados da revisão de escopo 133

Quadro 19 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores relacionados à compreensão sobre a doença 135

Quadro 20 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores relacionados à compreensão sobre o tratamento 143

Quadro 21 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores à compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e exacerbações 181

Quadro 22 - Questões originais e modificadas do instrumento de avaliação da importância dos indicadores, problemas nas questões originais apontados pelos pacientes durante o teste piloto e indicadores aos quais se referem 199

Quadro 23 - Sugestões elaboradas pelos expertos da etapa de validação de conteúdo sobre as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 205

Quadro 24 - Sugestões dos expertos com relação à avaliação da pertinência dos indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e consideração da pesquisadora 208

Quadro 25 – Indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” com sobreposição que não foram submetidos à validação clínica 214

Quadro 26 - Relação de indicadores, categorias de respostas e justificativas dos pacientes que julgaram “nada importante” ou “pouco importante” os indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 215

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características demográficas, acadêmicas e profissionais dos expertos na etapa de elaboração e validação das definições e questões sobre importância dos indicadores 131

Tabela 2 - Experiência auto relatada dos expertos que participaram da segunda etapa do estudo com relação ao uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e resultados da NOC..... 132

Tabela 3 - Escores obtidos pelos expertos que participaram da segunda etapa do estudo segundo o sistema de classificação de expertos 132

Tabela 4 - Características demográficas, acadêmicas e profissionais dos expertos na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 193

Tabela 5 - Escores obtidos pelos expertos que participaram da etapa de validação de conteúdo segundo o sistema de classificação de expertos 194

Tabela 6 - Experiência auto relatada dos expertos no uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e resultados da NOC na assistência, ensino e pesquisa na etapa de validação de conteúdo 194

Tabela 7 - Variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 195

Tabela 8 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 196

Tabela 9 - Frequência de prescrição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que participaram da etapa de validação de conteúdo de acordo com a classe medicamentosa..... 197

Tabela 10 – Escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos pacientes que participaram da etapa de validação de conteúdo, segundo o nível de escolaridade 199

Tabela 11 – Média ponderada da pertinência (MPP), índice de validade de conteúdo (IVC), média ponderada da importância (MPI), índice de concordância (InC), média ponderada global (MPG) e classificação dos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 202

Tabela 12 - Variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação clínica do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 218

Tabela 13 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação clínica do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 218

Tabela 14 - Comorbidades cardiovasculares e de outros sistemas orgânicos identificadas nos prontuários médicos dos pacientes que participaram da etapa de validação clínica..... 220

Tabela 15 - Frequência de prescrição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que participaram da etapa de validação clínica, de acordo com a classe medicamentosa..... 221

Tabela 16 – Escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos pacientes que participaram da etapa de validação clínica, segundo o nível de escolaridade 222

Tabela 17 – Itens do questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado segundo valores das médias e desvios-padrão dos escores de cada item, frequências de resposta certas, erradas e “não sabe”, correlação item-total e valor do alfa de Cronbach se o item for removido 223

Tabela 18 - Valores de média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo das avaliações 1 e 2 do instrumento de avaliação do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”..... 227

Tabela 19 - Indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e distribuição percentual das magnitudes de respostas 228

Tabela 20 - Associação entre variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e o resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 232

Tabela 21 - Diferença entre os escores das variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e o questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado..... 232

Tabela 22 - Comparação entre as variáveis categóricas de caracterização dos pacientes com o escore global final do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e o questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado..... 233

Tabela 23 – Coeficiente de correlação intraclasse, intervalo de confiança e p-Valor atribuídos para cada indicador do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.....235

Tabela 24 - Indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” com respectivas médias, desvios-padrão dos escores de cada indicador, correlação item-total e alfa de Cronbach se o item for removido.....237

LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature*
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAC	Doença Arterial Coronariana
DART	*Europe E-theses Portal*
DC	Definição Conceitual
DCV	Doenças Cardiovasculares
DE	Diagnóstico de Enfermagem
Diva	*Digitala Vetenskapliga Arkivet*
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DO	Definição Operacional
EGR	Escore Global do Resultado de Enfermagem
ETD	*South Africa theses and dissertations*
Ethos	*Electronic Theses Online Service*
EUA	Estados Unidos da América
FEVE	Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA	Inibidor de Enzima Conversora de Angiotensina
IC	Insuficiência Cardíaca
InC	Índice de Concordância
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JBI	*Joanna Briggs Institute*
MPI	Média Ponderada da Importância
MPG	Média Ponderada Global
MPP	Média Ponderada da Pertinência
NYHA	*New York Heart Association*
NOC	*Nursing Outcomes Classification*
PCC	Paciente, Conceito, Contexto
PE	Processo de Enfermagem
PUBMED	*National Library of Medicine and the National Institutes of Health*
PRISMA	Principais Itens para Relatar em Revisões Sistemáticas e Meta-Análises
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RE	Resultado de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 25

2 OBJETIVOS 29

2.1 OBJETIVO GERAL 29

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29

3 REVISÃO DE LITERATURA 31

3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 31

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM - NOC 37

3.3 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO 39

4 MÉTODOS 45

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 45

4.2 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO 46

4.3 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES 52

4.3.1 Definições conceituais e operacionais dos indicadores 53

4.3.2 Definições operacionais das magnitudes de resposta dos indicadores 55

4.3.3 Questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores 56

4.3.4 Amostra 56

4.3.5 Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos 57

4.3.6 Instrumento de coleta de dados 58

4.3.7 Procedimentos de coleta de dados 59

4.3.8 Interpretação e análise dos dados 60

4.4 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ETAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO 61

4.4.1 Amostra 61

4.4.2 Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos 62

4.4.3 Instrumento de coleta de dados 62

4.4.4 Procedimentos de coleta de dados 62

4.4.5 Interpretação e análise dos dados 63

4.5 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 64

4.5.1 Amostra 64

4.5.2 Variáveis de caracterização dos participantes 64

4.5.3 Instrumentos de coleta de dados 68

4.5.4 Procedimentos de coleta de dados 71
4.5.5 Interpretação e análise dos dados 72
4.6 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA" 74
4.6.1 Local do estudo 74
4.6.2 População e amostra 74
4.6.3 Variáveis de caracterização dos pacientes 75
4.6.4 Seleção e treinamento dos avaliadores 75
4.6.5 Instrumentos de coleta de dados 79
4.6.6 Procedimentos de coleta de dados 82
4.6.7 Interpretação e análise dos dados 84
4.7 ASPECTOS ÉTICOS 86
5 RESULTADOS 88
5.1 REVISÃO DE ESCOPO 88
5.1.1 Seleção das publicações 88
5.1.2 Extração dos dados 90
5.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES 131
5.2.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos 131
5.2.2 Definições conceituais, operacionais e questões para os pacientes elaboradas a partir dos resultados da revisão de escopo e consulta a material complementar 133
5.3 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ETAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO 192
5.3.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos 192
5.3.2 Consenso entre os expertos sobre os prováveis novos indicadores 192
5.4 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA" .. 193
5.4.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos 193
5.4.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes 195
5.4.3 Teste piloto do instrumento de avaliação da importância dos indicadores 199
5.4.4 Validação de conteúdo dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" 202
5.5 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA" 217
5.5.1 Teste piloto 217
5.5.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes 217
5.5.3 Questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado 222

5.5.4 Instrumento de avaliação do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 227

5.5.5 Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com o RE da NOC “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e com o questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado 231

5.5.6 Validação concorrente, estabilidade e confiabilidade do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” 234

6 DISCUSSÃO 241

6.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO 241

6.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES 246

6.3 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ESTAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO 249

6.4 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 251

6.5 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 257

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 271

6.7 IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, ENSINO E PESQUISA 272

7 CONCLUSÕES 274

8 REFERÊNCIAS 277

APÊNDICES 304

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DE REVISÃO DE ESCOPO 304

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS E DAS QUESTÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 305

APÊNDICE C- CARTA CONVITE AOS EXPERTOS PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS E QUESTÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 309

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA DE ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES DO RE “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 310

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS EXPERTOS NA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 316

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PACIENTES NA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 334

APÊNDICE G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 342

APÊNDICE H- CARTA CONVITE AOS EXPERTOS PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 344

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....345

APÊNDICE J - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” 352

APÊNDICE K- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO CLÍNICA 392

ANEXOS 395

ANEXO 1- RESULTADO DE ENFERMAGEM 1835 - "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA..... 395

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....399

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se em importante problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento ou emergentes, como o Brasil[1]. A doença cardíaca foi a primeira causa de morte nos Estados Unidos em 2015, sendo que a taxa de mortalidade está diminuindo desde o ano de 1969, porém se mantém estável nesse novo século[2].

Dentre as principais DCV encontra-se a insuficiência cardíaca (IC) definida como "uma disfunção cardíaca que gera inadequado suprimento sanguíneo em resposta às necessidades metabólicas teciduais"[3]. Além de apresentar amplo espectro de fatores de risco, alterações cardíacas, estruturais e funcionais, observadas em diferentes tipos de cardiopatias, podem culminar num quadro de disfunção ou falência do órgão[3].

Entre janeiro de 2018 e dezembro de 2018, a IC foi responsável por 22.318 óbitos no Brasil, número correspondente a 23,5% das mortes em razão de doenças do aparelho circulatório[4]. Nos Estados Unidos (EUA), a taxa de mortalidade em até um ano por causa da IC foi de 29,6% entre 1998 e 2008[5].

Os pacientes com IC apresentam alterações em sua capacidade funcional, com consequente prejuízo da qualidade de vida. Fatores como a intolerância à atividade física, os sintomas da IC e a perda de força muscular afetam a capacidade desses pacientes para realizar atividades cotidianas[6].

Existem projeções do aumento do número de casos de IC e este aumento pode estar relacionado com o envelhecimento populacional aliado aos avanços científicos e tecnológicos, com destaque para a descoberta de novos fármacos e abordagens terapêuticas que têm permitido maior sobrevida aos pacientes com outros tipos de cardiopatia[7].

O conhecimento do paciente sobre sua doença e aspectos do tratamento é um componente importante nas estratégias que visam ao manejo da IC[8] e ao desenvolvimento do autocuidado[9,10]. Esse último é definido por Riegel como um processo de decisão naturalística baseado na manutenção de comportamentos para promover a estabilidade do corpo e no gerenciamento da doença, por meio do qual o conhecimento é essencial para obtenção do sucesso[11].

Alguns estudos mostraram que a melhora da prática de autocuidado por meio do aumento do nível de conhecimento sobre a doença e tratamento tem resultados positivos na qualidade de vida dos pacientes com IC, reduz as internações e os custos relacionados ao tratamento[12,13].

A abordagem multiprofissional, com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, dentre outros, é recomendada no tratamento da IC[3]. Sob uma perspectiva transdisciplinar, a educação em saúde em resposta ao estado de saúde atual é uma importante contribuição da disciplina da Enfermagem para o alcance de resultados favoráveis no tratamento do paciente com IC[8].

Dispor de meios ou instrumentos para medir a contribuição das estratégias de educação em saúde no conhecimento do paciente sobre IC é fundamental, porque fornece ao clínico ou ao pesquisador uma “régua” para que as medidas sejam tomadas a partir de um mesmo referencial[14]. Em nosso meio, os resultados de enfermagem (RE) sensíveis às intervenções de enfermagem podem ser utilizados com essa finalidade. Eles devem representar a realidade observável, ou seja, aquilo que é manifestado pelo paciente por meio de palavras, características, resultados de exames[15], dentre outros, em resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem. São os estados, comportamentos e percepções dos indivíduos que podem ser mensurados de forma mais concreta por meio de indicadores[16].

A lista de indicadores dos RE da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)[16] é baseada em livros-texto, planos de assistência, padrões de prática, sistemas de informação de enfermagem clínica e instrumentos de pesquisa, no contexto estadunidense[16]. Dessa forma, os indicadores precisam ser apoiados em dados empíricos que permitam afirmar que eles representam aquilo que se propõem[15]. Em outras palavras, para terem utilidade na clínica e na pesquisa em enfermagem, as evidências de validade dos RE devem ser avaliadas.

Estudos de validação auxiliam na avaliação da pertinência dos indicadores ao RE (objetivo da validação de conteúdo) e obtêm evidências, em um cenário clínico real, de que os indicadores mensuram de forma mais concreta um RE (objetivo da validação clínica)[17]. São tradicionalmente conduzidos com base no julgamento de profissionais selecionados como expertos na temática do RE. No entanto, reconhece-se que as perspectivas dos pacientes em relação a quais RE desejam alcançar e quais são as características mensuráveis desses RE são relevantes[18].

Dessa forma, após revisão da literatura, foi evidenciado que o RE proposto na NOC carece de estimativas de validade, o que justificou a condução dessa pesquisa, que pretendeu responder às seguintes perguntas:

1. Quais são os atributos do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835)?
2. Quais indicadores, na opinião de profissionais expertos e de pacientes expertos, são pertinentes e importantes para avaliar o RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835)?
3. Dentre os indicadores considerados pertinentes e importantes, quais são clinicamente válidos?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar as validades de conteúdo e clínica do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura os indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835);
- Elaborar e validar as definições conceituais (DC) e operacionais (DO) dos indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835), bem como as questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores;
- Verificar a associação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com o grau de conhecimento sobre insuficiência cardíaca;
- Estimar a validade concorrente entre o RE e o questionário de avaliação do conhecimento sobre a insuficiência cardíaca e o autocuidado;
- Estimar a estabilidade entre avaliadores da medida do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835);
- Estimar a consistência interna do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A IC é a causa mais frequente de internações hospitalares por DCV no Brasil[8]. Entre janeiro de 2015 e março de 2016, gerou custo aproximado de R$ 2.542,67 por admissão hospitalar, com tempo médio de internação de 6,9 dias e mais de 7.317 óbitos[4].

Nos Estados Unidos, última atualização nacional identificou que 2,4% da população tem IC e, esta prevalência continua a aumentar[2]. Na fase de descompensação da IC, a taxa de mortalidade intra-hospitalar é superior à mortalidade de pacientes estáveis[19]. Estima-se que, entre 2012 e 2030, ocorra aumento dos custos para a saúde relacionados à IC de 127%, o que será equivalente a 244 dólares americanos para cada adulto[20].

Nos EUA, a cada milhão de pacientes internados com IC, todos os anos, 18% são hospitalizados novamente em 30 dias[21], 50% em seis meses e, 60% em nove meses[20]. Entretanto, sabe-se que até 70% dessas hospitalizações poderão ser evitadas se os pacientes detiverem melhores habilidades de auto manejo da doença[22].

A IC é uma síndrome clínica complexa, que resulta de alterações estruturais e funcionais do enchimento ventricular ou da ejeção de sangue. Diferentes condições clínicas, como doenças do pericárdio, miocárdio, endocárdio, valvas cardíacas ou grandes vasos podem culminar em IC[23].

Em estudo retrospectivo, no qual foram revisados 144 prontuários de pacientes com IC, verificou-se que as etiologias mais frequentes foram: doença de Chagas (41,0%), cardiomiopatia dilatada idiopática e de outras origens (25,0%), cardiomiopatia hipertensiva (22,2%) e cardiomiopatia isquêmica (11,8%)[24]. Um grande levantamento brasileiro sobre as características clínicas de pacientes com IC aguda corrobora esses achados[25].

As manifestações da IC normalmente são consequências do prejuízo da função do ventrículo esquerdo[26]. Os principais sinais e sintomas da doença são dispneia e fadiga, que podem limitar a tolerância ao exercício; e a retenção de líquidos, que pode resultar em congestão pulmonar, esplâncnica e/ou edema periférico. Importante

destacar que muitos pacientes não apresentam sinais de sobrecarga hídrica e por, este motivo, o termo “insuficiência cardíaca” é preferencialmente empregado em detrimento da expressão “insuficiência cardíaca congestiva”[7,20].

Alguns pacientes com IC podem apresentar função ventricular esquerda normal e fração de ejeção preservada, enquanto outros apresentam grave dilatação e/ou marcada redução da fração de ejeção (FE). Nesse contexto, foi proposta a definição da IC de acordo com o grau de comprometimento da função ventricular e da fração de ejeção[22] (Quadro 1).

Quadro 1 - Definições de insuficiência cardíaca

Classificação	Sinonímia	Definição
	IC sistólica	Condição em que a FE do ventrículo esquerdo é menor ou igual a 40%
IC com FE preservada	IC diastólica	Condição em que a FE do ventrículo esquerdo é maior ou igual a 50%
IC com FE preservada, limítrofe		Condição em que a FE do ventrículo esquerdo permanece entre 41% e 49%

Fonte – American College of Cardiology / American Heart Association, 2013

Um estudo brasileiro identificou os sinais e sintomas de 303 pacientes admitidos por IC descompensada, com fração de ejeção média de 28,6± 8,5%. Os autores verificaram que a dispneia foi o sintoma mais frequente (91,4%), seguido de dispneia paroxística noturna (87,5%), cansaço (67,3%), edema (63,7%), ortopneia (55,4%) e distensão da veia jugular (28,7%)[26].

Em outro estudo, autores identificaram os sinais e sintomas mais frequentes, também em pacientes com IC descompensada, quais sejam: dispneia (96,7%), fadiga (93,4%), estertores (85,2%), edema (81,9%), ascite (67,2%), estase jugular (67,2%), hepatomegalia (59,0%), tosse (46,6%) e palpitações (46,6%)[27].

A IC pode ser classificada de acordo com a funcionalidade do paciente, isto é, considerando a intensidade dos sintomas e segundo a progressão da doença (Quadro 2). Essas classificações são complementares, pois fornecem informações sobre a presença e gravidade da IC. A classificação funcional foi proposta pela *New York Heart Association* e focaliza a sintomatologia do paciente de acordo com sua capacidade para o exercício. A classificação em estágios da doença foi proposta pela *American College of Cardiology* e *American Heart Association* e reconhece a presença de fatores de risco, além das alterações estruturais da IC[23].

Quadro 2 - Classificação funcional da insuficiência cardíaca e segundo estágios da doença

Classificação funcional		**Estágios da insuficiência cardíaca**	
Nenhuma		A	Paciente não apresenta IC, mas tem fatores de risco (como hipertensão, diabetes, doença arterial coronariana)
I	Paciente não apresenta dispneia durante a realização de atividades cotidianas	B	Paciente não apresenta IC, mas tem lesões estruturais cardíacas
II	Paciente apresenta dispneia aos moderados esforços (ou esforços maiores que os habituais)	C	Paciente tem sintomas de IC e lesões estruturais cardíacas
III	Paciente apresenta dispneia aos pequenos esforços (ou esforços habituais)		
IV	Paciente apresenta dispneia em repouso	D	Pacientes com sintomas de IC que não melhoram apesar da otimização terapêutica e com indicação de cuidados especializados ou cuidados paliativos

Fontes: Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;128:e240–e327; Bennett JA, Riegel B, Bittner V, Nichols J. Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. Heart Lung. 2002;31(4):262-70

Para pacientes hospitalizados por descompensação ou agudização da IC, informações sobre o estado hemodinâmico, além de sua classificação funcional e estágio da doença, são importantes. Normalmente, os dados sobre a condição hemodinâmica requerem procedimentos invasivos. Porém, recentemente, um sistema baseado em achados do exame físico foi validado com boas estimativas de sensibilidade e especificidade. Tal classificação leva em conta o grau de congestão (seco *versus* úmido) e a adequação da perfusão tecidual (quente *versus* frio)[22,27]. A figura 1 ilustra a caracterização do perfil clínico-hemodinâmico dos pacientes com IC.

Figura 1 - Classificação do perfil clínico-hemodinâmico de pacientes hospitalizados devido à insuficiência cardíaca

	Congestão em repouso (por exemplo: ortopneia, pressão venosa jugular elevada, estertores pulmonares, 3ª bulha, edema)		
	NÃO		**SIM**
Baixa perfusão em repouso (por exemplo: pressão de pulso baixa, extremidades frias, hipotensão)	**NÃO**	A (quente/seco)	B (quente/ úmido)
	SIM	L (frio/seco)	C (frio/úmido)

Fontes: Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;128:e240–e327; Nohria A, Tsang SW, Fang JC, Lewis EF, Jarcho JA, Mudge GH, et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. J Am CollCardiol. 2003;41(10):1797-804

Os pacientes com perfil A têm bom prognóstico, pois não apresentam sinais de congestão e mantêm adequada perfusão periférica. No perfil B, os pacientes apresentam sinais de congestão, mas ainda mantêm adequada perfusão tecidual. No perfil C, além de evidências clínicas de congestão, sinais de baixo débito ou má perfusão periférica são observados. Pacientes no perfil L apesar de não apresentarem congestão, evidenciam sinais de má perfusão tecidual[28].

O I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca teve como um de seus objetivos a descrição das características clínicas de 1.263 pacientes com IC aguda de 51 centros de diferentes regiões do Brasil. Verificou-se que esses pacientes tinham baixa fração de ejeção (38,8 ± 16,5%), com predomínio do perfil B (67,4%) e menor ocorrência do perfil L (5,2%)[25].

Os pacientes com IC se deparam, conforme mencionado nos parágrafos anteriores, com uma variedade de sinais e sintomas que afetam negativamente sua capacidade funcional, a capacidade para realização de atividades cotidianas e, em última instância, comprometem de forma adversa a qualidade de vida[28]. Um estudo mostrou que as dimensões físicas e emocionais da qualidade de vida foram as mais comprometidas em uma amostra de pacientes com IC predominantemente das classes funcionais II e III[29]. Por outro lado, outros estudos realizados com pacientes idosos com IC mostraram que a dimensão física é a mais comprometida[30,31].

Considerando os efeitos deletérios que as manifestações da IC exercem sobre a qualidade de vida desses pacientes, aprender a lidar com elas é parte essencial da gestão e do autocuidado na IC[32,33].

O conceito de autocuidado tem sido associado à autonomia, independência e responsabilidade do paciente para a adoção de comportamentos saudáveis, bem como para desenvolver atividades de gerenciamento e monitoramento de sua condição clínica[34].

Nesse sentido, o conhecimento sobre a doença e tratamento é fundamental. A educação em saúde para a promoção do autocuidado em pacientes com IC em estágio C é uma recomendação classe I, isto é, deve ser realizada, segundo diretrizes internacionais[20]. Ela é necessária para que os pacientes aprendam sobre os medicamentos prescritos, como monitorar seus sintomas, as alterações do peso corporal, a restrição de sódio e a permanecer fisicamente ativos[20].

Em contrapartida, a falta de conhecimento é considerada um fator preditivo para a instabilidade clínica e, consequentemente, aumento da reinternação hospitalar[35]. Ensaio clínico randomizado realizado com 85 pacientes com IC classe funcional II ou III, com fração de ejeção menor que 40% confirmada com ecocardiografia, que receberam no decorrer de 24 semanas intervenções educacionais semanais sobre tópicos essenciais como medicamentos, dieta e realização de atividade física por membros de uma equipe multiprofissional, indicou melhora de 45% no status de classe funcional de acordo com a NYHA, com metade

do número de admissões hospitalares no período (10,6%) comparado ao grupo de cuidados padrão (20,2%) e, com tempo de internação quatro vezes menor (41 dias) em relação ao grupo comparação (181 dias), com p<0,001[36].

Outro ensaio clínico foi publicado sobre os resultados de reuniões em grupo no auto manejo e controle da doença, em 92 pacientes com IC de alto risco. Neste estudo, foram avaliados os efeitos das atividades de uma equipe multidisciplinar nas habilidades de autocuidado e nos índices de rehospitalização em 12 meses de seguimento. Durante as reuniões em grupo com até oito participantes, cada indivíduo foi convidado a avaliar seus próprios sintomas e a estabelecer habilidades de autocuidado, como adesão aos medicamentos com o uso de uma caixa organizadora de comprimidos. O estudo evidenciou redução de 33% nas taxas de rehospitalizações no grupo intervenção, com diferença estatisticamente significativa quando comparado ao grupo de cuidados usuais (p= 0,04). Todos os participantes avaliaram as atividades grupais em uma escala tipo Likert de cinco pontos e o escore médio foi de 4,6. A maioria dos pacientes considerou pertinente conversar e compartilhar experiências para aprender a como enfrentar e manejar a doença[37].

Uma revisão integrativa com o objetivo de sintetizar o conhecimento relacionado aos componentes críticos das intervenções que têm sido propostas e implementadas por enfermeiros com a finalidade de otimizar o autocuidado de pacientes com IC evidenciou que, os comportamentos de autocuidado mais frequentemente abordados foram dieta, adesão medicamentosa, controle diário do peso, atividade física e monitoramento e gestão dos sintomas de descompensação da doença. Para tanto, as intervenções sugeridas em todos os estudos incluídos na revisão compreendiam atividades de educação e ou aconselhamento[38].

A educação sistemática a pacientes com IC, acompanhados periodicamente por enfermeiras, evidenciou melhora no conhecimento sobre a doença e o autocuidado[39]. No estudo, os pacientes foram convidados a responder um questionário auto aplicado sobre o conhecimento da IC e autocuidado, e no decorrer de um ano e meio, o mesmo questionário foi reaplicado quatro vezes. Por conseguinte, foi possível identificar melhora na compreensão sobre a doença e o tratamento (p = 0,006)[39].

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados identificou 19 estudos sobre intervenções educativas realizadas predominantemente por enfermeiras em pacientes com IC. Desses, oito evidenciaram melhora

estatisticamente significativa no conhecimento dos pacientes após a intervenção. Vale destacar que esse desfecho (conhecimento) foi avaliado por meio de diferentes instrumentos[40].

Nesse contexto, a avaliação do conhecimento do paciente com IC sobre sua doença e tratamento tem merecido atenção dos pesquisadores. Em 2014, autores construíram e validaram um questionário para avaliar o conhecimento de pacientes com IC participantes de programas de reabilitação cardíaca no Brasil[41]. Entretanto, é um questionário desenvolvido para mensurar o conhecimento da doença e do tratamento. Não aborda, de forma mais específica, o conhecimento do controle/ gerenciamento da doença, que envolve também o entendimento sobre as estratégias de prevenção de complicações e exacerbações dessa síndrome.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM - NOC

O processo de enfermagem (PE) é um instrumento de trabalho do enfermeiro para a tomada de decisões clínicas. É constituído de cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas, quais sejam: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação[15]. O PE prevê que a assistência seja pautada na avaliação do paciente, a qual fornecerá dados para a identificação de diagnósticos de enfermagem (DEs). Tais informações são a base para a seleção de intervenções de enfermagem, cujos resultados na saúde das pessoas deverão ser avaliados.

A introdução formal do PE na profissão ocorreu na década de 1950. No Brasil, começou a ser implantado a partir da década de 1970; nos Estados Unidos e no Reino Unido sua aplicação já estava mais consolidada nesse período[42].

Os avanços científicos e o contexto histórico-social da enfermagem influenciaram claramente a ênfase dada às etapas do PE em determinados períodos, evidenciando que o significado a ele atribuído e sua utilização na prática assistencial são dinâmicos[43]. A necessidade de especificação e teste de resultados na enfermagem norte-americana, especialmente a partir da década de 1990, marca a relevância e ênfase dada à etapa de avaliação no PE[44].

O PE é considerado uma estrutura para o raciocínio clínico[45]. Para documentar e comunicar o PE, de forma adequada, sistemas de linguagem padronizados[45] são

importantes. Atualmente existem 12 terminologias padronizadas de enfermagem reconhecidas pela American Nurses Association (ANA)[46] , entre elas a classificação de diagnósticos da NANDA International (NANDA-I)[47], a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)[48] ,e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)[16] são as mais utilizadas no Brasil[44].

A NOC, classificação de interesse neste estudo, foi desenvolvida em 1991 sob a condução de uma equipe da *College of Nursing, University of Iowa*, nos Estados Unidos. Tem como objetivo a conceituação, rotulação, definição e classificação dos RE[16].

A versão atual da NOC traduzida para o português foi publicada em 2016. Sua estrutura é constituída de domínios, que são o seu nível mais abstrato, classes, títulos de resultados e suas definições, indicadores de resultado e escalas de medida. A última versão, publicado em 2018 e ainda não traduzida para a língua portuguesa, contém sete domínios, 32 classes e 540 resultados de enfermagem[49].

De acordo com essa classificação, REs são “os estados, comportamentos ou percepções de um indivíduo, família ou comunidade, medidos ao longo de um contínuo em resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem”[16]. Como representam características variáveis, pode-se avaliar sua evolução (melhora, piora ou estagnação). Para cada resultado, há uma definição e uma lista de indicadores que são “comportamentos, percepções ou estados mais concretos dos indivíduos, família ou comunidade que servem como uma pista para medir um resultado”[16]. Os RE e seus indicadores são avaliados por meio de escala tipo Likert de cinco pontos, que possibilitam mensurar qualquer ponto em um *continuum*, em que a pontuação 1 indica o estado menos desejado e a pontuação 5, o mais desejado. Ao todo, existem 14 escalas de mensuração[16].

O RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835) é definido pela NOC como o “extensão da compreensão transmitida sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e a prevenção da progressão da doença e complicações”[16]. Pertence ao Domínio IV, “Conhecimentos e Comportamentos de saúde” e à Classe “Conhecimentos em saúde”. Atualmente, são descritos 50 indicadores (Anexo 1) avaliados pela escala “nenhum conhecimento a conhecimento vasto”. Esse RE é representado pelo código 1835, o qual não será repetido ao final do título do RE ao longo da tese, para facilitar a leitura do texto.

3.3 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO

A preocupação dos enfermeiros em avaliar se os conceitos realmente representam a ideia que se propõem, ou seja, validá-los, não é recente. A validade de um DE, intervenção ou RE está diretamente relacionada ao grau com que representa o problema do indivíduo, estabelece intervenções ou mensura o estado de saúde do paciente, família ou comunidade por meio do julgamento clínico do enfermeiro[50]. Neste estudo, validação de um RE será compreendida como o nível de representação do real estado, comportamento e/ou sentimento do paciente[50]. Dentre os modelos que têm sido utilizados nas pesquisas de validação destacam-se aqueles propostos por Hoskins[51] e Fehring[52].

Hoskins apresentou um modelo de validação para DE que é composto por três fases: análise de conceito necessária à identificação das características ou atributos de um conceito, a validação por expertos, para verificar a pertinência dos atributos ao conceito, e a validação clínica, na qual atesta a presença dos atributos numa população específica[51].

Fehring propôs três modelos de validação de DE: o modelo de validação de conteúdo, o modelo de validação clínica e o modelo de validação diferencial de diagnóstico[52]. A validação de conteúdo se refere à obtenção da opinião de expertos no assunto em relação ao grau em que certos atributos representam um conceito. A validação clínica trata da obtenção de evidências para um determinado conceito a partir do ambiente clínico real. Por fim, a validação diferencial consiste na diferenciação entre dois conceitos intimamente relacionados[52].

Para este projeto, os modelos de validação de conteúdo e clínica propostos por Fehring[52] são de especial interesse. Ambos têm sido adaptados para a validação de RE[50,53], dado que não se dispõem de métodos específicos para este fim.

A validação de conteúdo fornece informações sobre a pertinência dos indicadores para medir o RE. Isso é importante porque a lista de indicadores sugeridos pela NOC não foi testada empiricamente para todos os RE, a exemplo do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

Embora a validação de conteúdo seja um modelo de fácil aplicação, barato e que produz resultados apropriados, se utilizado adequadamente[54], o pesquisador que

pretende empregá-lo deve reconhecer suas limitações. A seleção adequada dos expertos tem sido reportada na literatura como importante fragilidade[54].

Há questionamentos acerca de quais características são essenciais para se considerar que um profissional é experto na área. Fehring buscou amenizar essa questão propondo critérios para identificação e seleção de expertos[52]. No entanto, por privilegiar a formação acadêmica, muitos pesquisadores não conseguiam selecioná-los, o que induziu à proliferação de inúmeras adaptações desses critérios[55]. Os resultados desse tipo de estudo dependem da opinião dos expertos, isto é, sintetizam o que os expertos pensam a respeito de determinado fenômeno, não havendo garantia de que essa síntese o represente, de fato, no mundo real[54].

A partir dos anos 2000, é possível identificar aumento na produção de artigos sobre validação de conteúdo dos RE[56]. Em estudo de revisão publicado em 2009, cujo objetivo foi identificar o conhecimento produzido sobre RE até 2008, apenas 40% dos estudos estavam relacionados à validação de elementos da NOC[56]. Em revisão mais recente, foram identificados 21 artigos, publicados predominantemente a partir de 2011, dos quais 63,9% eram estudos de validação[57].

Em 2004, Head e colaboradores realizaram a validação de conteúdo e avaliaram a sensibilidade de seis resultados da NOC voltados para a comunidade[58] por meio de uma versão modificada do modelo de Ferhing[52]. Neste estudo, 102 expertos avaliaram a importância de cada indicador de seis resultados de enfermagem, com seus respectivos rótulos e definições. Cada indicador foi avaliado por meio de uma escala Likert de 5 pontos que variou de “1= nada importante a 5= muito importante”. Para estimar a sensibilidades de resultado e seus indicadores, os expertos avaliaram a contribuição de enfermagem ou a influência na obtenção do resultado de enfermagem usando uma escala que variou de “1= nenhuma contribuição”, “3= contribuição da mesma forma que outras profissões da saúde” e “5= contribuição principalmente da enfermagem”[58]. Para a estimativa da validação de conteúdo, foi calculada a média ponderada de cada indicador com base nas respostas dos pacientes e de acordo com a proposta de Fehring[52], no qual escore 1 recebeu peso 0, escore 2 recebeu peso 0,25; escore 3 recebeu peso 0,50; escore 4 recebeu peso 0,75 e escore 5 recebeu peso 1,0[52]. Como nota de corte, Fehring propôs que os indicadores com média ponderada maior ou igual a 0,80 deviam ser considerados principais (significativamente importantes para medir o RE) e, indicadores com média ponderada entre 0,80 e 0,50 deviam ser considerados secundários ou

moderadamente importantes para medir o resultado[52]. No estudo de Head et al, foram considerados secundários os indicadores com média ponderada menor que 0,60 porque, dessa forma, a consistência e usabilidade clínica podiam ser aperfeiçoadas[58]. Todos os seis RE comunitários obtiveram escores de validade de conteúdo entre 0,79 e 0,92 considerados, portanto, como principais na mensuração dos RE[58].

Um trabalho de conclusão de curso de enfermagem conduzido em uma universidade na região sul do Brasil validou os RE e indicadores para o diagnóstico "Dor aguda" por meio de consenso de 14 profissionais expertos[59], com base no modelo de Fehring e com classificação dos indicadores por meio da média ponderada[52]. Os REs em questão foram "Controle da Dor", "Nível de Conforto", "Nível de Dor" e "Nível de Estresse". Todos os RE obtiveram escores entre 0,80 e 0,96 com exceção do RE "Nível de Estresse" com escore de 0,75, considerado secundário. Dos 118 indicadores dos seis RE do estudo, 103 foram validados, dos quais 27 (26,2%) foram considerados principais[59].

Em 2010 um estudo de validação de conteúdo de indicadores de quatro RE para o DE "Déficit no autocuidado: banho/higiene" em pacientes no pós-operatório de cirurgia ortopédica foi publicado por grupo de pesquisadores brasileiros[60]. Os RE escolhidos foram "Autocuidado: Atividades de vida diária", "Autocuidado: Banho", "Autocuidado: Higiene" e "Autocuidado: Higiene oral". A validação de conteúdo foi conduzida com base no modelo de validação proposto por Fehring[52] e com 27 enfermeiros expertos que atendessem pacientes em pós-operatório de cirurgia ortopédica, há pelo menos um ano, e que tivessem experiência prática no uso de DE. Os enfermeiros expertos foram convidados a avaliar a relevância dos indicadores dos RE supracitados por meio de escala Likert de cinco pontos ("1= não relevante a 5= extremamente relevante"). Dos 34 indicadores analisados, somente dois (6,0%) foram considerados principais para medir o RE em questão[60].

Mais recentemente, outro estudo de validação de conteúdo foi conduzido com o objetivo de validar os indicadores de oito RE da NOC para o DE Risco de Infecção. O método de Fehring[52] também foi escolhido para ser adaptado e utilizado neste estudo. Doze enfermeiros expertos que atuavam em unidades de internação clínica, cirúrgica e de terapia intensiva de adultos; que participavam ou já tinham participado de atividades de estudo e aperfeiçoamento do PE na instituição e saúde na qual o estudo foi desenvolvido, por no mínimo quatro meses nos cinco anos prévios à condução da pesquisa; com produção cientifica na área de PE e de Classificações de

Enfermagem; com experiência profissional de no mínimo dois anos e, entre outros, foram selecionados para participar do estudo. Todos os indicadores foram categorizados em principais ou secundários, com base na classificação proposta por Fehring[52]. Neste estudo, todavia, o ponto de corte foi de 0,80 pois, os autores acreditam que, como a concordância entre os expertos é de 80%, a proposição de um ponto de corte de 0,80 fornece maior consistência aos indicadores. Os oito RE são mensurados por meio de 132 indicadores e, após análise dos expertos, 67 foram considerados principais para mensurar os respectivos RE[61].

Em todos os estudos supracitados sobre validação de conteúdo de RE, os expertos eram enfermeiros, com expertise científica acerca da área de estudo. No entanto, evidências mostram que o engajamento do paciente, como agente ativo no gerenciamento de sua própria saúde, pode promover melhores resultados assistenciais, como controle de custos e qualidade do atendimento das instituições de saúde[62].

A perspectiva dos pacientes é considerada em muitos modelos de assistência à saúde, dentre eles, o modelo de Assistência Centrada na Pessoa[63]. Esse modelo aborda a qualidade das relações pessoais, profissionais e organizacionais e, ainda, destaca a importância de obtenção do conhecimento do paciente sobre sua doença por meio da escuta ativa e, principalmente, da valorização do papel do paciente no processo de tomada de decisão clínica[63].

Considerar o paciente experto em sua doença não é um pressuposto recente. Wedd e Zimny, em 1989, já faziam alusão aos pacientes com sua experiência com a doença como “Ph.D.” em sua própria singularidade, individualidade[64]. De modo semelhante, Florin, em 2007, sustentava que os pacientes são especialistas em seus valores individuais e preferências com relação ao cuidado que desejam receber dos profissionais de saúde[65].

No que tange ao PE, sabe-se que a experiência clínica dos enfermeiros e as preferências e valores do paciente na tomada de decisão clínica podem melhorar a interpretação dos dados do paciente[66]. Dessa forma, acredita-se que a preferências, expectativas e experiências do paciente como expert em seu processo de doença[67] podem contribuir para melhorar a validade do RE.

Assim, nessa tese considerou-se que o paciente também é experto pois a experiência da doença e das adaptações- que são necessárias para trabalhar, viajar, ter qualidade de vida e bem-estar adequados- torna-o especialista em sua condição,

mesmo sem o conhecimento científico (principal critério para seleção de expertos em estudos de validação).

Na literatura, artigos sobre validação clínica de RE ainda são escassos e, quando esses estudos são conduzidos, têm como pressuposto o estabelecimento de definições conceituais (DC) e operacionais (DO) dos indicadores para melhorar a acurácia da validação clínica. As DC são os dados que caracterizam o conceito e clarificam sua ideia e as DO implicam como o fenômeno, no caso o indicador, será mensurado[68]. As definições dos indicadores podem melhorar a uniformidade e similaridade[69] nas avaliações da presença ou não dos indicadores na prática clínica, objetivo da validação clínica.

A validação clínica dos indicadores do RE "Integridade Tissular" para pacientes portadores de úlcera venosa foi realizada com 22 pacientes em 2011[69]. Para essa etapa de validação, dez enfermeiros expertos aplicaram instrumentos de coleta de dados, sendo que apenas metade do grupo tinha acesso às DO validadas em etapa prévia do estudo. Dos 18 indicadores da versão final do instrumento de coleta de dados, somente um indicador não foi validado clinicamente pelo grupo de expertos e, as DO nortearam a avaliação mais similar e uniforme dos enfermeiros[69].

Outro estudo realizou a validação de conteúdo e clínica do RE "Estado de deglutição" em pacientes pós acidente vascular cerebral[70]. A etapa de validação de conteúdo foi realizada com 11 enfermeiros expertos que somente não validaram um indicador do RE. Na validação clínica, 81 participantes foram examinados por duas duplas de enfermeiros, uma com acesso as DC e DO, e outra não. Foi evidenciado aumento na uniformidade e acurácia entre a resposta dos enfermeiros com as DC e DO para o indicador do RE do estudo (coeficiente de correlação intraclasse superior a 0,80)[70].

Para esta tese, não foram localizados estudos que tenham realizado a validação de conteúdo, com base na opinião de profissionais e pacientes expertos, bem como a validação clínica do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca".

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo metodológico conduzido em cinco etapas: 1) revisão de escopo; 2) elaboração e validação das DC e DO para os indicadores do RE e para suas magnitudes de respostas e das questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores; 3) análise preliminar dos prováveis novos indicadores; 4) validação de conteúdo; e 5) validação clínica dos indicadores do RE.

Para facilitar a compreensão dessas etapas, o Quadro 3 sintetiza as atividades realizadas e suas respectivas finalidades para cada etapa do estudo.

Quadro 3 - Atividades realizadas e finalidades para cada etapa do estudo

Etapa	Atividade realizada	Finalidade
1ª Etapa	Revisão de escopo	Identificar os atributos do RE na literatura
		Sintetizar os atributos de acordo com suas similaridades em indicadores
		Identificar os elementos para elaborar as DC e DO dos atributos/indicadores
2ª Etapa	Elaboração e validação das DC e DO dos indicadores	Estabelecer, de forma válida, o significado teórico e as formas de mensuração dos indicadores
	Elaboração e validação das questões para os pacientes	Estabelecer questões que expressassem o significado teórico dos indicadores para possibilitar a obtenção da perspectiva dos pacientes sobre a importância dos indicadores
	Elaboração das magnitudes de resposta dos indicadores	Estabelecer, de forma válida, as formas de mensuração das magnitudes de respostas para os avaliação dos indicadores do RE
3ª Etapa	Análise preliminar dos prováveis novos indicadores	Analisar os prováveis novos indicadores quanto aos critérios que caracterizam indicadores da NOC
4ª Etapa	Validação de conteúdo	Estabelecer indicadores pertinentes e importantes para avaliar o RE
5ª Etapa	Validação clínica dos indicadores do RE	Estabelecer uma medida confiável e válida para avaliação do conhecimento do paciente sobre IC

4.2 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO

A revisão de escopo tem a finalidade de mapear os conceitos, sintetizar os dados existentes e identificar lacunas no conhecimento existente[71]. Esses estudos são abrangentes, pois podem incluir diversas fontes de informação (estudos publicados ou não, diretrizes, consensos, dentre outros), e visam à descrição do que tem sido produzido acerca de um tópico específico; geralmente, são empregados em áreas complexas ou que ainda estão em desenvolvimento[72].

Revisões de escopo acerca de RE permitem a identificação de atributos associados ao conceito expresso pelo título do RE. Os atributos são as características mais concretas e mensuráveis do RE, isto é, as características por meio das quais o conceito expresso pelo título do RE pode ser mensurado[16]. Por isso, a revisão de escopo pode oferecer suporte empírico aos indicadores aprovados para uso na NOC, bem como pode ser utilizada para a identificação de novos indicadores. Além disso, a revisão pode fornecer elementos para a elaboração de suas DC e DO.

No presente estudo, a revisão de escopo foi conduzida conforme o modelo metodológico proposto por Arksey e O'Malley, em 2005[72], posteriormente, refinado e publicado pelo instituto Joanna Briggs (JBI), em 2015[73]. Para a condução dessa revisão de escopo foram seguidos sete passos.

1º Passo- Identificação da questão de revisão

A questão de revisão orienta a elaboração dos critérios de inclusão para a revisão de escopo, bem como das estratégias de busca para a localização dos atributos. O modelo do JBI sugere que a questão de pesquisa contenha os elementos do acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto)[73], descritos no Quadro 4.

Quadro 4 - Elementos do acrônimo População, Conceito e Contexto (PCC) da questão da revisão de escopo

Acrônimo	Elementos da pergunta de revisão
P (População)	Pacientes com insuficiência cardíaca
C (Conceito)	Atributos mensuráveis do conhecimento dos pacientes sobre o manejo da insuficiência cardíaca
C (Contexto)	Qualquer contexto

A questão dessa revisão foi: Quais são os atributos do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”?

2º Passo- Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão devem ser estabelecidos de acordo como os elementos definidos para o acrônimo PCC e devem, portanto, estar em conformidade com a questão de revisão. São importantes guias para os revisores definirem quais fontes de dados devem ser inseridas na revisão de escopo[73]. Os critérios utilizados para incluir os estudos nessa revisão de escopo estão descritos no quadro 5.

Quadro 5 - Critérios de inclusão dos estudos da revisão de escopo

Acrônimo	Critérios de inclusão
P (População)	Estudos que incluíram adultos com diagnóstico de insuficiência cardíaca, independente de sexo, etiologia e classe funcional
C (Conceito)	Estudos que relataram atributos mensuráveis do conceito de conhecimento em relação à compreensão sobre a doença, tratamento e estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações
C (Contexto)	Estudos realizados em qualquer cenário clínico

Os atributos do RE foram identificados como palavras ou termos/expressões utilizados nos estudos para descrever as características do conceito de interesse (conhecimento sobre o controle da insuficiência cardíaca)[16]. Foram excluídas as citações que não respondiam à pergunta de pesquisa, não apresentavam resumo, protocolos de pesquisa, teses e dissertações publicados em formato de artigos revisados por pares que já tinham sido incluídos na revisão e duplicatas.

Para os artigos cujo acesso não foi obtido na íntegra nas bases de dados, realizou-se contato eletrônico com os autores, solicitando-se acesso à respectiva publicação. Aquelas cujo acesso na íntegra não foi possível, mesmo após o contato com os autores, foram excluídas do estudo.

3º Passo- Tipos de fontes

Foram considerados estudos primários qualitativos ou quantitativos, revisões sistemáticas, metanálises ou metassínteses, além de sites de sociedades de especialistas, livros-texto, teses, dissertações e editoriais; publicados em português, inglês ou espanhol, independente do ano de publicação.

4º Passo- Estratégia de busca

A estratégia de busca foi dividida em três etapas[73].

Primeira etapa. Teve o propósito de identificar as palavras-chave contidas nos títulos e resumos, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos. Para tanto, foi realizada uma busca inicial, no portal de dados PubMed, com a seguinte estratégia: (((patients[Title/Abstract] OR “person with illness” [Title/Abstract] OR “sick person” [Title/Abstract] OR “sick persons” [Title/Abstract]) AND "heart failure"[Title/Abstract] OR “heart decompensation” [Title/Abstract])) AND knowledge[Title/Abstract].

Segunda etapa. Nessa etapa, foi conduzida uma busca em todos os portais e bases de dados incluídos no estudo, englobando as palavras-chaves e termos indexados identificados na primeira etapa. Essa busca foi realizada no mês de junho de 2017. Os portais de dados utilizados foram: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e *National Library of Medicine and the National Institute of Health* (PubMed). As bases de dados utilizadas foram *Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus. Como literatura cinza foram consultados o banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Digitala Vetenskapliga Arkivet (Diva), Electronic Theses Online Service (Ethos), Europe E-theses Portal (DART), Eletronic theses and dissertations of South Africa (ETD), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), e portal de teses do Canadá. As estratégias de busca utilizadas em cada base de dados estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Estratégias de busca nos portais, bases de dados e bancos de teses e dissertações

(continua)

Portais, Bases de dados, Bancos de teses e dissertações	Estratégia de busca
BVS	((((“insuficiencia cardiaca” OR “heart failure”) AND (paciente* OR patient*) AND (conhecimento OR conocimiento OR knowledge OR compreensão OR comprensión OR comprehension OR entendimento OR understanding OR “educação de pacientes como assunto” OR “educación del paciente como asunto” OR “patient education as topic” OR "education of patient as subject" OR “gestão em saúde” OR “gestión en salud” OR “health management” OR “gerenciamento clínico” OR “manejo de la enfermedad” OR “disease management”)))
PubMed	((((“heart failure” OR “heart failure cardiac remodeling” OR “dilated cardiomyopathy” OR “ischemic cardiomyopathy” OR “hypertensive cardiomyopathy” OR “reverse remodeling” OR“ Chronic Chagas heart disease” OR“ cardiac failure” OR “left heart disease”))) AND ((patient*) AND (((((((knowledge) OR understanding) OR comprehension) OR “patient education as topic”) OR "education of patient as subject") OR "health management") OR "disease management"))))))))
CINAHL	((((“heart failure” OR “heart failure cardiac remodeling” OR “dilated cardiomyopathy” OR “ischemic cardiomyopathy” OR “hypertensive cardiomyopathy” OR “reverse remodeling” OR“ Chronic Chagas heart disease” OR“ cardiac failure” OR “left heart disease”))) AND ((patient*) AND (((((((knowledge) OR understanding) OR comprehension) OR “patient education as topic”) OR "education of patient as subject") OR "health management") OR "disease management")))))))

(continuação)

Portais, Bases de dados, Bancos de teses e dissertações	Estratégia de busca
Scopus	((((“heart failure” OR “heart failure cardiac remodeling” OR “dilated cardiomyopathy” OR “ischemic cardiomyopathy” OR “hypertensive cardiomyopathy” OR “reverse remodeling” OR“ Chronic Chagas heart disease” OR“ cardiac failure” OR “left heart disease”))) AND ((patient*) AND (((((((knowledge OR understanding OR comprehension OR “patient education as topic” OR "education of patient as subject" OR "health management" OR "disease management"))))))))
CAPES	(((“insuficiencia cardiaca”) AND (paciente*) AND (conhecimento)))
Diva	“heart failure” AND patients AND knowledge
Ethos	“heart failure” AND patients AND knowledge
DART	“heart failure” AND patients AND knowledge
ETD	“heart failure” AND patients AND knowledge
RCAAP	“Insuficiência Cardíaca” AND Conhecimento AND Pacientes
Portal de Teses do Canada	“heart failure” AND patients AND knowledge

(conclusão)

Terceira etapa. Consistiu na identificação de citações adicionais na lista de referências nos artigos selecionados para leitura na íntegra os quais não tinham sido identificados pelas estratégias de busca nos portais, bases de dados e bancos de teses e dissertações.

5º Passo- Seleção das publicações para leitura na íntegra

A seleção de citações para leitura na íntegra foi realizada inicialmente pela leitura de todos os títulos recuperados pela pesquisadora. Optou-se pela leitura inicial apenas dos títulos em função da viabilidade de execução dessa revisão de escopo. Com a leitura dos títulos das citações, foram excluídas as duplicatas e aquelas que claramente não abordavam a temática da revisão. As dúvidas foram discutidas com a orientadora do estudo.

Os títulos e resumos das citações remanescentes foram lidos e analisados por dois revisores, de forma independente, para seleção das publicações que seriam lidas

na íntegra. A seleção de tais publicações foi norteada pela questão de revisão e por três questões auxiliares:

- O resumo descreve fatores que influenciam ou predispõem o paciente a ter conhecimento sobre IC?
- O resumo relata ações, comportamentos ou percepções do paciente que ocorrem em função de ter conhecimento sobre IC?
- De acordo com as informações disponíveis no resumo, é possível que o manuscrito na íntegra apresente as características mensuráveis de um paciente acerca de seu conhecimento sobre IC?

Os resultados da seleção dos dois revisores foram comparados. Em caso de discordâncias, os revisores se reuniram e chegaram a um consenso.

6º passo- Extração dos dados

Dois revisores realizaram, de forma independente, a extração de dados, por meio de instrumento criado especificamente para esta revisão (Apêndice A). Os dados de interesse foram:

- Identificação do estudo - título, autores, periódico, país de publicação, ano de publicação e idioma de publicação;
- Objetivos;
- Aspectos metodológicos - abordagem (quantitativa, qualitativa ou mista), tipo do estudo (experimental ou não experimental), desenho do estudo, características da amostra (idade, sexo); instrumento utilizado para a avaliação do conhecimento sobre a IC;
- Atributos e respectivas definições, quando fornecidas.

A avaliação da qualidade metodológica das publicações lidas na íntegra não foi realizada, pois não é prevista em revisões de escopo[73].

Os dados extraídos de forma independente foram comparados entre si. Nos casos em que foram discordantes, os revisores se reuniram e entraram em consenso. No caso de discrepância de opiniões na seleção dos estudos para leitura na integra, foi realizada reunião entre os revisores e novo julgamento sobre inclusão ou não da citação na revisão de escopo foi realizado.

7º Passo- Síntese e apresentação dos dados

A síntese dos dados consistiu na descrição das características das publicações incluídas e na apresentação dos atributos de forma narrativa. Todos os atributos, localizados na revisão de escopo, foram comparados quanto à similaridade de conteúdo com os indicadores existentes na NOC pela pesquisadora, de forma a identificar se já estavam ou não contemplados na classificação.

Os atributos que tiveram correspondência com os indicadores da NOC passaram a ser identificados pelo indicador existente na NOC e seu respectivo código. Os atributos para os quais não se observou correspondência com os indicadores da NOC foram agrupados conforme sua similaridade de conteúdo. Para cada grupo de indicadores similares foi atribuído um rótulo para designar um provável novo indicador.

A elaboração desse rótulo respeitou os princípios da classificação para proposição de RE: conciso, enunciado em cinco palavras ou menos; passível de ser medido em um *continuum*; neutro, isto é, não expressa um julgamento ou meta. Um outro aspecto que se observou foi a utilização de termos comuns empregados em indicadores de resultados da classe IV da NOC, Conhecimentos em Saúde, mesma classe do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

Por fim, a definição do RE norteou a categorização dos indicadores de acordo com o conteúdo do conhecimento ao qual os atributos se referiam, isto é, conhecimento sobre a doença, tratamento, e estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações.

4.3 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES

Conceitos são palavras que expressam uma ideia acerca de um fenômeno ou de um objeto. Em outras palavras, são uma construção mental elaborada a partir das características do fenômeno ou do objeto. A ideia, ou construção mental, de um fenômeno pode ser diferente para cada indivíduo, mas deve ter o mesmo significado para todos[74]. Ao transpor esse raciocínio para o cenário de saúde, a fim de que os profissionais elaborem a mesma imagem mental acerca dos indicadores, ou

características mais concretas de um RE, é preciso defini-los conceitual e operacionalmente[75].

A DC estabelece o significado teórico ou abstrato de um conceito[15]. A DO descreve comportamentos físicos por meio dos quais o conceito se expressa; isto é, fornece a informação *do que* será medido e *como* a medida será realizada[15].

Estabelecer definições para os conceitos facilita a reprodução da pesquisa, aumenta a fidedignidade dos dados, auxilia o pesquisador na busca por novos achados, e indica os critérios para a avaliação das intervenções de enfermagem ao se proceder à evolução do paciente[51].

4.3.1 Definições conceituais e operacionais dos indicadores

Nesse projeto, as DC e DO dos indicadores do RE foram elaboradas quando não localizadas na etapa de revisão de escopo. Livros-texto, diretrizes de sociedades de especialistas e artigos relacionados à temática foram utilizados como fontes de consulta. Por sua vez, a taxonomia de Bloom forneceu a estrutura de organização hierárquica para descrever as habilidades cognitivas esperadas em termos de cada indicador do RE[76].

A taxonomia de Bloom foi desenvolvida por Bloom e colaboradores, publicada em 1956[76] e revisada em 2001[77]. Trata-se de uma organização hierárquica de objetivos educacionais, com a finalidade de orientar as possibilidades de aprendizagem e auxiliar no planejamento educacional[76]. Bloom divide as possiblidades de aprendizagem em três domínios: o cognitivo, que compreende as atividades mentais, ou seja, conhecimento, a compreensão e o pensar sobre um tópico específico; o afetivo, que abrange a área emocional ou dos sentimentos, ou seja, atitudes do indivíduo no processo de aprendizagem; e o psicomotor, que está relacionado às habilidades físicas ou mentais do processo de aprendizado necessárias para a execução de tarefas[77].

Dentre as mudanças na taxonomia revisada de Bloom, o tipo de conhecimento e o processo utilizado para a aquisição desse conhecimento foram combinados. Nesse sentido, a taxonomia tornou-se bidimensional. Frise-se que na revisão da taxonomia, o conhecimento é designado por substantivos e os processos necessários para sua obtenção, por verbos[77].

A dimensão “conhecimento” está diretamente ligada ao conteúdo, isto é, *o que* deve ser aprendido, e envolve quatro tipos de conhecimento[77]:

- o conhecimento efetivo/factual refere-se ao conhecimento básico necessário para a resolução de problemas que não precisa ser entendido ou combinado, apenas reproduzidos;
- o conhecimento conceitual, que requer o inter-relacionamento dos elementos básicos; como estruturas, esquemas e modelos que não precisam ser aplicados, apenas se deve ter ciência da sua existência;
- o conhecimento procedimental/procedural, diz respeito ao conhecimento de “como fazer”, no qual o conhecimento abstrato começa a ser estimulado;
- o conhecimento metacognitvo é concernente ao reconhecimento da cognição de um conhecimento adquirido em um certo conteúdo, relacionando-o de forma interdisciplinar. Em outras palavras, refere-se à utilização de conhecimentos adquiridos previamente para resolução de problemas e/ou escolha de estruturas, esquemas e modelos.

A outra dimensão é “processos cognitivos” que se refere a *como* o conhecimento é adquirido ou construído e usado para resolver problemas. Essa dimensão tem seis níveis. Do menos para o mais complexo, os níveis são:

- lembrar, está relacionado ao reconhecimento e reprodução de ideias, conteúdos;
- entender, refere-se ao estabelecimento de uma conexão entre o conhecimento prévio e o recém adquirido;
- aplicar, concerne à execução ou uso do conhecimento em situações específicas ou aplicação à novas situações;
- analisar, diz respeito à separação do conhecimento em partes relevantes e não relevantes, ou importantes e não importantes, para entender a relação entre as partes;
- avaliar, remete-se ao julgamento do conhecimento com base em critérios e padrões de qualidade ou quantidade;
- criar, corresponde ao desenvolvimento de novas ideias, produtos e métodos por meio da interdisciplinaridade e interdependência de conceitos.

Para cada nível da dimensão “processos cognitivos”, há um conjunto de verbos que podem ser utilizados para a proposição de objetivos de aprendizagem e avaliação. No presente estudo, optou-se por utilizar os verbos do nível lembrar, porque estão relacionados à recuperação do conhecimento relevante da memória[77]. Exemplos de verbos do nível “lembrar” são: reconhecer, relembrar, listar, nomear, definir, escrever e apontar[77].

No processo de elaboração das DC e DO foi identificada a duplicata de dois indicadores, com mesmo título, porém, com códigos diferentes: *“*(183523) Estratégias para controle do edema” e “(183542) Estratégias para controlar o edema”. Após comunicar eletronicamente o *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (CNC), optou-se por manter utilizar o indicador com código 183542.

4.3.2 Definições operacionais das magnitudes de resposta dos indicadores

A elaboração das DO das magnitudes de resposta levou em consideração o significado teórico do indicador, expresso pela DC do indicador; a forma de mensuração do indicador, conforme estabelecido pela DO; e a graduação da magnitude de resposta em cinco pontos. A fim de diferenciar os cinco pontos das magnitudes de resposta foram usadas duas formas para descrevê-las.

Para 51 indicadores, foram utilizados advérbios para conotar um crescente no desempenho do paciente na avaliação do conhecimento. Assim, os advérbios foram utilizados da seguinte forma: “nunca reconhece”, “raramente reconhece”, “algumas vezes reconhece”, “frequentemente reconhece” e “sempre reconhece”, para as magnitudes de 1 a 5, respectivamente. As magnitudes de resposta de oito indicadores pareciam ficar mais bem descritas com uma quantificação numérica para designar as diferentes magnitudes de resposta. Desse modo, foram descritas desta maneira: “não reconhece”, “reconhece 25%”, “reconhece 50%”, “reconhece 75%”, e “reconhece 100%”.

O reconhecimento poderia ser feito por meio do relato verbal ou escrito, atendendo-se às DO propostas para os indicadores. Seguia-se a descrição daquilo que se pretendia medir com o indicador.

4.3.3 Questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores

Considera-se que a opinião do paciente é importante porque suas experiências, expectativas e preferências podem contribuir para melhorar a validade do RE[67]. Embora o paciente não tenha o conhecimento científico, em outras palavras, não consegue expressar se o atributo pertence ao RE em questão, ele é capaz de julgar, com base na experiência com a doença, qual atributo considera importante para o controle da IC.

Com o propósito de conhecer a opinião dos pacientes sobre a importância dos indicadores, para medir seu conhecimento sobre o controle da IC, foi necessário adaptar a linguagem das DC. A adaptação consistiu em expressar a DC utilizando linguagem clara e acessível para os pacientes com diferentes níveis de educação formal e em permitir ao paciente expressar sua opinião dentro de uma gama de possibilidades.

Todas as questões inicialmente propostas iniciavam com “Você considera que é importante conhecer”, seguida do conceito que estava sendo mensurado (indicador do RE). Vale destacar que as definições elaboradas foram direcionadas ao indivíduo que poderia ser o paciente e/ou cuidador informal. As opções de respostas foram atribuídas em uma escala tipo Likert de quatro pontos que variou de “nada importante”, “pouco importante”, “importante” a “muito importante”.

4.3.4 Amostra

A amostra foi não probabilística e por conveniência. O tamanho da amostra foi determinado de acordo com as recomendações de Pasquali[75] e com a literatura acerca de estudos de validação de resultados de enfermagem[60,61,69,70,78].

Eram elegíveis enfermeiros do Grupo de Estudos de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que obtiveram no mínimo cinco pontos em um sistema de classificação de expertos (Quadro 7)[79]. Nesse sistema, os expertos são classificados em três categorias: júniores (mínimo de cinco pontos), másters (6 e 20 pontos) e sêniores (> 20 pontos)[79].

Quadro 7- Sistema de classificação para seleção de enfermeiros expertos

Critérios	Pontos
Experiência clínica de no mínimo quatro anos na área específica* (obrigatório)	4
Experiência de no mínimo um ano no ensino da área específica e de classificações de enfermagem	1
Experiência em pesquisa com artigos publicados sobre classificações de enfermagem em revistas de referência	1
Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa da área específica	1
Doutorado em enfermagem na área específica	2
Mestrado em enfermagem na área específica	1
Residência de enfermagem na área específica	1
Para cada ano de experiência clínica ou de ensino	1

Legenda:*Neste estudo, considerou-se enfermagem em cardiologia ou cardiovascular como área específica

Fonte: Guimarães HCQCP, Pena SB., Lopes JL, Lopes CT & Bottura ALBL. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. Int J Nurs Knowledge. 2016; 27(3): 130-5. DOI:10.1111/2047-3095.12089

4.3.5 Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos

O quadro 8 apresenta as variáveis de caracterização dos expertos de interesse nesse estudo.

Quadro 8 - Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos e categorias de resposta

(continua)

Variável	Categoria de resposta
Sexo	Feminino/ Masculino
Idade	Número de anos de vida completos
Tempo de experiência profissional	Número de anos completos que exerce a profissão de enfermeiro

(continuação)

Experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular	Sim ou Não
Tempo de experiência clínica em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular	Número de anos completos que exerce a profissão de enfermeiro na área da enfermagem em cardiologia ou cardiovascular
Tempo de experiência no ensino de enfermagem em cardiologia ou cardiovascular e em classificações de enfermagem	Número de anos completos de experiência como docente
Maior titulação acadêmica	Graduação Especialização Mestrado Doutorado Pós-doutorado
Área de atuação	Assistência Ensino Pesquisa
Experiência com processo de enfermagem na assistência, no ensino e na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência no uso de linguagem padronizada na assistência, no ensino e na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência com os resultados da NOC na assistência, no ensino e na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Artigos publicados sobre classificações de enfermagem em revistas de referência	Sim ou Não
Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular	Sim ou Não
Expertise	Escore obtido pelo sistema de classificação de expertos[79] e categorias (júnior, máster e sênior)

Legenda: NOC= *Nursing Outcomes Classification*

(conclusão)

4.3.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice B) foi organizado em duas partes. A parte A continha os dados de caracterização demográfica, acadêmica e profissional, com questões abertas e fechadas.

A parte B do instrumento foi elaborada em planilhas do Excel® 15.0. Essas planilhas continham os 59 indicadores com suas DC, DO, as DO das magnitudes de resposta de cada indicador, bem como as questões para os pacientes avaliarem a importância dos indicadores. Havia um campo para cada indicador, para serem registrados comentários e sugestões. Os critérios psicométricos utilizados para avaliação foram fornecidos aos expertos.

4.3.7 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados dessa etapa ocorreu no período de fevereiro a abril de 2018. Com base no currículo lattes de cada membro do DIREnf, foi calculada a pontuação segundo o sistema de classificação de expertos. Os membros que obtiveram pontuação mínima de cinco pontos foram considerados expertos e convidados a participar do estudo. Os expertos receberam convite (Apêndice C) por meio eletrônico. Aqueles que aceitaram participar receberam, também eletronicamente, a parte A do instrumento. Além disso, estabeleceu-se a data para a primeira reunião presencial.

Na primeira reunião, foram esclarecidos os propósitos dos encontros, os métodos de trabalho e a agenda de reuniões. Foi estabelecido que, em cada reunião, seriam discutidos entre sete a oito indicadores. Portanto, foram necessárias nove reuniões, cuja duração aproximada foi de três horas. O intervalo entre as reuniões foi de 15 dias, atendendo solicitação dos expertos.

A parte B do instrumento de coleta de dados era projetada em projetor multimídia para facilitar a organização do trabalho, uma vez que permitia realizar os ajustes sugeridos pelos expertos em tempo real à medida que eles conseguiam acompanhar e analisar as mudanças que estavam sendo realizadas. Ainda, para facilitar o acesso às definições e questões consensuadas em reuniões anteriores, cada experto recebia, de forma impressa, no início de cada reunião, a parte B do instrumento de coleta de dados, contendo as atualizações pertinentes.

As DC e DO foram avaliadas de acordo com critérios psicométricos propostos por Pasquali[75]. As DC e questões dos pacientes foram avaliadas com relação aos critérios de simplicidade e clareza. As DO foram avaliadas quantos ao critério de simplicidade, clareza, comportamental, de precisão e amplitude (Quadro 9).

Quadro 9 – Definições dos critérios psicométricos utilizados para validação das definições conceituais e operacionais dos indicadores, magnitudes de resposta e questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores

Critério	Definição
Simplicidade	A definição expressa uma única ideia
Clareza	A definição é inteligível para todos os indivíduos independentemente do nível de escolaridade
Comportamental	A definição expressa um comportamento, não uma abstração ou construto
Precisão	A definição permite distinguir o indicador dos demais
Amplitude	A definição discrimina pacientes de diferentes níveis de magnitude do indicador

Fonte: Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. 2010. Porto Alegre: Artmed

Para o indicador "Estratégias para controlar a sede", sugerido pelos expertos na validação de conteúdo, as DC, DO e a questão para os pacientes foram elaboradas e enviadas por correio eletrônico para todos os expertos convidados para esta etapa. Optou-se por não conduzir uma reunião presencial para validação das definições desse indicador devido à dificuldade de conciliação do tempo disponível para todos os expertos.

4.3.8 Interpretação e análise dos dados

Todos os dados foram transcritos durante a reunião e armazenados em planilha do programa Excel® 15.0, com as DC, DO e as questões sobre importância dos indicadores propostas para os expertos e suas respectivas sugestões.

Para análise das variáveis foi utilizado Software R versão 3.5.3[80]. As variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissionais foram descritas por medidas de tendência central e dispersão. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa; para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartil, valores mínimo e máximo.

As definições e questões para pacientes foram consideradas válidas quando atingido consenso para cada critério psicométrico analisado. As DC, DO ou as questões que não obtiveram consenso foram reformulados de acordo com as sugestões dos expertos até a obtenção do consenso.

4.4 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ETAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO

Prováveis novos indicadores foram identificados na revisão de escopo, e na etapa de validação de conteúdo, cujo método será apresentado adiante. Assim, os prováveis novos indicadores analisados nessa etapa foram: “Curso usual da doença”, “Conceito da doença”, “Ações para promover a morte digna”, “Estratégias para controlar a pressão arterial”, “Estratégias para controlar a sede”, “Consultas recomendadas com profissionais de saúde”, “Nome correto dos medicamentos prescritos”, “Administração correta dos medicamentos prescritos” e “Causas da reinternação”.

Todos os prováveis novos indicadores foram submetidos a uma análise para determinar se, de fato, expressavam um novo indicador. Para facilitar a fluência do texto, esta sessão apresentará o método empregado para análise dos prováveis novos indicadores identificados na revisão de escopo e na validação de conteúdo.

A finalidade dessa etapa foi de fortalecer a tomada de decisão de incluir, ou não, os prováveis novos indicadores nas etapas seguintes de validação de conteúdo e clínica. A opinião de um grupo de expertos forneceu maiores subsídios para essa decisão.

4.4.1 Amostra

Para análise dos prováveis novos indicadores, foram convidados a participar dessa etapa o mesmo grupo de expertos do Grupo de Estudos DIREnf, os quais atendiam aos mesmos critérios de inclusão da etapa anterior apresentados na seção 4.3.4 (Quadro 7).

4.4.2 Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos

As variáveis de caracterização dos expertos de interesse nessa etapa do estudo são as mesmas apresentadas no quadro 8 (Seção 4.3.5).

4.4.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice D) foi elaborado em planilha do Excel® 15.0. Essa planilha continha os 16 atributos identificados na revisão de escopo e que não apresentaram correspondência com os indicadores da NOC.

Os indicadores estavam agrupados por similaridade de conteúdo e designados por um rótulo identificando o provável novo indicador. As DC e DO foram fornecidas no instrumento de coleta de dados para facilitar e guiar o julgamento dos expertos. Os critérios utilizados para avaliação foram fornecidos aos expertos. Havia um campo para cada indicador, onde foram registrados comentários e sugestões.

4.4.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados desta etapa ocorreu em abril de 2018. Somente uma reunião presencial foi necessária, na qual foi entregue o instrumento de coleta de dados impresso para cada experto. Além disso, uma versão eletrônica do instrumento de coleta de dados foi projetada em projetor multimídia para facilitar a operacionalização desta etapa do estudo.

Além das DC e DO, os critérios utilizados para guiar o julgamento dos expertos foram: adequação, simplicidade, clareza, precisão e coerência com a definição de indicador da NOC, isto é, o rótulo expressava um estado, comportamento ou percepção possível de ser mensurado. Esses critérios foram estruturados em formas de perguntas (Quadro 10).

Quadro 10 - Perguntas para a análise preliminar dos prováveis novos indicadores identificados na revisão de escopo e validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?
6. Esse provável novo indicador pode ser mensurado?

Os expertos discutiram cada provável novo indicador à luz dessas perguntas. Quando um experto respondia "não" a uma das perguntas, solicitava-se uma justificativa. A justificativa era analisada por todos os expertos. Então, uma decisão sobre reformulação do rótulo ou descarte do provável novo indicador era feita.

Para o indicador "Estratégias para controlar a sede", sugerido na etapa de validação de conteúdo, foi solicitada a avaliação por correio eletrônico. Optou-se por não conduzir uma reunião presencial para avaliação do indicador devido à dificuldade de conciliação do tempo disponível para todos os expertos.

4.4.5 Interpretação e análise dos dados

Todos os dados foram transcritos (durante a reunião) e armazenados em planilha do programa Excel® 15.0.

Os prováveis novos indicadores foram considerados novos indicadores quando os expertos entraram em consenso e responderam "sim" a todas as perguntas descritas no quadro 10. Os novos indicadores permaneceram no estudo e foram analisados na etapa de validação de conteúdo. Os prováveis novos indicadores para os quais, não se obteve consenso ou para os quais a resposta a pelo menos uma das perguntas foi "não", foram descartados do estudo.

4.5 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

A validação de conteúdo compreendeu a obtenção da opinião dos expertos sobre a pertinência e da opinião dos pacientes sobre a importância dos indicadores em relação ao RE.

4.5.1 Amostra

Para esta etapa do estudo foi utilizada amostra não probabilística, por conveniência, e amostragem tipo bola de neve[15]. O tamanho da amostra foi determinado após revisão da literatura no portal de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em fevereiro de 2018, utilizando a seguinte estratégia: estudos de validação AND processo de enfermagem. Foram obtidos 185 resultados e destes, 12 relatavam a etapa de validação de conteúdo, na qual haviam participado no mínimo 6[78] e no máximo 30[81] expertos. Dessa forma, estabeleceu-se o tamanho da amostra em 30 participantes, sendo 15 expertos e 15 pacientes.

Os critérios de inclusão para os expertos foram os mesmos descritos na seção 4.3.4. Foram excluídos do estudo aqueles que não devolveram o instrumento de coleta de dados preenchido no prazo estabelecido.

No caso dos pacientes, foram incluídos aqueles internados em um hospital público de cardiologia na cidade de São Paulo, com diagnóstico médico de IC, idade maior ou igual a 18 anos, condição clínico-hemodinâmica que permitisse participação no estudo e que não estavam em cuidados paliativos. Foram excluídos os pacientes com confusão mental ou delirium.

4.5.2 Variáveis de caracterização dos participantes

As variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos da etapa de validação de conteúdo e categorias de resposta são apresentadas no quadro 11.

Quadro 11 - Variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos e categorias de resposta na etapa de validação de conteúdo

(continua)

Variável	Categoria de resposta
Sexo	Feminino/ Masculino
Idade	Número de anos de vida completos
Tempo de experiência profissional	Número de anos completos que exerce a profissão de enfermeiro
Experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular	Sim ou Não
Tempo de experiência clínica em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular	Número de anos completos que exerce a profissão de enfermeiro na área da enfermagem em cardiologia ou cardiovascular
Tempo de experiência no ensino de enfermagem em cardiologia ou cardiovascular e em classificações de enfermagem	Número de anos completos de experiência como docente
Maior titulação acadêmica	Graduação Especialização Mestrado Doutorado Pós-doutorado
Área de atuação	Assistência Ensino Pesquisa
Experiência com processo de enfermagem na assistência	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita

(continuação)

Variável	**Categoria de resposta**
Experiência com processo de enfermagem no ensino	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência com processo de enfermagem na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência no uso de linguagem padronizada na assistência	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência no uso de linguagem padronizada no ensino	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência no uso de linguagem padronizada na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência com os resultados da NOC na assistência	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência com os resultados da NOC no ensino	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Experiência com os resultados da NOC na pesquisa	Nenhuma Pouca Nem muita, nem pouca Muita
Expertise	Escore obtido pelo sistema de classificação de expertos[79] e categorias (júnior, máster e sênior)

Legenda: NOC= *Nursing Outcomes Classification*

(conclusão)

O quadro 12 apresenta as variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e categorias de resposta.

Quadro 12 - Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e categorias de resposta

Variável	Categoria de resposta
Sexo	Feminino/Masculino
Idade	Em anos completos
Anos de estudo	Analfabeto; 1 a 4 anos de estudo; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; mais de 11 anos de estudo
Estado civil	Solteiro/ casado/ divorciado/viúvo
Renda familiar	Em salários mínimos, considerando o valor vigente para o estado de São Paulo no período de coleta de dados*
Região de naturalidade	Norte/ nordeste/ centro-oeste/ sul/ sudeste/ outro país
Capacidade cognitiva, segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM)[#]	Escore de zero a 30 pontos, sendo classificada em preservada ou não preservada de acordo com anos de estudo
Tempo de diagnóstico de insuficiência cardíaca	Número de anos completos, desde que recebeu o diagnóstico da doença
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo	Descrita em valor percentual em exame de ecocardiografia realizado pelo paciente há, no máximo, um ano
Medicamentos em uso	Nome genérico
Classe Funcional (*New York Heart Association*)[§]	I/II/III/IV obtida a partir de registro no prontuário e referente à internação atual
Estágio da IC[§]	A/B/C/D
Classificação clínico-hemodinâmica[§]	A/B/C/L
Etiologia da insuficiência cardíaca	Isquêmica/ hipertensiva/ alcóolica/ valvular/ outras, conforme descrito em prontuário
Comorbidades cardiovasculares	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)/ arritmia/ doença arterial coronariana (DAC)/ doença valvar/ outras, conforme descrito em prontuário
Número de comorbidades Cardiovasculares	Zero/um/dois/três/quatro
Comorbidades de outros sistemas orgânicos	Diabetes mellitus (DM)/ dislipidemia (DLP_/ doença pulmonar/ lesão renal/ outras, conforme descrito em prontuário
Número de comorbidades de outros sistemas orgânicos	Zero/um/dois/três/quatro
Marcapasso definitivo	Sim/Não
Marcapasso temporário	Sim/Não
Cardiodesfribrilador interno	Sim/Não
Outros (conforme descrito em prontuário)	Sim/Não

Legenda: * Valor do salário mínimo em dezembro/2018: R$954

Fonte: [#] Brucki SMD, Nitrini R, Paulo Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuro.Psiquiatr. 2003;61(3-B):777-81

[§] Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539

4.5.3 Instrumentos de coleta de dados

- **Expertos**

O instrumento de coleta de dados dos expertos foi constituído de duas partes (Apêndice E), além de instruções para preenchimento do instrumento. Os expertos foram esclarecidos sobre a definição de pertinência adotada neste estudo, qual seja, o grau em que o indicador era consistente com o resultado[83.]

A parte A continha as variáveis de caracterização demográfica, acadêmica e profissional, com perguntas abertas e fechadas. A parte B continha 50 indicadores da NOC e cinco novos indicadores. As DC de cada indicador foram fornecidas para guiar o julgamento dos expertos. A cada indicador, seguia-se uma escala tipo Likert de 5 pontos, na qual 1 = “não pertinente”; 2 = “pouco pertinente”; 3 = “moderadamente pertinente”; 4 = “muito pertinente”; 5 = “extremamente pertinente”. Além disso, havia espaço para comentários e sugestões para cada indicador e um espaço para comentários de maneira geral.

- **Pacientes**

O instrumento de coleta de dados dos pacientes (Apêndice F) também foi composto por duas partes. A parte A, continha os dados de caracterização sociodemográfica e clínica e a parte B, a avaliação da importância dos indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

A parte A foi preenchida pela pesquisadora durante a entrevista com o paciente ou coleta de dados em prontuário. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM)[82] foi avaliado como parte das características clínicas dos pacientes.

O MEEM é um instrumento composto por questões agrupadas em sete categorias para avaliar funções cognitivas específicas: orientação no tempo (5 pontos), orientação no espaço (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto)[82].

Para as questões de orientação temporal e espacial, deve ser atribuído um ponto para cada resposta correta. Para avaliação da memória imediata por meio do registro de três palavras, é atribuído um ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houvesse erros. Para avaliação da atenção e cálculo, é atribuído um ponto para cada resultado correto (subtração de setes seriadamente: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7), e se houver erro, deve-se corrigir o paciente e prosseguir com o exame, considerando correto se o mesmo se autocorrigir espontaneamente. Para avaliação da lembrança de três palavras, também deve ser atribuído um ponto para cada palavra lembrada corretamente. Para avaliação da linguagem, seis atividades são solicitadas ao paciente: nomeação de dois objetos (um ponto para cada acerto), repetição perfeita de uma frase (um ponto), realização de três comandos (um ponto atribuído para cada comando executado corretamente), leitura de uma frase escrita com realização do que foi solicitado (um ponto atribuído quando a tarefa for executada sem ajuda) e escrita de uma frase sem erros gramaticais ou ortográficos (um ponto). Por fim, a capacidade construtiva visual é avaliada por meio de cópia de um modelo de dois pentágonos intersecionados formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (um ponto)[82].

O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos[82]. A capacidade cognitiva foi considerada preservada de acordo com o escore final obtido pelo paciente de acordo com os anos de estudo reportados (Quadro 13).

Quadro 13 - Anos de estudo e escore mínimo no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para pacientes com capacidade cognitiva preservada

Anos de estudo	Escore MEEM
Analfabeto	≥ 20 pontos
1 a 4 anos de estudo	≥ 25 pontos
5 a 8 anos de estudo	≥ 26,5 pontos
9 a 11 anos de estudo	≥ 28 pontos
Mais que 11 anos de estudo	≥ 29 pontos

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Paulo Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuro.Psiquiatr. 2003;61(3-B):777-81

A parte B continha as questões para os pacientes avaliarem a importância dos indicadores. Cada questão correspondia a um indicador e a cada uma seguia-se escala tipo Likert de quatro pontos, com as seguintes opções de resposta: nada importante, pouco importante, importante e muito importante.

A escala tipo Likert de quatro pontos foi escolhida pois elimina a tendência de seleção central causada pelo ponto neutro e, possibilita que indivíduos com menor nível de instrução possam escolher dentre um menor número de opções como categorias de respostas quando comparada à escala Likert de cinco pontos[84]. Além disso, com uma escala de quatro pontos é possível discriminar melhor o grau de importância dos indicadores com base na opinião dos pacientes em comparação a uma escala de três pontos.

- **Teste piloto do instrumento de avaliação da importância dos indicadores**

Previamente à aplicação da parte B do instrumento de coleta de dados, foi realizado teste piloto para verificar potenciais dúvidas ou dificuldades dos pacientes e realizar ajustes no instrumento de avaliação.

O teste piloto foi realizado em maio de 2018. Foram selecionados pacientes que atendiam aos critérios de inclusão mencionados na seção 4.5.1.

Inicialmente, a parte B do instrumento foi testado em uma amostra de cinco pacientes, o que correspondeu a 1/3 da amostra de pacientes que participou da validação de conteúdo. Cada paciente foi abordado individualmente. Foram explicados os objetivos e propósitos do estudo e, em particular, do teste piloto. Os pacientes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como apresentado no apêndice G.

Para a operacionalização do teste piloto, cada questão do instrumento foi lida para os pacientes. Perguntava-se a eles se haviam compreendido a questão ou se haviam tido alguma dificuldade. Em caso de dificuldade, foi solicitado ao paciente para relatar qual fora a dificuldade. Para todos os pacientes foi questionado se tinham sugestões para melhorar a redação das questões para deixá-las mais simples e fáceis de compreender.

As modificações sugeridas pelos pacientes foram discutidas entre a pesquisadora e a orientadora e, aquelas consideradas pertinentes foram realizadas. Após as modificações, o instrumento foi testado com mais cinco pacientes, que não

tiveram dificuldades para compreender as questões e não fizeram outras sugestões. Nenhum paciente do teste piloto foi incluído na amostra final da validação de conteúdo.

4.5.4 Procedimentos de coleta de dados

- **Expertos**

A coleta de dados com os expertos ocorreu entre maio e junho de 2018. Os expertos foram localizados por meio de busca no diretório de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando a palavra-chave “processo de enfermagem” no mês de abril de 2018. A expressão escolhida direcionou a localização de expertos com experiência na tomada de decisão sobre metas ou resultados esperados e obtidos a partir da assistência de enfermagem. A partir dessa busca inicial, obteve-se número manejável de pessoas cadastradas no diretório do CNPq e, a partir desses resultados, foram selecionados os expertos com experiência em enfermagem em cardiologia/cardiovascular. Foram consultados também websites de sociedades de especialistas na área da cardiologia, onde nenhum experto foi localizado.

O currículo de cada experto disponível na plataforma Lattes foi consultado para verificar a pontuação de acordo com o sistema de classificação de expertos[79]. Todos que tiveram pontuação mínima de cinco pontos receberam carta convite (Apêndice H) por meio eletrônico e foram solicitados a indicar enfermeiros que poderiam participar do estudo.

Os expertos que aceitaram participar da pesquisa receberam o instrumento de coleta de dados (Apêndice E), cujo prazo para devolução foi estabelecido em duas semanas. Quando o prazo não foi cumprido, foi realizado novo contato por correio eletrônico e estabelecido novo prazo de mais duas semanas. Os expertos que não devolveram o instrumento preenchido ao final das quatro semanas foram excluídos do estudo.

- **Pacientes**

A coleta de dados com pacientes ocorreu no mês de maio de 2018. Os pacientes internados em unidades de internação de um hospital cardiológico na cidade de São Paulo foram localizados por meio de busca ativa em censo diário de pacientes internados. Além de consulta ao censo de pacientes, consulta à enfermeira responsável pela unidade no dia da coleta de dados foi conduzida de forma a incluir pacientes que tinham sido hospitalizados por outra causa primária, mas que tinham IC como doença de base. Os potenciais pacientes foram esclarecidos sobre a finalidade e objetivo do estudo. Aqueles que aceitaram participar, assinaram TCLE (Apêndice G).

Os dados de caracterização sociodemográfica e clínica foram coletados por meio de entrevista e consulta ao prontuário. O MEEM e a importância dos indicadores em relação ao conhecimento sobre a doença, tratamento e, prevenção das complicações e exacerbações da IC foram coletados por meio de entrevista.

4.5.5 Interpretação e análise dos dados

Os dados foram armazenados e organizados em planilha do software Excel® 15.0 e analisados por meio do software R versão 3.5.3[80]. As variáveis de caracterização dos pacientes foram descritas por medidas de tendência central e dispersão. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa; para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartil, valores mínimo e máximo.

A análise dos dados provenientes das opiniões dos expertos foi realizada por meio do cálculo da média ponderada da pertinência (MPP) e do índice de validade de conteúdo (IVC). A MPP foi calculada atribuindo-se pesos aos escores selecionados pelos expertos na escala tipo Likert, sendo 1 = 0,00; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; e 5 = 1,00. A MPP foi utilizada posteriormente para o cálculo da média ponderada global (MPG), conforme será descrito adiante.

O IVC mede a proporção de expertos que estão em concordância na avaliação do indicador[85]. Calculou-se o IVC para cada indicador e para o RE. Para calcular o IVC de cada indicador, determinou-se o total de avaliações marcadas com escores 4

e 5 (S4/5) e dividiu-se pelo número total de respostas. Para calcular o IVC do resultado, foram somados os IVC de cada indicador e dividiu-se pelo número total de indicadores do RE[85]. Considerando que o processo de avaliação dos indicadores individualmente deve-se considerar o número de juízes[86], e que foi empregada amostra de 15 expertos nessa etapa, estabeleceu-se como ponto de corte IVC mínimo de 0,80[85].

A análise dos dados provenientes das opiniões dos pacientes foi realizada por meio do cálculo da média ponderada da importância (MPI) e do índice de concordância (InC). A MPI foi calculada atribuindo-se pesos aos escores selecionados pelos pacientes na escala tipo Likert, sendo 1 = 0,00; 2 = 0,34; 3 = 0,66 e 4 = 1,00. A MPI foi utilizada posteriormente para o cálculo da MPG.

O InC expressa a adequação da representação comportamental dos indicadores[87]. Este termo refere-se ao valor da estatística calculada que corresponde à média aritmética dos valores do indicador analisado pelos pacientes[87]. Para o cálculo do InC, as categorias de resposta foram agrupadas de forma que: “muito importante” e “importante” receberam peso +1, “pouco importante” recebeu peso zero e “nada importante” recebeu peso -1. A fórmula a seguir foi utilizada para o cálculo do Inc.:

$$\text{InC} = \frac{[\mathrm{f} * \mathrm{i}(-1)] + [\mathrm{f} * \mathrm{i}(0)] + [\mathrm{f} * \mathrm{i}(+1)] * 100}{\mathrm{n}}$$

onde, f = frequência, i = total de itens -1, 0 ou 1, e n = número de pacientes

Considerando-se os pressupostos deste estudo em que a expertise no assunto é baseada na experiência clínica e acadêmica dos expertos e na experiência dos pacientes em viver com a doença, atribuiu-se igual importância à opinião de expertos e pacientes. Desse modo, a pertinência e a importância dos indicadores foram levadas em conta na interpretação dos dados relativos aos indicadores. Para tanto, foi calculada a MPG de cada indicador, por meio da média aritmética entre MPP e MPI.

Os indicadores foram classificados em principais (MPG $\geq$ 0,80) e secundários (0,80 < MPG $\geq$ 0,50) ou não pertinentes (MPG < 0,50). Os valores de MPG utilizados para classificar os indicadores em principais, secundários ou descartá-los foram baseados no modelo de validação de conteúdo de Fehring[52]. Os indicadores com MPG $\geq$ 0,50 foram selecionados para prosseguir para a etapa de validação clínica.

4.6 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM“CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA”

4.6.1 Local do estudo

A etapa de validação clínica foi realizada em um hospital público universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíaca e torácica, localizado na cidade de São Paulo. O hospital possui 535 leitos distribuídos em sete alas de internação e desse total,157 leitos são de unidades de terapia intensiva (UTI). Realiza cerca de 13 mil internações ao ano, 260 mil consultas médicas e 37 mil atendimentos multiprofissionais[88].

4.6.2 População e amostra

A população de interesse para esta etapa do estudo constituiu-se de pacientes internados em um hospital público de cardiologia na cidade de São Paulo, com diagnóstico médico de IC. Para serem incluídos no estudo, os pacientes deveriam ter idade maior ou igual a 18 anos, condição clínico-hemodinâmica que permitisse participação no estudo e não estar em cuidados paliativos. Foram excluídos os pacientes com confusão mental ou delirium.

Não há uma recomendação formal com relação ao tamanho da amostra em estudos de validação clínica de RE. Assim, o tamanho amostral é definido de acordo com os métodos utilizados para realizar a validação clínica. Neste estudo, adotou-se as recomendações para o cálculo de tamanho amostral utilizadas para validação de instrumentos de medida[89]. Definiu-se, a priori, que a amostra deveria ser constituída por, no mínimo, cinco pacientes para cada indicador do RE[89]. Considerando-se que 50 indicadores seriam submetidos à etapa de validação clínica, o tamanho da amostra foi definido em 250 pacientes.

4.6.3 Variáveis de caracterização dos pacientes

As variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e categorias de resposta são as mesmas apresentadas no quadro 12 (sessão 4.5.2).

4.6.4 Seleção e treinamento dos avaliadores

Para a aplicação do Instrumento de validação clínica dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" foram selecionados seis assistentes de pesquisa (avaliadores), que receberam treinamento. Estes eram enfermeiros especialistas em cardiologia, com no mínimo dois anos de experiência profissional.

O treinamento ocorreu de forma presencial, em sala reservada para esta finalidade, no mês de agosto de 2018, de forma individual e com carga horária de duas horas. Utilizou-se a exposição dialogada como estratégia didática, além de estudo de caso fictício. O conteúdo abordado no treinamento foi o seguinte:

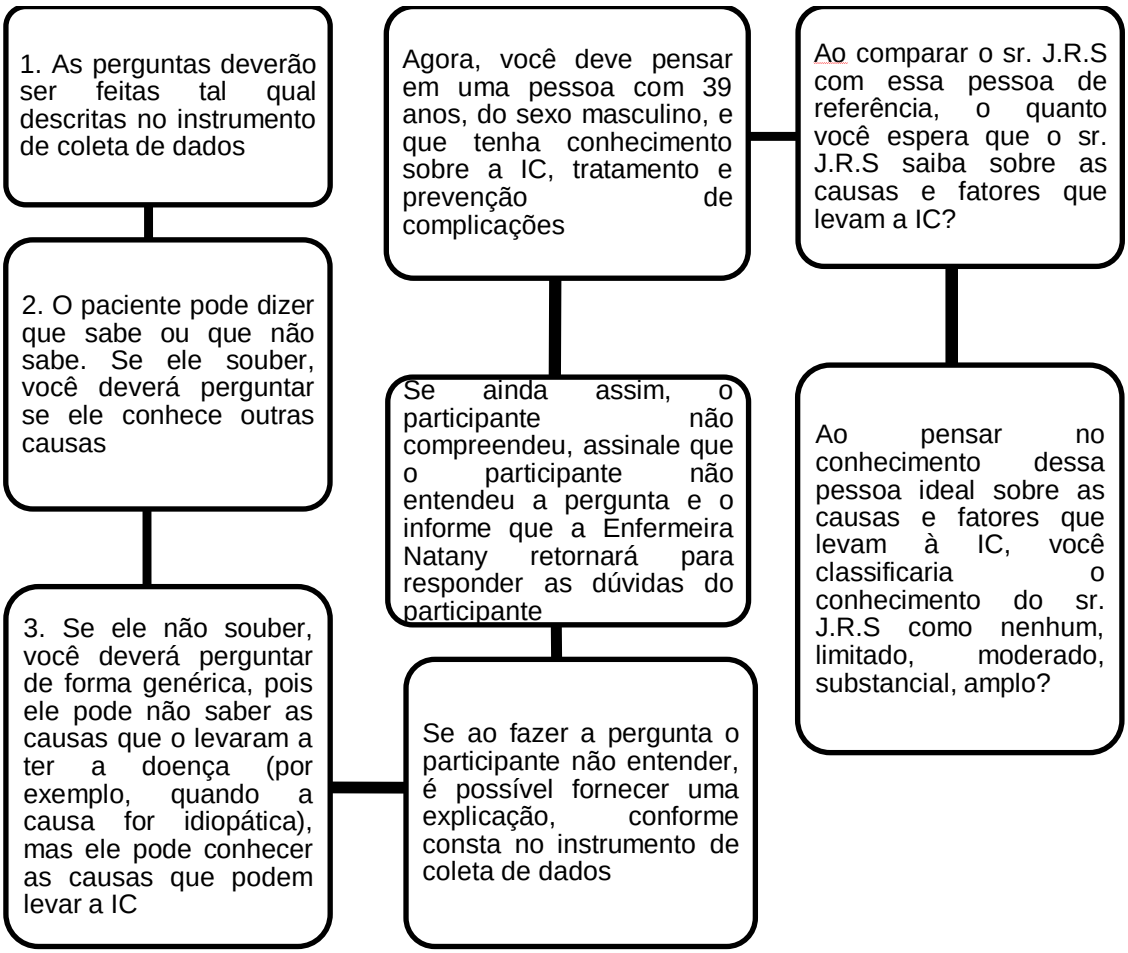
1) Apresentação do projeto e seus objetivos (10 minutos) – Abordagem sobre os objetivos do estudo, métodos e resultados parciais das etapas de revisão de escopo, elaboração e validação das DC, DO e questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores; e validação de conteúdo.
2) Apresentação do método de validação clínica (5 minutos) - amostra do estudo, e procedimento de seleção dos pacientes.
3) Classificações em enfermagem com ênfase na estrutura da NOC (30 minutos) – finalidade e benefícios do uso das classificações em enfermagem; estrutura das classificações NANDA-I, NOC e NIC; organização das classificações em domínios e classes, definição conceitual (o que são REs) e estrutural (título, definição, escala de medida, indicadores) e finalidade dos RE; seleção e avaliação de RE para medir a efetividade dos cuidados ou intervenções de enfermagem (considerando as possíveis fontes de informação, experiência do profissional, pessoa de referência e definição estrutural do RE).

4) Orientações sobre a coleta de dados (30 minutos) - estabelecimento de horário com a pesquisadora para receber lista com os com os pacientes que seriam entrevistados no dia; aspectos e conteúdo da comunicação interpessoal com o paciente (saudação, apresentação pessoal identificando-se como enfermeira colaboradora do estudo, reforço quanto aos objetivos do estudo e tempo necessário para entrevista, esclarecimento de que dúvidas ou a falta de conhecimento sobre um tópico específico poderiam ocorrer e que seriam sanadas posteriormente pela pesquisadora, além disso, os pacientes deveriam ser esclarecidos de que não estariam sendo julgados, caso não entendessem ou não soubessem responder a quaisquer das perguntas), avaliação da magnitude de respostas dos indicadores com base nas perguntas norteadoras.
5) Simulação do uso do instrumento em situações fictícias (45 minutos) – as avaliadoras utilizaram o instrumento de coleta de dados em dois estudos de caso fictícios. Para facilitar a utilização da escala de medida da NOC, fez-se uma analogia entre a magnitude de resposta avaliada pela escala da NOC com uma escala de 0 a 100. Nessa analogia, 100 corresponderia a todo o conhecimento que uma pessoa ideal teria sobre a doença e, portanto, referir-se-ia ao conhecimento vasto (magnitude 5 na escala da NOC). Por sua vez, zero corresponderia a completa falta de conhecimento que uma pessoa ideal teria sobre a doença e, portanto, referir-se-ia nenhum conhecimento (magnitude 1 na escala da NOC). Ainda, os pontos 25, 50 e 75 na escala de 0 a 100, corresponderiam a níveis progressivamente maiores de conhecimento que uma pessoa ideal teria sobre a doença, de modo que referir-se-iam a conhecimento limitado, moderado e substancial (magnitudes 2, 3, e 4 na escala da NOC), respectivamente.

Os estudos de caso tiveram a finalidade de familiarizar as avaliadoras com a escala de magnitude da NOC, “calibrar” as avaliadoras para utilizar a escala de medida e discutir dúvidas. As figuras 2 e 3 contêm os estudos de caso utilizados no treinamento e a sequência de orientações fornecidas para guiar a utilização da escala de medida da NOC.

Figura 2 - Estudo de caso 1 utilizado no treinamento dos avaliadores na etapa de validação clínica

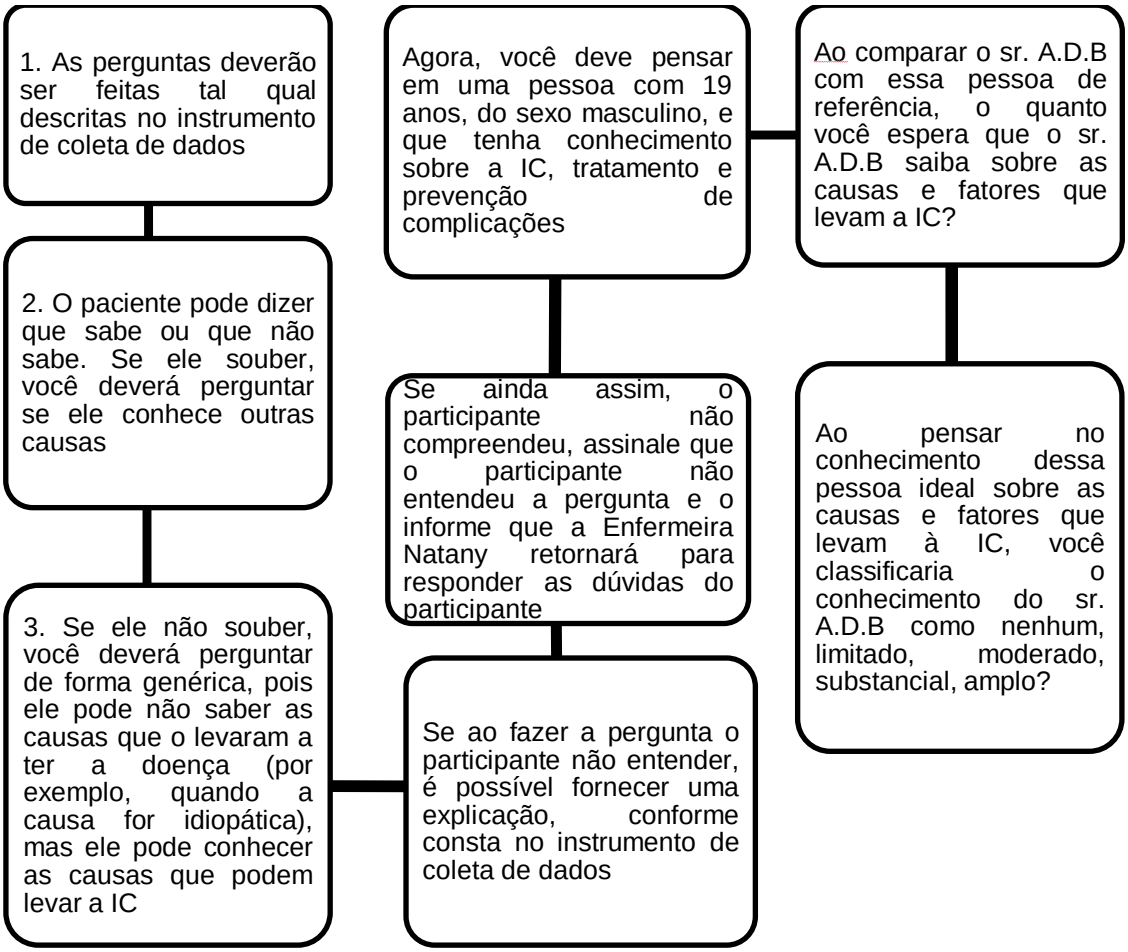
Caso 1 - J.R.S., 39 anos, sexo masculino, solteiro, com ensino fundamental incompleto, operário civil, nascido na zona rural de Bocaiúva- MG, com diagnóstico de doença de Chagas há 10 anos. Iniciou com quadro de dispneia durante as atividades laborais, sugestivos de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Teve diversas internações hospitalares para tratar da IC. Na admissão no Pronto Socorro há 3 dias apresentava dispneia aos mínimos esforços e edema em membros inferiores 3+/4+. É HAS, DM e DLP, em classe funcional II, perfil clínico hemodinâmico B, e com FEVE ao ECOTT de 39%



Para ajudar podemos pensar que a escala da NOC varia de 0 a 100. Logo, qual nota você daria ao sr. J.R.S ao comparar o que ele sabe com o que paciente ideal sabe? A nota zero seria o equivalente a dizer que o sr. J.R.S não sabe nada (1); Se o sr. J.R.S tivesse 25% do conhecimento do paciente ideal, o sr. J.R.S teria conhecimento limitado (2); Se o sr. J.R.S tivesse entre 25 e 50% do conhecimento do paciente ideal, o sr. J.R.S teria conhecimento moderado (3); Se o sr. J.R.S tivesse entre 50 e 75%, do conhecimento do paciente ideal, o sr. J.R.S teria conhecimento substancial(4); Se o sr. J.R.S tivesse entre 75 e 100% do conhecimento do paciente ideal, o conhecimento do sr. J.R.S seria amplo (5)

Figura 3 - Estudo de caso 2 utilizado no treinamento dos avaliadores na etapa de validação clínica

Caso 2- A.D.B, 19 anos, sexo masculino, solteiro, com ensino fundamental completo, desempregado, procedente de Santo André, admitido no Pronto Socorro há 7 dias com quadro de edema em membros inferiores (2+/4+), cansaço aos médios esforços (quando caminhava 500 m), fraqueza, e diminuição da diurese. Paciente transferido para a UTI clínica para compensação da IC. É hipertenso e dislipidêmico, com IC hipertensiva em classe funcional III, perfil clínico hemodinâmico C, e com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25%.



Para ajudar podemos pensar que a escala da NOC varia de 0 a 100. Logo, qual nota você daria ao sr. A.D.B ao comparar o que ele sabe com o que paciente ideal sabe? A nota zero seria o equivalente a dizer que o sr. A.D.B não sabe nada (1); Se o sr. A.D.B tivesse 25% do conhecimento do paciente ideal, o sr. A.D.B teria conhecimento limitado (2); Se o sr. A.D.B tivesse entre 25 e 50% do conhecimento do paciente ideal, o sr. A.D.B teria conhecimento moderado (3); Se o sr. A.D.B tivesse entre 50 e 75%, do conhecimento do paciente ideal, o sr. A.D.B teria conhecimento substancial (4); Se o sr. A.D.B tivesse entre 75 e 100% do conhecimento do paciente ideal, o conhecimento do sr. A.D.B seria amplo (5).

4.6.5 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de caracterização sociodemográfica, clínica e do conhecimento sobre a insuficiência cardíaca (Apêndice I) compreendia duas partes, como será descrito a seguir.

- **Parte A- Variáveis de caracterização dos pacientes**

As variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica e suas respectivas categorias de respostas são as mesmas descritas no quadro 12 (sessão 4.5.2).

- **Parte B- Conhecimento sobre a insuficiência cardíaca e o autocuidado**

Teste que avalia o conhecimento sobre a IC foi utilizado como padrão de referência[90] para determinar o conhecimento dos pacientes deste estudo sobre IC. Esse instrumento foi escolhido porque foi frequente nas citações incluídas na revisão de escopo desenvolvida na parte 1 dessa tese e sua versão traduzida, adaptada e validada para uso no Brasil estava disponível[91]

Em 2002, Artinian, Magnan, Christian e Lange desenvolveram e validaram nos Estados Unidos um teste de conhecimento sobre IC[90]. Apesar do conhecimento sobre a IC ser abordado em outros estudos, os autores identificaram que pouco se sabia sobre a influência das características sociodemográficas nos níveis de conhecimento dos pacientes, e por isso, deveria ser conduzida pesquisa acerca do conhecimento na IC em grupos diversos de pacientes. Assim, desenvolveram o *The Heart Failure Knowledge Test* com base nas recomendações da *Agency for Health Care Policy and Research Clinical Practice Guidelines*[90].

The Heart Failure Knowledge Test é organizado nos seguintes tópicos: informação geral sobre a IC, prognóstico (diretivas avançadas), atividade física, dieta, medicamentos, e a importância da adesão ao cuidado. Consiste em 15 itens, sendo 13 questões de múltipla escolha e dois itens de preenchimento em branco acerca do peso ganho desde a última consulta no médico e do peso ganho por dia (depende de cada paciente por isso não existe uma resposta padronizada). Os itens foram desenvolvidos com base na experiência clínica dos autores e em revisão de literatura. Cada pergunta tem apenas uma resposta correta dentre cinco opções de respostas. As pontuações de conhecimento são determinadas somando-se o número de respostas corretas, variando de zero a 15 pontos[90].

A validade de conteúdo foi estimada com uma enfermeira experiente no cuidado de pacientes com IC e com dois pacientes especialistas. A confiabilidade do instrumento foi testada em amostra de 123 pacientes hospitalizados em três hospitais norte-americanos e que estavam prontos para receber alta hospitalar. A consistência interna do questionário, calculada por meio do alfa de Cronbach, foi de 0,61[90].

O questionário foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para a língua portuguesa, para uso no Brasil por Rabelo, Mantovani, Aliti e Domingues e disponibilizado em 2011[91]. No estudo de validação, o instrumento foi testado com 153 pacientes de um ambulatório de IC na região sul do Brasil[91]. Na adaptação do instrumento, foi necessária a retirada de três questões. A primeira questão relacionava-se à quantidade de sal contida em um vidro de pimenta em conserva; a segunda relacionava-se à IC terminal, decisões, ou ordens, antecipadas (testamentos) quando o paciente não tinha condições de tomar decisões por conta própria; e a terceira referia-se aos efeitos colaterais da furosemida. Em substituição às três questões, foram acrescentadas uma questão sobre atividade física e uma sobre ingestão hídrica. Em algumas questões (como sobre uso de medicamentos) foi acrescida a expressão “não se aplica”. Além disso, o número de alternativas para resposta foi reduzido de cinco para quatro opções, pois os pacientes apresentaram dificuldade para memorizar cinco opções de respostas por pergunta[91].

Desse modo, a versão brasileira do questionário compreende 14 questões, sendo uma relacionada à dieta, três relacionadas ao controle de líquidos e peso corporal, duas questões se referem a informações gerais sobre a IC, cinco questões dizem respeito ao conhecimento sobre medicamentos utilizados no tratamento da IC, uma questão sobre atividade física, uma questão se refere a medidas para o controle da IC, e uma questão aborda o conhecimento do paciente sobre os motivos de reinternação[91].

Dentre as 14 questões, 13 são de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta e uma questão de múltipla escolha tem três alternativas corretas (questão 13)[91]. O paciente recebe um ponto para cada questão respondida corretamente. Para receber a pontuação referente à questão 13 (1 ponto), o paciente deve assinalar as três alternativas corretas[91]. O escore total é obtido pela somatória de pontos do questionário e varia de zero a 14 pontos. Como na versão original, não foram estabelecidas categorias de conhecimento de acordo com a pontuação obtida pelo

questionário. Assim, quanto maior o escore, maior o conhecimento sobre a IC. Importante destacar que esse questionário não tem um nome específico logo, para facilitar o entendimento dessa tese, será referenciado como questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado

- **Instrumento de validação clínica dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"**

O instrumento de validação clínica (Apêndice J) foi composto pelos códigos e rótulos dos 50 indicadores do RE que foram submetidos à validação clínica, DC, DO e os itens para operacionalizar a avaliação dos indicadores. Os itens formulados para operacionalizar a avaliação dos indicadores não foram validados por expertos, porque foram construídos com base nas DC validadas dos indicadores e nas questões validadas sobre a importância dos indicadores.

Cada indicador foi operacionalizado por meio de três itens. O primeiro item, que deveria ser aplicado para todos os pacientes, foi elaborado considerando-se a DC do indicador e visava identificar se o paciente tinha conhecimento acerca daquele indicador em relação ao seu próprio caso. Para alguns indicadores, o primeiro item era precedido de uma pergunta para verificar se o indicador era ou não aplicável ao paciente. Por exemplo, em relação aos testes diagnósticos, primeiro perguntava-se se o paciente já tinha sido submetido a testes diagnósticos por causa da IC. Se a resposta fosse não, o indicador seria considerado não aplicável para o caso do paciente no momento da entrevista.

Seguiam-se outros dois itens. Um deveria ser aplicado para o paciente caso ele soubesse responder o primeiro e tinha a finalidade de identificar um conhecimento mais amplo do paciente, para além do seu próprio caso. O outro item deveria ser aplicado se o paciente não soubesse responder o primeiro, com a finalidade de tentar capturar se o paciente tinha conhecimento sobre o indicador, mas não especificamente em relação ao seu próprio caso.

Para todos os indicadores, havia uma instrução sobre o esclarecimento a ser dado ao paciente, caso ele tivesse dificuldade para compreender os itens relacionados ao indicador. Também havia espaço para o registro de perguntas complementares que, porventura, fossem necessárias para a investigação da magnitude do conhecimento do paciente sobre aquele indicador.

Além disso, um espaço para comentários dos pacientes e das avaliadoras foi disponibilizado de forma a registrar as dúvidas ou sugestões que pudessem ser realizadas.

Para cada indicador, havia cinco categorias de respostas (correspondente às magnitudes de resposta do RE, conforme descrito no Anexo 1) e uma categoria de resposta para quando o paciente não entendesse a pergunta, mesmo após o esclarecimento realizado pela avaliadora. Essa categoria foi elaborada para não fazer um julgamento errôneo do conhecimento do paciente.

- **Teste piloto**

Previamente à aplicação do instrumento para validar clinicamente os indicadores do RE, foi realizado teste piloto para verificar o tempo de cada coleta de dados, potenciais dúvidas ou dificuldades; e realizar ajustes no instrumento de coleta de dados. O teste piloto do instrumento foi realizado nos dias 04 e 05 de setembro de 2018. Foram selecionados pacientes com IC hospitalizados em unidades de internação e que atendiam aos critérios de inclusão mencionados anteriormente (seção 4.5.1).

O instrumento foi testado em uma amostra de três pacientes e com uma dupla de avaliadoras. Foram explicados os objetivos e propósitos do estudo e, em particular, do teste piloto aos pacientes e, aqueles que aceitaram participar, assinaram o TCLE (Apêndice K).

Ao final do teste piloto, foi realizada reunião com as avaliadoras para avaliar as dificuldades de aplicação do instrumento, e as sugestões parar melhorar seu uso. As modificações sugeridas pelas avaliadoras foram discutidas entre a pesquisadora e a orientadora e, aquelas consideradas pertinentes foram realizadas.

Os pacientes do teste piloto não foram incluídos na amostra final da etapa de validação clínica.

4.6.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados da etapa de validação de clínica ocorreu de setembro a dezembro de 2018. Os potenciais pacientes foram localizados por meio de consulta

aos prontuários. Todos foram esclarecidos sobre o objetivo e finalidade do estudo. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o TCLE (Apêndice K).

Inicialmente, realizava-se a avaliação da capacidade cognitiva por meio do MEEM[82], e na sequência coletava-se os dados sociodemográficos e clínicos por meio de consulta ao prontuário e entrevista, e aplicava-se o Questionário de Conhecimento sobre a IC (Parte B- Apêndice I). Todas as perguntas foram lidas para os pacientes e suas respostas, documentadas no instrumento de coleta de dados.

O instrumento de validação clínica dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" foi aplicado a cada paciente por uma dupla de avaliadores. As duplas não eram fixas, em função da disponibilidade de horário delas não ser sempre coincidente. Para evitar desgaste e cansaço para o paciente, apenas uma das avaliadoras aplicava os itens, seguindo roteiro de perguntas disponibilizado no instrumento de coleta de dados (Apêndice J). De forma independente, ambas as avaliadoras registravam a magnitude de resposta dos pacientes para cada indicador.

As avaliadoras foram orientadas a aplicar os itens exatamente como estavam descritos no instrumento de coleta de dados, com a finalidade de garantir que o mesmo constructo estivesse sendo medido. Caso fosse necessário, perguntas adicionais poderiam ser realizadas por ambas avaliadoras para complementação da resposta do paciente, pois as perguntas essenciais para avaliação das magnitudes de resposta já estavam contempladas nos itens. Essas perguntas adicionais deveriam ser registradas em campo específico no instrumento de coleta de dados.

Considerando a definição estrutural do RE, a experiência da avaliadora e, comparando o paciente a uma pessoa de referência (pessoa do mesmo sexo e idade, com melhor conhecimento sobre a IC, seu tratamento e prevenção de complicações), a avaliadora deveria fazer o julgamento sobre a magnitude do conhecimento do paciente com relação a cada indicador utilizando a escala de medida da NOC, na qual 1- nenhum conhecimento; 2- conhecimento limitado; 3- conhecimento moderado; 4- conhecimento substancial; 5- conhecimento vasto.

Ao término de cada avaliação, os instrumentos de coleta de dados deveriam ser armazenados em envelope pardo e entregues à pesquisadora.

4.6.7 Interpretação e análise dos dados

Os dados foram armazenados e organizados em planilha do software Excel® 15.0 e analisados por meio do software R versão 3.5.3[80]. As variáveis de caracterização dos pacientes foram descritas por medidas de tendência central e dispersão. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa; para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, desvio-padrão, mediana, intervalo interquartil, valores mínimo e máximo.

A análise dos resíduos, ou seja, a diferença entre a variável resposta observada e a variável resposta estimada, foi realizada por meio do gráfico de probabilidade normal Q-Q para determinar o tipo de distribuição das variáveis do RE e do questionário de avaliação do conhecimento. Dessa forma, para as variáveis do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" assumiu-se que a distribuição era normal e por isso, coeficiente de correlação de Pearson foi calculado para analisar a correlação com as variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínicas dos pacientes. O valor de r e a respectiva força de associação foi considerada baixa para valores entre 0,00 e 0,25 (-0,25); moderada para valores entre 0,25 (-0,25) e 0,50 (-0,50); boa para valores entre 0,50 (-0,50) e 0,75 (-0,75) e, excelente para valores entre 0,75 (-0,75) e 1,00 (-1,0)[92]. Para modelar as medidas auto repetidas de um indivíduo com as características gerais da população em uma distribuição simétrica dos dados, foi utilizado o modelo de efeitos mistos,[93] com seus respectivos intervalos de confianças de 95%.

Para as variáveis do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado assumiu-se que a distribuição era assimétrica e por isso, foi calculado o coeficiente de correlação de postos de Spearman para avaliar a associação com as variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica. A respectiva força de associação (R) foi considerada muito fraca para valores entre 0,00 e 0,19 (-019); fraca para valores entre 0,20 (-0,20) a 0,39 (-0,39); moderada para valores entre 0,40 (-0,40) a 0,59 (-0,59); forte para valores entre 0,60 (-0,60) a 0,79 (-0,79) e muito forte para valores entre 0,80 (-0,80) e 1,0 (-1,0)[94]. Para esta análise foi calculado o modelo de efeitos mistos generalizados, que modela as medidas auto repetidas de um indivíduo com as características gerais da população-[93] em uma distribuição assimétrica dos dados, e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para analisar a associação entre as variáveis categóricas de caracterização dos pacientes com o RE e o questionário de avaliação sobre conhecimento da IC e o autocuidado, o modelo de efeitos mistos e de efeitos mistos generalizado[93] foram empregados, respectivamente.

A consistência interna do questionário de avaliação sobre conhecimento da IC e o autocuidado foi calculada por meio do alfa de Cronbach[95], sendo considerado valores aceitáveis acima de 0,70 com classificação de consistência interna muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha > 0,90$)[96]. Calculou-se também a correlação item-total, que mede a correlação de cada item com o questionário como um todo. Correlação item-total <0,30 sugerem uma fraca correlação com os demais itens do questionário[97].

O cálculo do escore global do RE (EGR) foi necessário para estimar a validade clínica do RE, e levou em consideração que havia uma diferença na pertinência dos indicadores classificados como “principais” e “secundários” na etapa de validação de conteúdo. Dessa forma, para o cálculo do escore global do RE, os indicadores “principais” receberam peso 2 e os indicadores “secundários” receberam peso 1. Estes pesos foram usados para ponderar as magnitudes de respostas dos indicadores. Esses produtos foram somados e divididos pelo número total de indicadores (excetuando-se aqueles que não tinham resposta). Quando o indicador não tinha resposta (isto é, quando o paciente não entendia a pergunta), ele não foi considerado no cálculo do escore global, porque o paciente não poderia ser “penalizado” por não entender a pergunta. No caso de indicadores não aplicáveis para o paciente no momento da entrevista, por exemplo, paciente que não experienciou sinais e sintomas de depressão por causa da IC, esperou-se obtenção de escores mais baixos na escala de magnitude de resposta do RE (1=”nenhum conhecimento” ou 2= “pouco conhecimento”), pois somente foi avaliado o conhecimento mais amplo sobre o indicador (conhecimento sobre os sinais e sintomas de depressão em pacientes com IC, de modo geral).

Considerando que as avaliadoras não eram fixas, a avaliadora 1 não foi a mesma para todos os pacientes, o mesmo ocorrendo para a avaliadora 2, as avaliações realizadas pelas avaliadoras 1 foram designadas “avaliação 1” e as realizadas pela avaliadora 2, “avaliação 2”.

Foi calculado o EGR da avaliação 1 e o EGR da avaliação 2. O EGR final foi obtido pela média aritmética dos escores das avaliações, e considerou as 500 avaliações realizadas, sendo 250 na avaliação 1 e 250 na avaliação 2. O EGR máximo do RE era de 9,6. Quanto maior o EGR, maior o conhecimento do paciente sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e prevenção de complicações e exacerbações.

A validade clínica do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" foi estimada por meio de três medidas: estabilidade, confiabilidade e validade concorrente. Para avaliar a estabilidade entre avaliadores da medida, foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI), com valor mínimo aceitável de 0,70[98]. Para avaliação da consistência interna do RE da NOC, foi calculado o alfa de Cronbach e a correlação item-total, cuja interpretação foi descrita anteriormente nesta seção. A validade concorrente[99] foi determinada pela correlação dos EGR final do RE com o escore do questionário de conhecimento da IC[91]. Para esta medida, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson. A interpretação da força de correlação foi descrita previamente nesta seção.

O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em concordância com as determinações da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[100], sob parecer número 2.620.411, de 25 de abril de 2018 (Anexo 2).

Todos os expertos que aceitaram participar do estudo receberam carta convite (Apêndice C e H) pois como eram avaliadores e não sujeitos da pesquisa, estavam foram isentos da assinatura do TCLE pelo CEP. Neste sentido, o aceite em participar da pesquisa confirmava o consentimento livre e esclarecido. Os pacientes aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE (Apêndices G e K).

Todos os participantes do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa. Foi-lhes assegurada a confidencialidade e sigilo dos dados, bem como esclarecidos os riscos e benefícios de sua participação. Ademais, garantiu-se aos participantes a liberdade de revogação de seu consentimento a qualquer tempo. As dúvidas ou conceitos equivocados sobre a doença, tratamento e prevenção de complicações foram esclarecidos aos pacientes pela pesquisadora ao final da coleta de dados.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO DE ESCOPO

5.1.1 Seleção das publicações

As estratégias de busca nos portais e bases de dados filtraram 8072 citações. Apenas a base de dados Ethos não recuperou citações.

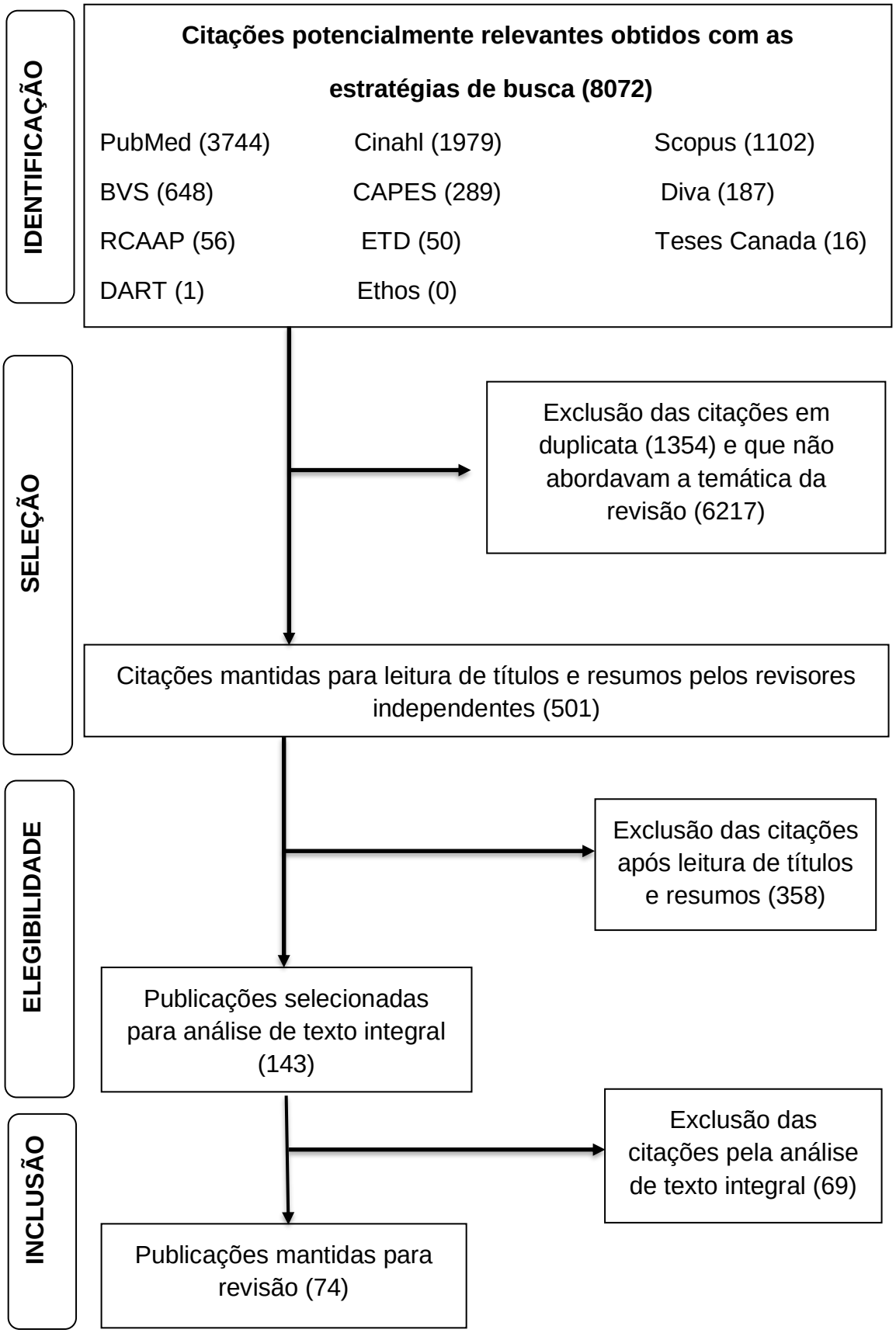
Após a leitura inicial dos títulos, foram excluídas 1354 duplicatas e 6217 citações que claramente não abordavam a temática da revisão, permanecendo 501 para a leitura de títulos e resumos pelos revisores independentes.

Dessas citações, 358 citações foram excluídas pelas seguintes razões: não respondiam à pergunta de pesquisa (n= 199), não apresentavam resumo (n = 118), eram protocolos de pesquisa (n = 3), eram teses e dissertações que haviam sido publicados em formato de artigos revisados por pares e que já tinham sido incluídos na pesquisa (n = 3), publicações em francês (n = 18), alemão (n = 12), russo (n = 2), japonês (n = 2) e sueco (n = 1). Assim, 143 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra.

Após a leitura na íntegra, foram excluídas 69 publicações porque não apresentavam os atributos do conhecimento do paciente sobre o manejo da IC. Desse modo, 74 publicações compuseram a amostra final dessa revisão. Todas eram relatos de estudos primários ou secundários.

A figura 4 representa o fluxograma de busca na literatura e de inclusão das publicações baseado na recomendação (Principais itens para relatar em revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA)[101].

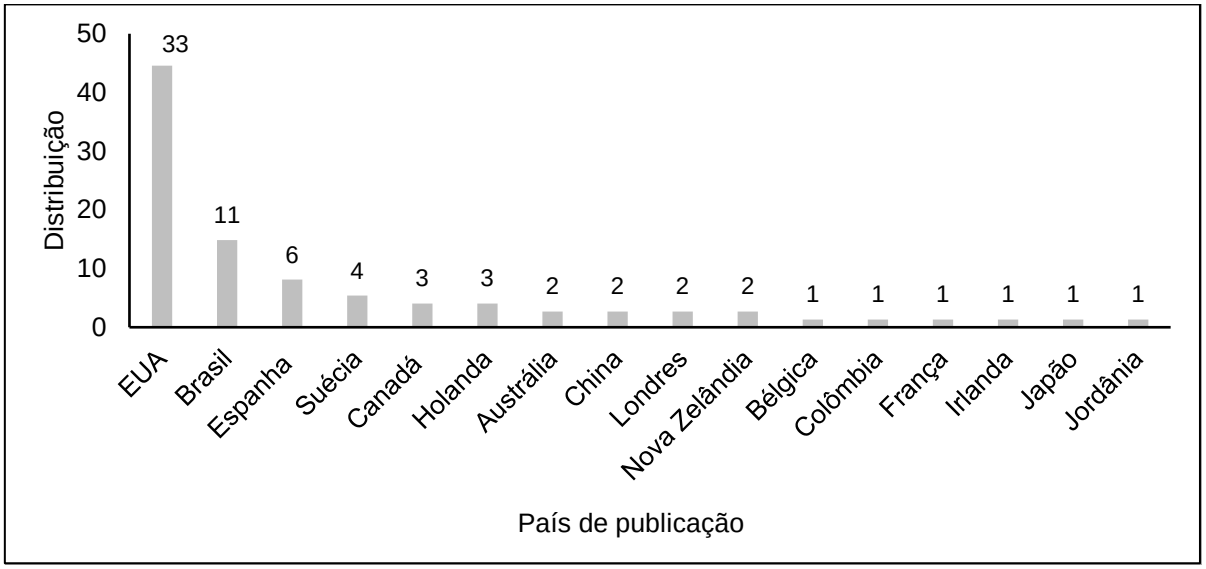
Figura 4 - Fluxograma do processo de busca na literatura e inclusão das publicações



5.1.2 Extração dos dados

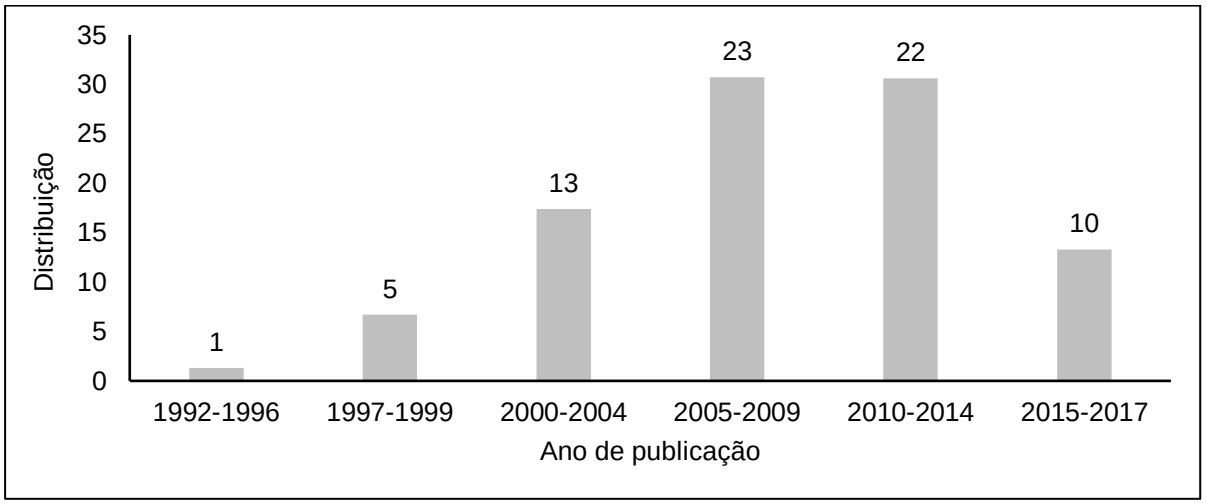
O idioma mais frequente dos estudos incluídos nessa revisão foi o inglês (n = 63; 85,1%), seguido do português (n = 8; 10,8%) e espanhol (n = 3; 4,0%). A figura 5 apresenta a distribuição dos estudos de acordo com o país de publicação.

Figura 5 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão de acordo com o país de publicação (n=74)



A figura 6 mostra a distribuição dos estudos segundo ano de publicação.

Figura 6 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão segundo ano de publicação (n=74)



Em todos os artigos lidos na íntegra foram identificados atributos do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". Em 11 estudos foram identificadas DC ou DO. Os artigos lidos na íntegra com seus respectivos objetivos e métodos, bem como os indicadores e definições identificadas estão descritas no quadro 14.

Quadro 14 – Quadro síntese dos estudos incluídos na revisão de escopo

(continua)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2017, Jordânia, Research in Nursing and Health[102]	Descrever as associações entre conhecimento, fatores sociodemográficos e comportamentos de autocuidado em pacientes com IC	Estudo transversal 236 participantes (56,9±12,2 anos; 62,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: versão arábica da *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, causas da insuficiência cardíaca, sinais e sintomas, medicamentos, importância de consumir alimentos com menos sódio, monitorização do peso e atividade física, controle de fluidos, reconhecimento dos sintomas	Não
2016, Brasil, Dissertação[103]	Analisar o autocuidado e o conhecimento sobre a IC no monitoramento ambulatorial convencional comparado com a mesma estratégia associada a uma abordagem telefônica pela enfermagem; comparar os escores do conhecimento sobre a IC e o autocuidado na IC; analisar a associação das variáveis de conhecimento com o autocuidado na IC	Ensaio clínico controlado randomizado 19 participantes (60,5±12,3 anos; 52,6% sexo masculino) foram alocados no grupo intervenção e 17 (60,0±10,9 anos; 47,4 % sexo masculino) no grupo controle Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento sobre a IC validado para o Brasil	Definição da doença, monitorização do peso diário, monitorização dos sinais e sintomas de descompensação, educação para o uso dos medicamentos, restrição de sódio e líquido, atividade física regular, educação quanto ao uso de álcool e fumo, vacinação, mecanismo de ação e efeitos adversos dos medicamentos, motivos de reinternação	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2016, EUA, Social Work in Health Care[104]	Avaliar as mudanças no conhecimento de autocuidado com pacientes diagnosticados com IC que foram monitorizados por videochat com um profissional previamente treinado	Estudo transversal 45 participantes (60,0±21,5 anos; 66,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: *Member Confidence Measure (MCM)*	Sintomas da insuficiência cardíaca, medicamentos, quando procurar por ajuda médica, tomando decisões mais saudáveis e seguras, dieta e estilo de vida, saúde mental, barreiras para interagir com o sistema de saúde, restrição de sódio e líquidos	Não
2016, Brasil, Journal of Cardiovascular Nursing[105]	Descrever as propriedades psicométricas de questionários desenvolvidos para avaliar o conhecimento de pacientes com IC e identificar o questionário mais aplicável para avaliar o conhecimento destes pacientes	Revisão sistemática de 12 estudos primários, que reportavam o desenvolvimento e a validação das propriedades psicométricas de instrumentos para a avaliação do conhecimento	Conhecimento geral ou básico da insuficiência cardíaca, fisiopatologia, tratamento, sinais e sintomas, fatores de risco, dieta e nutrição, atividade física/ exercícios, medicamentos e efeitos colaterais, autocuidado, balanço hídrico, reconhecimento de sintomas, fatores de risco, consequências da IC, monitoramento da pressão arterial e frequência cardíaca da IC	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2015. Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem[106]	Verificar o conhecimento dos pacientes sobre IC, por meio de dois resultados de enfermagem em ambiente domiciliar, durante um seguimento de seis meses e, correlacionar a média dos seus indicadores com um Questionário de Conhecimento sobre IC e o autocuidado	Quase-experimental, com pré e pós-teste 23 participantes (63,3±11,0 anos; 65,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento sobre IC e o autocuidado validado para o Brasil	Definição da doença, percepção da necessidade de informar o provedor de cuidados de saúde sobre todos os medicamentos tomados atualmente, identificação do nome correto dos medicamentos, descrição da administração correta, ações e efeitos secundários dos medicamentos, processo de doença, razões para o regime de tratamento, responsabilidades de autocuidado para situações de emergência, dos efeitos esperados do tratamento, da dieta e atividade prescrita, questões relacionadas à dieta, líquidos e peso, informações gerais de IC, medidas que melhoram a IC e motivos de reinternação	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2015, Australia, Rural and Remote Health[107]	Redesenhar um recurso educacional sobre insuficiência cardiaca para ser culturalmente seguro aos povos aborígenes e isleiros do Estreito de Torres, trabalhando em colaboração com a comunidade local e realizar testes de viabilidade	Estudo de método misto (pesquisa-ação e estudo descritivo) Estudo misto realizado em duas fases. A Fase 1 usou métodos de pesquisa-ação para desenvolver um recurso eletrônico com segurança cultural para ser fornecido aos pacientes aborígenes com IC por meio de um tablet Na Fase 2, o novo recurso foi testado em uma amostra de cinco pacientes aborígenes com IC (61,0±10,0 anos; 60% sexo masculino) para avaliar a viabilidade e aceitabilidade Avaliação do conhecimento: Questionário modificado de conhecimento da IC	Manejo de fluidos, reconhecimento de sinais e sintomas da doença, causas e consequências, fisiologia da doença, barreiras na procura por ajuda	Não
2015, EUA, Journal of Cardiovascular Nursing[108]	Avaliar o nível de autocuidado e conhecimento na IC para determinar os preditores de autocuidado em pacientes com IC com comprometimento cognitivo leve	Observacional, descritivo, transversal 125 participantes (59,0±13,0 anos; 53,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, etiologia da IC, reconhecimento de sintomas, causas da piora rápida dos sintomas, dieta, restrição de líquidos, manejo dos medicamentos e, quantidade e importância dos exercícios físicos	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2015, Suécia, Scandinavian Cardiovascular Nursing[109]	Avaliar se um novo sistema de intervenção domiciliar (HIS, OPTILOGG ®-software especializado e um tablet) pode melhorar o comportamento de autocuidado, qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL), conhecimento sobre IC e redução de dias de hospitalização	Ensaio clínico controlado randomizado 32 pacientes hospitalizados com IC (75,0±8,0 anos, 66,0% sexo masculino) foram alocados no grupo intervenção e 40 (76,0±7,0 anos, 70,0% sexo masculino) no grupo controle Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, etiologia da IC, reconhecimento de sintomas, causas da piora rápida dos sintomas, dieta, restrição de líquidos, manejo dos medicamentos e, quantidade e importância dos exercícios	Não
2015, Brasil, Dissertação[110]	Avaliar o impacto do conhecimento do paciente sobre IC como fator importante para a manutenção da sua qualidade de vida	Observacional, descritivo, transversal 66 pacientes (59,0± 26,5 anos) sendo 33 atendidos em clínicas de insuficiência cardíaca (57,6% sexo masculino) e 33 pacientes ambulatoriais ou de unidades de internação (66,7% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: Questionário *"O que os pacientes sabem sobre a sua Insuficiência Cardíaca?*"	Conhecimento sobre IC, monitoramento de peso diário, sinais e sintomas de descompensação, manejo dos medicamentos, atividades físicas e repouso, controle da dieta e líquidos, atividades sociais e motivos para reinternação	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ Operacional**
2015, China, Heart & Lung[111]	Examinar a eficácia de um folheto de educação em saúde e acompanhamento telefônico em relação à adesão aos medicamentos dos pacientes, à qualidade de vida relacionada à saúde e ao estado psicológico de pacientes com IC	Ensaio clínico controlado randomizado 80 pacientes (59,7±11,3 anos; 63,8% sexo masculino) foram alocados no grupo experimental e 66 pacientes (59,0±10,3 anos; 67.5% sexo masculino) foram alocados no grupo de controle Avaliação do conhecimento: Questionário de necessidades dos pacientes com IC elaborado em outro estudo pelos autores	Conhece a função normal do coração, conceito de IC, etiologia, fatores de risco, classificação funcional, sinais e sintomas, estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o manejo da IC, controle do peso, sintomas de exacerbação, quando deve procurar auxilio de profissional de saúde ou serviço de emergência, medicamentos em uso, sabe dizer os horários de tomada dos medicamentos, sabe manejar doses perdidas, reconhece os efeitos indesejados dos medicamentos prescritos e não prescritos, importância da dieta hipossódica, sabe identificar alimentos com alto teor de sódio, conhece a importância de dieta com pouca gordura, restrição de líquidos, importância de controlar o consumo de álcool, evitar ou cessar o tabagismo, ajustes para relação sexual, direção e para exercer atividades laborais de forma segura	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2014, EUA, Health Psychology[112]	Identificar as barreiras e fatores que promovem o autocuidado entre os pacientes com IC com níveis mais altos ou mais baixos de conhecimento	Observacional, descritivo, transversal 612 pacientes (65,9±12,9 anos; 59,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Scale*	Natureza e causa da IC, sinais e sintomas, prognóstico, manejo comportamental e medicamentoso, fatores de risco e medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca	Sim *Definição da doença- "A insuficiência cardíaca é uma condição em que o coração não pode bombear sangue suficiente para atender às necessidades da corpo"
2014,EUA, JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports[113]	Identificar a melhor evidência na efetividade de aprendizado computadorizado em pacientes adultos com IC no conhecimento, readmissão, autocuidado, qualidade de vida e satisfação do paciente	Revisão sistemática que rastreou estudos publicados e não publicados desde 1970 até outubro de 2013 nas bases de dados PubMed, CINAHL, *The Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), EMBASE, PsycINFO, *Heatlhsource: Nursing/Academy edition*, *Academic Search Premiere* e ERIC, além da literatura cinzenta e incluiu dois estudos que avaliavam o conhecimento do paciente na IC	Conhecimento geral da IC, definição da doença, sintomas, manejo do auto cuidado	Não
2014, EUA, Research in Social and Administrative Pharmacy[114]	Testar um modelo para explicar as relações entre alfabetização em saúde, conhecimento de IC, auto eficácia e autocuidado	Observacional, descritivo, transversal 63 pacientes (62,1±13,7 anos; 52,4% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Questionnaire- HFKQ*	Controle de sódio, definição da doença. restrição de fluidos, monitorização do peso diariamente, definição de IC, causas, medicamentos, estilo de vida saudável, sinais de alerta, vacinação, orientações para dirigir e viajar, fraqueza por causa da IC, controle da pressão arterial e frequência cardíaca	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ Operacional**
2014, EUA, Journal of Cardiovascular Nursing[115]	Examinar os efeitos de uma intervenção educativa de apoio oferecida em ambiente domiciliar usando estratégias para melhorar o status de saúde e o autocuidado em pacientes adultos ou idosos com IC classe funcional I a III.	Ensaio clínico controlado randomizado 50 pacientes com IC (62,4±10,9 anos) foram randomizados para grupo controle (n=25, 64,0% sexo feminino) e grupo intervenção (n=25, 36,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Questionnaire- HFKQ*	Definição da doença; ganho de peso inapropriado; mecanismos e efeitos colaterais dos inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), digoxina, diuréticos; sintomas de exarcebação; uso apropriado de alcool, nível de sódio e alimentos com baixo teor de sódio; auto cuidado IC, motivos de rehospitalização	Não
2014, EUA, Journal of Cardiovascular Nursing[116]	Identificar o nível de conhecimento de pacientes rurais com IC e as características clínicas e demográficas associadas com o baixo nível de conhecimento sobre a doença	Estudo transversal 612 pacientes (65,9±13,0 anos; 59,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Questionnaire- HFKQ*	Fisiopatologia da IC, definição da doença, manejo dos sintomas, nutrição, medicamentos, promoção da saúde	Sim *<u>Definição da doença</u>- "uma condição o na qual o coração não consegue bombear sangue suficiente de acordo com as necessidades do corpo *<u>Sinais e sintomas da IC</u>- pés e pernas inchadas, ganho de 2,3 kg em uma semana ou menos, dificuldade para respirar ou respiração encurtada, tosse seca, necessidade de travesseiros extras para dormir, inchaço no abdome, fadiga

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2014, China, The Journal of Nursing Research[117]	Examinar as correlações entre conhecimento da doença, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida em pacientes idosos com insuficiência cardíaca	Observacional, descritivo, transversal 141 participantes (68,0±13,7 anos; 51,8% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, hipovolemia como causa dos sintomas da IC, controle de peso corporal, identificação de sinais e sintomas, razões para procurar atendimento médico quando os sintomas aparecem, razões para controle do peso diário se IC, o que fazer com sintomas de piora da IC	Não
2012, Australia, European Journal of Cardiovascular Nursing[118]	Realizar teste piloto de uma intervenção e determinar a eficácia de um manual de autocuidado combinado com DVD para pacientes com IC	Quase-experimental, com pré e pós-teste 38 pacientes com IC (50,0 % com idade entre 65 e 74 anos; 71,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Conhecimento geral sobre a IC, dieta e restrição hídrica, sintomas, exercícios físicos e medicamentos	Não
2013, Japão, Japanese Heart Failure Knowledge Scale [119]	Desenvolver uma escala de conhecimento sobre IC e avaliar suas propriedades psicométricas	Metodológico, de validação 187 pacientes com IC (64,0±12,1 anos; 69,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Japanese Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, sintomas da insuficiência cardíaca, tratamento incluindo auto cuidado, adesão medicamentosa, restrição de fluidos, dieta, atividade física, sentimentos e perspectiva sobre a doença.	Sim <u>Definição da doença</u>- "condição na qual o coração não consegue bombear sangue para o corpo em quantidades suficientes" <u>Sinais e sintomas da IC</u>-"dispneia, dispneia paroxística noturna, ortopneia" <u>Sinais de descompensação</u> - "ganho de peso, hemoptise" <u>Efeito desejado dos medicamentos-</u> "remoção de líquidos pelos diuréticos"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2012, Brasil, Monografia[120]	Avaliar a eficácia de uma palestra realizada na sala de espera de um ambulatório para pacientes com IC. E avaliar a associação entre o conhecimento prévio de pacientes com IC e os fatores relacionados	Observacional, descritivo, transversal 187 pacientes com IC (51,5±14,8 anos; 51,3% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: Questionário de avaliação da IC composto por dez questões e elaborado pelos autores	Conhecimento geral sobre a doença (anatomia e fisiologia cardíaca), sinais e sintomas, tratamento medicamentoso, autocuidado	Não
2013, Colômbia, Enfermeria Global[121]	Determinar a eficácia de estratégias educativas de enfermagem para aumentar o conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais com IC	Ensaio clínico controlado randomizado 58 pacientes (média de idade de 66 anos; 53,4% sexo masculino) foram alocados para o grupo intervenção e 58 para o grupo controle (média de idade de 70 anos; 53,4% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: RE da NOC *Conhecimento: Controle da Doença Cardíaca*	Fisiopatologia da IC, sinais, sintomas, alimentação na IC, atividade física, função do captopril, função da furosemida, importância da adesão medicamentosa, administração concomitante de medicamentos	Não
2013, Brasil, Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo[122]	Avaliar o conhecimento do paciente com IC em relação à sua doença	Observacional, descritivo, transversal 32 pacientes de um ambulatório de IC (61,0±12,0 anos; 53,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento sobre a IC validado para o Brasil	Conteúdo educativo sobre IC, autocuidado, sinais e sintomas de descompensação, e busca precoce dos serviços de saúde	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2012, Brasil, Online Brazilian Journal of Nursing[123]	Avaliar o conhecimento da IC e autocuidado antes e depois do monitoramento dos cuidados de enfermagem em casa	Quase-experimental, com pré e pós-teste 41 pacientes (64,0±13,7 anos; 51,2% do sexo masculino) Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento sobre a IC validado para o Brasil	Definição da doença, causa da IC, sinais e sintomas, prognóstico, manejo comportamental e medicamentoso, fatores de risco e medicamentos usados no tratamento da IC	Não
2012,EUA, Tese [124]	Determinar a eficácia de uma intervenção específica de autocuidado projetada para pacientes com leve prejuízo cognitivo hospitalizados por IC e identificar preditores de autocuidado em IC	Ensaio clínico controlado randomizado 125 pacientes (59,0±13,0 anos) foram randomizados para o grupo intervenção (63 pacientes) ou controle (62 pacientes). Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, sinais e sintomas de descompensação, etiologia, reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, efeitos desejados e colaterais dos medicamentos, controle de peso, reforço dos horários e doses dos medicamentos prescritos, restrição hídrica e salina, abstenção do cigarro e restrição de álcool e medidas preventivas (vacinação e atividade física)	Não
2012, EUA, European Journal of Heart Failure[125]	Testar o efeito de uma intervenção direcionada sobre autocuidado, conhecimento de IC e readmissões hospitalares em 30 dias	Observacional, descritivo, transversal 125 pacientes (59,0 ± 13,0 anos) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge* Scale	Definição da doença, frequência com que um paciente com IC grave deve pesar-se; importância de pesar-se regularmente; sobre a ingestão limite de líquidos; tomar decisões diante da falta de ar e edema de membros inferiores; fatores que podem agravar os sintomas da IC; a razão do edema de membros inferiores; funções do coração; razões da restrição de sal; causas da IC; exercícios físicos; importância de seguir a prescrição	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2012, EUA, Patient Education and Couseling[126]	Avaliar as performances na avaliação do conhecimento sobre IC ministradas antes e depois da educação de alta hospitalar	Ensaio clínico controlado randomizado 128 pacientes randomizados (média de 67 anos; 61,0% sexo masculino) para grupo intervenção e 137 pacientes randomizados para grupo controle (média de 67 anos; 61,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Questionnaire (HFKQ)*	Manejo dos sintomas, restrição de sódio e líquidos, manejo medicamentoso, reconhecimento dos sintomas, importância da prática de exercícios físicos	Não
2011, EUA, Journal of Heatlh Communication[127]	Determinar se uma intervenção educacional é mais eficaz do que a intervenção breve para melhorar o conhecimento, os comportamentos de autocuidado e a qualidade de vida relacionada à IC	Metodológico Descrição de modelos teóricos que sugerem métodos para melhorar o desenho de currículos educacionais e programas para público com pouca alfabetização, incluindo a teoria da carga cognitiva e a teoria do domínio de aprendizagem. Também descreve os princípios orientadores práticos para a concepção de uma intervenção, que inclui uma abordagem multi-estratégica educacional que ensina as habilidades de autocuidado dos pacientes (*"Teach to Goal"*).	Princípios básicos da IC, papel da dieta restritiva de sódio, importância a limitação da ingestão de líquidos, mecanismo dos diuréticos e farmacoterapia, monitorização do peso, adesão dos medicamentos, cessação de tabaco, limitação da ingestão de álcool e medidas para tomar quando os sintomas piorarem	Sim <u>Conhecimento sobre consumo de sódio-</u> "descreve como o sal afeta o corpo, identifica teor de sódio dos alimentos, sabe ler os rótulos dos alimentos, escolhe alimentos com baixo teor de sódio" <u>Benefícios do exercício físico-</u> "sabe quando interromper o exercício, opções de exercício, como progredir a intensidade" <u>Conhece as estratégias de automonitoramento-</u> " avalia dispneia ao caminhar e deitar, reconhece tontura, edema nos membros inferiores, pesa-se, sabe quando solicitar/ comunicar profissionais de saúde sobre piora dos sintomas"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2011, EUA, Journal of Cardiac Failure [128]	Examinar o efeito de dois níveis diferentes de treinamento de autocuidado nos benefícios incrementais a uma breve educação (1 hora) para conhecimento, comportamentos de autocuidado e qualidade de vida relacionada à IC (HFQOL)	Ensaio clínico controlado randomizado 605 pacientes (média de 60,7 anos; 52,0% sexo masculino) sendo 302 pacientes no grupo controle e 303 no grupo intervenção Avaliação do conhecimento: versão adaptada do *Improving Chronic Illness Care Evaluation (ICICE)*	Definição da doença, benefícios do exercício físico, estratégias de automonitoramento da doença, conhecimento sobre diurético, ações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, peso diário no mesmo horário, procura ajuda médica quando necessário, restrição de sódio, e realização de exercícios físicos	Não
2011, Bélgica, European Journal of Cardiovascular Nursing[129]	Comparar programa de ensino computadorizado com educação padrão no conhecimento e autocuidado de pacientes com IC e, avaliar a satisfação do paciente com o programa educacional na alta hospitalar.	Quase-experimental, com pré e pós-teste 37 pacientes (72,8±10,8 anos; 70,2% sexo masculino) foram recrutados sendo 21 no grupo intervenção (cuidados usuais e um programa educacional em *CD ROM*) e 16 no grupo controle (somente cuidados usuais) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, ajuste de diuréticos, o que fazer em caso de exacerbação dos sintomas, dieta com restrição de sal, exercícios físicos, peso diário e adesão medicamentosa	Não
2011, Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem[91]	Realizar a adaptação transcultural de um questionário (composto por 15 questões) que avalia conhecimento sobre IC e autocuidado e, analisar a validade de conteúdo e reprodutibilidade	Metodológico, de validação de conteúdo 153 pacientes (59,0±13,0 anos; 64,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento sobre a IC e o autocuidado validado para o Brasil	Definição de insuficiência cardíaca, sinais e sintomas, como é realizado o diagnóstico, medicamentos, medidas de auto cuidado	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2010, Espanha, Heart & Lung[130]	Avaliar a eficácia de uma única intervenção educacional domiciliar para pacientes internados com IC	Ensaio clínico controlado randomizado 106 pacientes: 42 no grupo de intervenção (77,8±5,8 anos; 76,2% sexo masculino) e 64 no grupo controle (77,4±6,8 anos; 65,6% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: "*Guia practica para el paciente y su entorno*"	Dieta, líquidos, peso corporal, definição da doença, sintomas da IC, nome dos medicamentos, atividade física, medidas que melhoram a IC e motivos de reinternação	Não
2010, Brasil, Dissertação[131]	Caracterizar grupo de pessoas com IC acompanhado em ambulatório de um hospital de alta complexidade em cardiologia, segundo perfil sócio-demográfico, perfil de saúde e de tratamento; identificar o conhecimento das pessoas com IC sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico e analisar o conhecimento e o significado que atribuem à doença	Observacional, descritivo, transversal 42 pacientes (45,2% com idade entre 45 e 54 anos; 57,1% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: baseado em *guidelines* clínicos de IC, e elaborado pelo autor	Nome correto dos medicamentos, efeitos adversos e colaterais dos medicamentos, sinais e sintomas, fatores de descompensação da doença, ingestão de líquidos, dieta sem sal, abstenção de tabaco, consumo limitado de álcool, vacinação contra Influenza e Pneumococo, atividades físicas	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2010, Brasil, Revista Latino-Americana de Enfermagem[132]	Descrever a prescrição do manejo não farmacológico a pacientes com IC internados em emergências e efetividade de sua realização	Observacional, descritivo, transversal 256 pacientes com IC (63±13,0 anos; 60,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores	Composição da dieta (carboidratos, proteínas e lipídios), ingestão de álcool, restrição hídrica, monitorização de peso corporal, vacinação, cessação do tabagismo, identificação de sinais e sintomas de descompensação, atividade física e repouso, atividades sociais, o que sabe sobre a doença, o que faz para se cuidar, as modificações na vida após o início da doença e sua percepção a respeito do efeito do tratamento para o controle da doença	Não
2009, EUA, Journal of Cardiovascular Nursing[133]	Examinar como a comunicação sobre o tratamento da IC entre os pacientes e seus médicos é vivenciado e compreendido por ambos os parceiros	Qualitativo, descritivo, estudo exploratório Seis pacientes adultos com IC (média de 58 anos; 84,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: entrevistas semiestruturadas com questões elaboradas pelo autor	Controle de sal, controle hídrico, controle de peso, prática regular de atividade física, monitorização do uso dos medicamentos, reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação	Não
2009, EUA, Critical Care Nursing[134]	Propor conteúdo de ensino adequado baseado em evidências para utilização em cuidados intensivos por enfermeiros como parte da educação geral do paciente com IC no plano de ensino de alta	Revisão integrativa sobre as necessidades do paciente com IC durante a hospitalização precoce: (1) reconhecer sintomas, (2) repouso de estimulação e exercícios, (3) pesos diários, (4) restrição de sódio e fluidos e (5) manejo de medicamentos, com base na literatura	Conhecimento sobre ingestão de medicamentos, controle de peso, restrição de sódio na dieta, restrição de fluidos, monitorização e reportação dos sintomas	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2009, EUA, Journal of Cardiovascular Nursing[135]	Desenvolver o teste de conhecimento de Atlanta para IC, testar as propriedades psicométricas e revisar o teste.	Metodológico 116 pacientes (56,1±10,4; 63,8% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Atlanta Heart Failure Knowledge Test*	Reconhecimento do nomes dos sintomas, reconhecimento de piora dos sintomas, repouso de ritmo e exercício, pesos diários, restrição de sódio e fluidos, e gerenciamento de medicamentos.	Não
2009, EUA, Heart & Lung[136]	Comparar uma consulta médica compartilhada com enfermagem com a atenção padrão em relação ao autocuidado e ao conhecimento entre adultos com IC	Observacional, descritivo, transversal 34 pacientes com IC (67,3±14,5 anos; 59,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Test (HFKT*)	Sintomas da IC, seleção de alimentos com pouco sódio, ações e efeitos adversos dos medicamentos, monitorização do peso, atividades físicas	Não
2009, Espanha, Enfermeria Clínica[137]	Determinar o impacto de uma intervenção educativa de enfermagem para pacientes com IC ao aplicar um plano de cuidados padronizado focado na promoção do autocuidado.	Observacional, descritivo, transversal 100 pacientes (78,0±7,0 anos; 53,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: avaliação dos RE "Conhecimento: processo de doença"; "Conhecimento: dieta'*;* "Conhecimento: medicação e atividade prescrita"	Sinais e sintomas, dieta, exercícios físicos, conteúdo de sódio na dieta, reconhecimento de sintomas de exacerbação da doença, quando procurar por ajuda profissional	Não
2008, Espanha, Revista Clínica Española[138]	Examinar a associação entre autocuidado e conhecimento do autocuidado com a rehospitalização em pacientes adultos com IC	Observacional, analítico, caso controle Casos (116 pacientes, 25,9% com 75 a 79 anos, 56,9% do sexo feminino) e controles (209 pacientes, 28,7% com idade entre 70 e 74 anos, 57,9% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores sobre atividades higiênico-dietéticas e tratamento farmacológico na IC	Causas e fatores contribuintes da IC; complicações; controle de peso diário; dieta hipossódica; alimentos permitidos na dieta; nome correto, administração correta, ações, efeitos indesejados, precauções, reações adversas e interações dos medicamentos; exercícios físicos e restrições; definição da doença; sinais e sintomas; restrição hídrica e sinais de alarme	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2008, EUA, The American Journal of Cardiology[139]	Determinar quais fatores de risco estão associados com a falta de conhecimento sobre restrição de sódio na dieta e, determinar se estas lacunas podem aumentar o risco para readmissão hospitalar de pacientes com IC	Observacional, descritivo, transversal 97 pacientes com IC foram divididos em 2 grupos, com pouco conhecimento sódico (40 pacientes; 61,0±10,0 anos; 63,0% sexo masculino) e moderado conhecimento sódico (57 pacientes; 50,0±12,0 anos; 70,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Dietary Sodium Knowledge Test*	Controle de peso, urina, dieta, efeitos terapêuticos de digitálicos, furosemida, e inibidores de enzima conversora de angiotensina	Não
2008, EUA, Heart & Lung[140]	Explorar o conhecimento dos pacientes sobre o diagnóstico de IC, compreensão das recomendações de tratamento fornecidas pelos cuidadores cardíacos, e suas visões sobre o impacto da doença na vida diária e diagnóstico	Qualitativo, descritivo, exploratório 25 pacientes ambulatoriais com IC (70,4±10,2 anos; 96,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: entrevistas telefônicas semiestruturadas com perguntas elaboradas pelos autores	Conhecimento sobre restrição de sódio recomendado, habilidade para ler o conteúdo de sódio de um rótulo, prognóstico da doença e capacidade de classificar 12 recipientes de alimentos em categorias de alta e baixa quantidade de sódio	Não
2007, EUA, Patient Education and Couseling[141]	Examinar o impacto a curto prazo de um vídeo educacional, além da educação padrão sobre a utilização de cuidados de saúde do IC e a aderência ao comportamento de autocuidado	Ensaio clínico controlado e randomizado 112 pacientes distribuídos aleatoriamente para grupo educação padrão (n = 53; 61,0±14,2 anos; 68,0% sexo masculino) ou grupo educação padrão e vídeo educação (n = 59; 59,0±13,7 anos; 85% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Living with Heart Failure: A Home Video Guide to Self-Care*	Definição da doença, sintomas da doença, as mudanças no estilo de vida decorrente da IC (alteração em atividades físicas, qualidade de vida), conhecimento sobre medicamentos, conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos, oxigenioterapia, dieta, excesso de líquido relacionado à dosagem do diurético, monitoramento diário dos sintomas, realização de exames de rotina, prognóstico e cuidados de vida avançados	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
Brasil, 2007, Online Brazilian Journal of Nursing[142]	Avaliar o impacto da educação sistemática de enfermagem no conhecimento da doença e no autocuidado de pacientes em uma clínica de IC	Quase-experimental, com pós-teste 60 pacientes (57,0±13,0 anos, 58,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário estruturado incluindo questões sobre conhecimento na IC baseadas nas recomendações do Conselho de Enfermagem Cardiovascular da *American Heart Association*	Conhecimento sobre os medicamentos prescritos, dieta (ingestão de sódio e restrição de líquidos), monitorização de peso, cessação de tabaco, exercícios físicos, sinais de alarme com a piora dos sintomas, definição da doença, como lidar com problemas psicológicos (como depressão), visitas regulares a fornecedores de cuidados, e prática de atividades físicas	Não
2006, França, International Journal of Cardiology[143]	Desenvolver programas educacionais e criar ferramentas padronizadas para educação terapêutica como parte do projeto francês I-Care	Metodológico Avaliação do conhecimento: guia com cinco unidades de sobre fisiologia cardiovascular, recomendações para atividades físicas, alimentação e situações da vida real questionáveis	Compreensão da doença e tratamento, controle de peso, significado do ganho de peso e retenção de fluidos, compreensão dos medicamentos usados, cuidados não farmacológicos, controle diário não farmacológico (controle de sal, fluidos, atividades físicas)	Não
2006, Suécia, BMC Cardiovascular Disorders[144]	Avaliar o impacto de adicionar uma intervenção educacional com *CD-ROM* nos desfechos de readmissão ou morte durante seis meses após a orientação de alta hospitalar de paciente com IC	Ensaio clínico controlado e randomizado 108 pacientes (média de 70,8 anos; 76,0% sexo masculino) foram randomizados para grupo controle e, 122 pacientes (média de 70,3 anos; 80,0% sexo masculino) para grupo intervenção Avaliação do conhecimento: questionário geral da IC elaborado pelos autores com 16 perguntas	Definição da doença, conhecimento da doença (fisiologia do coração e circulação, fisiopatologia da IC, sintomas clínicos usuais, sinais de alarme e exames complementares para acompanhamento), sinais de exacerbação, dieta hipossódica, atividade física, ajustes necessários para a vida diária (transporte, clima, altitude), vacinação, atividade sexual e nome dos medicamentos	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2006, Holanda, European Heart Journal[145]	Examinar todas as dimensões de adesão e seus fatores relacionados em uma população com IC	Observacional, descritivo, transversal 501 pacientes com IC (72,0±11,0 anos; 60,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, sinais e sintomas, motivos para piora do quadro, efeitos terapêuticos dos medicamentos, como gerenciar excesso de líquidos com a administração de medicamentos	Não
2005, Brasil, Dissertação[146]	Comparar o impacto da educação individual e a orientação em grupo no conhecimento sobre a doença e autocuidado e na qualidade de vida de pacientes portadores de IC antes e após seis encontros ambulatoriais	Ensaio clínico controlado e randomizado 16 pacientes no grupo controle e oito pacientes no grupo intervenção, com 59,0±13,0 anos para ambos os grupos. Avaliação do conhecimento: Questionário de Conhecimento da Doença composto por 29 perguntas	Conhecimento sobre a IC em geral, tratamento farmacológico e não farmacológico, reconhecimento dos sintomas, o que fazer em caso de piora da doença	Não
2005, Canadá, American Heart Journal[147]	Avaliar o efeito da educação de uma nutricionista na adesão a uma dieta restrita a sódio em pacientes ambulatoriais com IC estável	Ensaio clínico controlado e randomizado 47 pacientes foram randomizados em um grupo de educação de dietistas (n = 23; 56,0±30,0 anos; 78,0% sexo masculino). E 24 pacientes (61,0±35,0 anos; 70,8% sexo masculino) foram alocados para grupo de cuidados habitual e ambos seguidos por três meses. Avaliação do conhecimento: questionário de conhecimento da IC elaborado pelos autores	Conhecimento sobre a IC, medicamentos e doença, sinais e sintomas de descompensação, conhecimento de onde e como obter assistência à saúde, tratamento farmacológico e cuidados não farmacológicos, dieta (controle de sal e líquidos), controle de peso, realização de atividade física, medicação e sinais de descompensação	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2005, EUA, Journal of Cardiac Failure [148]	Determinar se a participação em um projeto de melhoria colaborativo para IC foi associado à melhores aspectos interpessoais dos cuidados e resultados de saúde	Observacional descritivo, transversal 387 pacientes (61,0% com mais de 65 anos; 52% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: questionário de conhecimento da IC com 15 itens foi elaborado pelos autores	Definição da doença, conhecimento sobre sal/sódio, alimentos ricos em sal/sódio, atividade física, uso de medicamentos, controle do peso, entender os sintomas e saber o que fazer se piorarem	Sim Sintomas da IC- "dificuldade de respiração, edema de pernas ou tornozelos, sensação de mais cansaço que o usual, ganho de peso" Conhece o manejo ou autocuidado da doença- "controle de líquidos, controle do peso, atividade física/reabilitação, evitar consumo de álcool" Definição de IC- "coração não consegue bombear sangue em quantidade suficiente para o corpo"
2005, EUA, Journal of Cardiac Failure [149]	Descrever o desenvolvimento e teste inicial de uma pesquisa telefônica para capturar elementos de cuidados e resultados de saúde para IC que são melhor obtidos através de entrevistas com pacientes.	Observacional, descritivo, transversal 781 pacientes com IC, 62,0% com mais de 65 anos, 52,0% sexo feminino Avaliação do conhecimento: questionário de conhecimento da IC elaborado pelos autores	Conhecimento sobre sintomas de piora da doença, alimentos que contém grandes quantidades de sal, conhecimento geral da doença e seu manejo, medicamentos, realização de exercícios físicos, ingestão de líquidos, checagem de peso, definição de IC	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2005, EUA, American Heart Journal[150]	Determinar se um programa de educação simplificado sobre controle da IC (sintoma, reconhecimento e gerenciamento do peso líquido) poderia melhorar o conhecimento, o comportamento de autocuidado relatado pelo paciente e a gravidade da IC em um ambiente rural	Ensaio clínico controlado e randomizado 36 pacientes com IC (71,0±14,7 anos; 69,0% sexo masculino foram alocados em grupo intervenção e controle Avaliação do conhecimento: questões adaptadas do *Rapid early action for coronary treatment questionnaire*	Sintomas de piora da IC, quais alimentos têm maior teor de sódio, conhecimento geral sobre IC e seu manejo	Não
2005, Espanha, European Journal of Cardiovascular Nursing[151]	Avaliar o que realmente é alcançado com a educação de enfermeiros para uma população ambulatorial com IC	Observacional, descritivo, transversal 298 pacientes (79,0% sexo masculino; 64,7±10,5 anos) Avaliação do conhecimento: Questionário elaborado pelos autores com 14 itens	Causas e mecanismos da IC, sinais e sintomas, importância do peso diário, nome dos medicamentos e quando procurar por ajuda no caso de piora dos sintomas	Não
2005, Suécia, Patients Education and Couseling[152]	Avaliar o efeito de um programa de gestão de enfermagem visando aumentar o conhecimento de pacientes com IC sobre doença e autocuidado e relacionar os resultados com o gênero e a função cognitiva	Ensaio clínico controlado e randomizado 146 pacientes foram randomizados, sendo 72 para grupo intervenção (76,0±8,0 anos; 57,0% sexo masculino) e 74 para grupo controle (76,0±7,0 anos; 55,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado com base em recomendações da literatura pelos autores	Definição da doença, sinais de alarme de piora da doença; nome e ação dos medicamentos que devem ser tomados; controle de peso; restrição de sódio na dieta, de fumo e de bebida alcóolica; práticas de atividades físicas; e controle da pressão arterial	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2005, EUA, Circulation[153]	Comparar os efeitos de uma sessão de ensino de uma hora, individualizada, com um educador de enfermagem no processo de alta hospitalar entre indivíduos com IC que participaram da sessão educativa e entre aqueles que não participaram	Ensaio clínico controlado e randomizado 223 pacientes foram randomizados para grupo intervenção (n=107; 65,0±14,6 anos; 58% sexo masculino) ou grupo controle (n=116; 64,7±13,9 anos; 58,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário de práticas de auto cuidado na IC elaborado pelos autores	Definição da doença, etiologia, medicação, restrições de sódio e fluidos, sintomas, mudanças de estilo e como reconhecer e lidar com a piora da insuficiência cardíaca, vacinação para influenza, cessação de fumo, exercícios físicos, diminuição de ingestão de álcool	Não
2005, Holanda, European Journal of Cardiovascular Nursing[154]	Testar um questionário sobre conhecimento do paciente na IC composto por dez questões	Metodológico Avaliação do conhecimento: *Patient Knowledge Questionnaire (PKQ)*	Definição da doença, causas da IC, indicação e mecanismo de ação dos medicamentos, causas das exacerbações, razões para seguir dieta hipossódica, restrição de líquidos e controle de peso diário, cessação do tabagismo, evitar ingestão de álcool e o que fazer em caso de piora dos sintomas	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2005, Holanda, European Journal of Cardiovascular Nursing[155]	Desenvolver um instrumento confiável e válido, que mede o conhecimento que os pacientes têm sobre a doença e a saúde relacionada à IC e o regime de cuidados	Metodológico de validação 19 pacientes com IC (média de 67 anos) Avaliação do conhecimento: *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*	Definição da doença, reconhecer-se portador da condição cardíaca, apresentar esclarecimento claro sobre a doença, reconhecer o tratamento da congestão do coração, ingestão de líquidos, saber o peso de 1 litro de água, reconhecer a importância da pesagem regular, importância das frutas, vegetais e sopas na ingestão de líquidos, restrição de sal, controle da pressão arterial e frequência cardíaca.	Sim <u>Reconhecimento dos sinais de exacerbação</u>- "frequência de controle do peso, explica o motivo de monitorar o peso regularmente, o que fazer em caso de piorar a dispneia ou o edema de membros inferiores, sabe porque as pernas ficam edemaciadas, sabe o que fazer quando detecta aumento de 2kg em 2 ou 3 dias" <u>Conhecimento sobre a doença</u>- "definição e causas" <u>Tratamento não farmacológico</u>- "conhece a quantidade de líquidos que pode ingerir diariamente, o motivo de ter de seguir dieta hipossódica; conhece a intensidade e as frequências recomendadas para a realização de atividade física" <u>Tratamento farmacológico</u>- "conhece o efeito desejado dos medicamentos"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2004, EUA, Patient Education and Couseling[156]	Desenvolver e testar um programa de manejo de doenças para pacientes de baixa alfabetização com IC	Quase experimental, com pré e pós-teste 23 pacientes (média de idade de 60 anos, 60,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário de avaliação das necessidades educacionais elaborado pelos autores	Conhecimento sobre a IC em geral, definição da doença, tratamento farmacológico e não farmacológico, reconhecimento dos sintomas, o que fazer em caso de piora da doença	Sim Definição da doença- "quando o coração não bombeia sangue suficiente como deveria" Sintomas da IC- "dispneia ao deitar" Sinais de descompensação-"dispneia, ortopneia, ganho de peso"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2004, Espanha, European Journal of Cardiovascular Nursing[157]	Identificar a adesão ao tratamento dos pacientes com IC, o quanto eles sabem sobre a doença e tratamento, e nível de autocuidado	Observacional, descritivo, transversal 324 pacientes (65,4±10,8 anos; 72,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores e composto por 14 itens	Definição da doença, sintomas, sinal de desidratação, sinais de descompensação, ingestão de sal, hídrica, controle de peso	Sim Conhecimento dos sinais de piora- " > 3 sinais, de 1 a 3 sinais, nenhum sinal"; Conhece os medicamentos prescritos- "conhece 100% dos medicamentos prescritos, conhece 75%, conhece 50%; conhece 25 % e não conhece" Conhece os efeitos desejados dos medicamentos prescritos- "conhece 100% dos medicamentos prescritos, conhece 75%, conhece 50%; conhece 25 % e não conhece" ; Controle do peso- " mais que uma vez/semana, uma vez/semana, de uma a duas vezes/ mês"; Controle da pressão arterial- " mais que uma vez/semana, uma vez/semana, de uma a duas vezes/ mês"; Segue restrição de sódio na dieta- "sempre, quase sempre, às vezes"; Frequência de fumo "nunca, ocasionalmente, < 10 cig./dia"; Frequência de consumo de álcool- "nunca ou muito raramente, < 40g/dia, > =40 g/dia"; Realização de atividade física- "menos que as atividades de vida diária, somente as atividades de vida diária, consegue caminhar"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2003, EUA, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners[158]	Analisar os benefícios da prática avançada de enfermagem em um centro hospitalar de IC	Observacional, descritivo, relato de caso Paciente de 48 anos, sexo masculino, com IC de causa isquêmica Avaliação do conhecimento: dados de artigos da *Heart Failure Society of America* e diretrizes de prática da *American College of Cardiologia / American Heart Association*	Conhecimento sobre a performance do coração, sobre a insuficiência cardíaca, sinais de alarme de piora, nome e ação dos medicamentos que os pacientes recebem para o tratamento da IC, controle de peso, de pressão arterial, restrição de sódio, de álcool e fumo, realização de atividade física	Não
2003, Espanha, Enfermeria Global[159]	Saber o conhecimento dos pacientes sobre IC	Observacional, descritivo, transversal 75 pacientes (76,8±10,5 anos; 56,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: entrevistas com questionários semiestruturados elaborado pelos autores	Definição da doença, monitorização frequente de sintomas, nome correto dos medicamentos, adesão à dieta, restrição de fluidos, quando procurar por assistência de saúde, cessação de tabaco, atividade física, controle diário de peso, do consumo de sódio	Sim <u>Conhecimento sobre tratamento medicamentoso-</u> "sabe as indicações e os efeitos colaterais dos medicamentos”

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2003, EUA, Lippincott's Case Management[160]	Descrever uma abordagem colaborativa para gerenciar pacientes com IC entre uma agência de cuidados domiciliários e uma agência de gestão de cuidados.	Observacional, descritivo, transversal 74 pacientes com IC (média de idade de 73,8 anos; 63,0% sexo feminino) Avaliação do conhecimento: questionário estruturado elaborado pelos autores	Motivos para procurar médico como ganho de peso, edema e dispneia; controle de ingestão de água e de peso; realização de exercícios físicos leves; restrição de sódio; tratamento medicamentoso	Sim Controle do peso- "paciente pesa-se diariamente, registra e relata"; Reconhecimento de sintomas- "dispneia, fadiga, tosse, edema, desconforto torácico, tontura"; Atividade física/reabilitação - "descreve sintomas durante a atividade, reconhece quando deve interromper a atividade" Conhecimento sobre medicamentos- "conhece os medicamentos em uso, reconhece barreiras para o uso dos medicamentos, conhece a finalidade dos medicamentos, reconhece efeitos colaterais ou indesejados"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2003, Canada, The European Journal of Heart Failure[161]	Descrever o desenvolvimento do instrumento para mensurar a satisfação do paciente com o material de aceitabilidade educacional elaborado previamente e o questionário de aquisição de conhecimento para pacientes com IC	Observacional, metodológico 126 pacientes (66,0±13,0 anos; 73,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Knowledge Acquisition Questionnaire(KAQ)*	Definição da doença, controle de peso, reconhecimento dos sintomas, manejo dos medicamentos, dieta hipossódica, atividade física regular, manejo do estresse e da depressão, seguimento médico regular, comunica médico na mudança no estado de saúde, conhece os sinais de alerta que devem ser comunicados ao profissional de saúde, evita consumo de álcool	Não
2003, Nova Zelândia, The New Zeland Medical Journal [162]	Avaliar a eficácia percebida e a aceitabilidade de uma doença em um programa de gestão de pacientes com IC no Sul de Auckland	Observacional, descritivo, transversal 111 pacientes (41,0% com idade entre 71 e 80 anos; 49,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário semiestruturado elaborado pelos autores	Restrição de fluidos, ingestão de sódio (identificação de alimentos ricos em sal), atividade física, definição da doença, sinais e sintomas de piora, benefícios e efeitos adversos das classes medicamentosas mais comuns, nível apropriado de atividade física	Não
2003, Nova Zelândia, The European Journal of Heart Failure[163]	Investigar a absorção da autogestão através da avaliação do uso de diário de IC e do comportamento de auto pesar no grupo que recebeu intervenção e comparar o nível de conhecimento de autogerenciamento de IC entre grupos após 12 meses	Ensaio clínico controlado e randomizado 97 pacientes no grupo intervenção, (70,1±12,0 anos; 58,0% sexo masculino) não receberam diário da IC e, 76 no grupo controle (73,3±11,5 anos; 66,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores contendo perguntas abertas e fechadas	Dieta hipossódica), realização de exercícios físicos, ingestão de medicamentos de forma adequada, entender o objetivo dos medicamentos, entender a doença e comportamentos de estilo de vida prejudiciais no tratamento da doença, adesão e auto manejo dos medicamentos	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2002, EUA, Heart & Lung[164]	Examinar a frequência de desempenho de comportamentos de autocuidado, descrever fatores pessoais e ambientais que afetam os comportamentos de autocuidado, descrever a relação entre o nível de conhecimento dos pacientes com IC	Observacional, descritivo, transversal 110 pacientes (64,0±12,0 anos; 78,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: *Heart Failure Knowledge Test (HFKT)*	Sinais e sintomas, importância de monitorar peso diário, efeitos terapêuticos dos medicamentos, importância de adesão ao tratamento, recomendações sobre exercício e dieta	Não
2002, EUA, Applied Nursing Research[90]	Descrever o conhecimento sobre IC e tratamento relacionado em um grupo diversificado de pacientes e explorar fatores associado a níveis mais elevados de conhecimento.	Observacional, descritivo, transversal 123 pacientes (com média de 65 anos; 72,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: teste de conhecimento da IC criado pelos autores, composto por 14 itens	Causas da IC, sintomas, medicamentos, importância de consumir alimentos com menos sódio, monitorização do peso e atividade física, controle de fluidos, reconhecimento dos sintomas.	Sim <u>Conhece a doença-</u> "fisiopatologia básica da IC, sinais e sintomas" <u>Conhece o prognóstico-</u> "diretivas avançadas; conhece programas de reabilitação <u>Conhece as recomendações para a dieta-</u> "sabe identificar alimentos com alto teor de sódio; evita consumo excessivo de álcool" <u>Conhece os medicamentos-</u> "efeitos dos medicamentos, sabe que deve comunicar ao profissional de saúde a ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos" <u>Sabe a importância de aderir ao plano de cuidados-</u> "controle do peso, sabe que deve comunicar profissional da saúde frente à sinais de descompensação da doença"

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
2002, Londres, The European Journal of Heart Failure[165]	Explorar a compreensão dos pacientes sobre seus sintomas e tratamento da IC	Qualitativo, descritivo, exploratório 27 pacientes com IC (média de 69 anos; 74,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionários semiestruturado elaborado pelos autores	Conhecimento sobre a doença, prognóstico, medicamentos, programas de reabilitação, monitorização de peso, limitações de ingestão alcóolica, alimentos com alto teor de sódio.	Não
2000, Irlanda, The European Journal of Heart Failure[166]	Avaliar a prática do médico e o conhecimento do paciente com IC em uma população admitida em um hospital universitário na Irlanda	Observacional, descritivo, transversal 80 pacientes sendo que 58 (77,0±6,0 anos; 64,0% sexo masculino) foram admitidos e tratados pelo setor de medicina interna e 22 (68,0±5,0 anos; 77,0% sexo masculino) pelo setor de cardiologia Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores	Objetivo dos medicamentos, quantidade e combinação das drogas prescritas, efeitos adversos e sintomas da doença, como interpretar e/ou tratar mudança nos sintomas, conhece sinais de exacerbação da doença	Não
2000, Londres, BMJ[167]	Explorar a compreensão dos pacientes sobre IC, investigar a necessidade por informação e problemas relacionados à comunicação.	Qualitativo, descritivo, exploratório 27 pacientes (média de 69 anos; 74,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: entrevistas semiestruturadas	Conhecimento sobre diagnóstico, seus medicamentos, o valor da restrição de sódio, importância de mensurar regularmente o peso diário, gravidade da doença, ação dos medicamentos, valor dos exercícios físicos	Não
1999, EUA, American Heart Journal[168]	Examinar os efeitos de um programa de monitoramento de baixa intensidade sobre hospitalizações e custo de atendimento para pacientes com IC tratado por médicos comunitários.	Ensaio clínico controlado e randomizado 68 pacientes (73,0±13,0 anos, 53,0% sexo masculino) foram randomizados Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores	Descrição precisa dos mecanismos agudos da IC, descrição de sintomas, conhecimento sobre a tosse relacionada à IC, conhecimento da gravidade da doença	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável Referência	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
1999, Estados Unidos da América, American Journal of Critical Care[169]	Descrever um método de cartão para determinar as necessidades de aprendizado de pacientes com IC e as habilidades de enfermeiras e médicos na predição acurada das necessidades autodeterminadas dos pacientes	Observacional, descritivo, transversal 30 pacientes (com idade entre 33 e 82 anos; 60,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: por meio de 12 cartões com perguntas sobre o conteúdo ensinado na alta hospitalar de pacientes com IC, elaborado pelos autores	Dieta com restrição de sódio e gordura saturada, realização de exercícios físicos, prognóstico da doença, adesão dos medicamentos e detecção de sinais de IC (edema, ortopneia, fadiga)	Não
1999, Suécia, The European Journal of Heart Failure[170]	Comparar uma educação sistemática de enfermagem incluindo técnica de portfólio *CD-ROM* foto Kodak com as informações convencionais sobre conhecimento de pacientes na IC	Ensaio clínico controlado e randomizado. 64 pacientes (média de 70,7; 53,0% sexo masculino) foram alocados para grupo intervenção e 66 para grupo controle (média de 70,1; 74,0% sexo masculino). Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores	Indicações, efeitos colaterais e adversos dos medicamentos; quando procurar por assistência de saúde; adaptação para atividade sexual e dieta; atividade física/reabilitação; fisiopatologia básica da IC; prognóstico da doença	Não

(continuação)

Ano de publicação, país do autor principal e periódico de publicação, se aplicável **Referência**	**Objetivo**	**Delineamento / Método**	**Atributos do conhecimento sobre o controle da IC**	**Definições conceitual/ operacional**
1999, EUA, Arch Intern Med[171]	Avaliar o nível de conhecimento e a adesão ao autocuidado entre pacientes com IC e determinar os fatores associados.	Observacional, descritivo, transversal 113 pacientes (68,4% com idade entre 41 e 60 anos; 73,5% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário elaborado pelos autores	Conhecer o medicamento que reduz edema em membro inferior; saber a ação e o efeito colateral do IECA; medicamento que pode auxiliar na respiração; saber qual medicamento faz eliminar líquido com mais frequência; ingestão de líquidos; tosse derivada do tratamento com digitálicos	Não
1999, EUA, Evaluation & Heatlh Professionals[172]	Melhorar o cuidado de pacientes com IC do sistema *Medicare* em hospitais de Indiana e Kentucky.	Observacional, descritivo, transversal Descrição do desenvolvimento de indicadores de qualidade de atendimento da IC com base em diretrizes clínicas como número de pacientes com IC que recebiam IECA e beta bloqueadores.	Reconhecimento de sintomas como ganho de peso, dispneia, edema, e tosse seca persistente; frequência e horário de pesagem; restrição de ingestão de sódio, risco de consumo de álcool, restrição da ingestão hídrica e atividades sexuais.	Não
1992,EUA, Journal of Gerontological Nursing[173]	Definir as características de pacientes com IC, conhecimento da doença, fatores relacionados como autocuidado e medidas dos efeitos de auto-cuidado ensinados.	Observacional, descritivo, transversal 41 pacientes (média de idade de 71 anos; 78,0% sexo masculino) Avaliação do conhecimento: questionário estruturado com base nas orientações da *American Heart Association*	Definição da doença, identificação do nome correto dos medicamentos, restrição de sódio, atividade física, sinais e sintomas de alerta, apoio social	Não

(conclusão)

Foram localizados 149 atributos na revisão de escopo. Destes, observou-se que 133 tinham correspondências com pelo menos um dos indicadores da NOC para este RE (Quadro 15).

Quadro 15 - Atributos localizados na revisão com correspondência com os indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Causas da IC[107,113,122,124,137,150,153,155,164] Etiologia da IC[108,109,111,123,152]	183501- Causas e fatores contribuintes
Sinais e sintomas[90,102,105,111,116,119,120,122, 129,130,136,137,144,150,163,173] Sintomas da IC[104,112,118,135,140,143,148, 152,155,158,164,165] Reconhecimento de sinais e sintomas da doença[107,108,160,164,171] Detecção de sinais de IC[168]	183502- Sinais e sintomas da doença precoces
Vantagens do controle da IC[112] Manejo dos sintomas[115] Razões para controle do peso diário[116,124,166] Razões para restrição de sal[124,155,164,166]	183503- Benefícios do controle da doença
Como é realizado o diagnóstico da IC[129] Diagnóstico de IC[140]	183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença
Conhece a função normal do coração[111] Função do coração[124]	183504- Ações básicas do coração
Sintomas de exacerbação da doença[114] Como reconhecer e lidar com a piora da insuficiência cardíaca[152]	183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva
Reconhecimento dos sintomas[102] Monitorização dos sinais e sintomas de descompensação[103,110,121] Reconhece sintomas de exacerbação[111,165] Sinais e sintomas de descompensação[123,132,146,149,158]	183538- Sinais e sintomas de complicações
Fraqueza decorrente da IC[114]	183507- Sinais e sintomas de anemia

(continuação)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Autocuidado apropriado[114] Autocuidado[118,119,121,129] Adesão medicamentosa[120,128]	183539- Barreiras ao autocuidado
Tomada de decisões diante da falta de ar[124] Conhecimento sobre o que fazer em caso de piora a dispneia[155]	183540- Estratégias para controlar a dispneia
Monitorização da frequência cardiaca[105] Controle da frequência cardiaca[113,154]	183541- Estratégias para controlar a taquicardia
Ganho de peso inapropriado[114] Tomada de decisões diante de edema de membros inferiores[124] Conhecimento sobre o que fazer em caso de edema de membros inferiores[155]	183542- Estratégias para controlar o edema
Manejo comportamental[122]	183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição
Sentimentos e perspectiva sobre a doença[118]	183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
Como lidar com problemas psicológicos como a ansiedade[141]	183515- Estratégias para controlar a ansiedade
Sinais da depressão[160]	183543- Sinais e sintomas da depressão
Como lidar com problemas psicológicos como a depressão[141] Manejo da depressão[160]	183544- Aconselhamento disponível para depressão
Conhece a importância da dieta hipossódica[111]	183516- Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco
Identificação de alimentos com alto teor de sódio[111] Seleção de comida com pouco sódio[134] Leitura do conteúdo de sódio de um rótulo de alimento[139]	183545- Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica
Realização de exercício físico[117,159,162] Importância da limitação da ingestão de líquidos[126]	183517- Estratégia para promover a circulação periférica
Repouso[110]	183546- Benefícios do descanso adequado
Importância da prática de exercícios físicos[125,166] Conhece os benefícios do exercício físico[127]	183547- Benefícios do exercício regular

(continuação)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Atividade física regular[103,132,158,160] Atividade física[91,105,110,118,120,130,143,147,148,161,164,169,172] Atividade prescrita[106] Quantidade e importância dos exercícios físicos[108] Realização de exercícios físicos[127,128,136,141,148,168] Conhece a intensidade e as frequências recomendadas para a realização de atividade física[155] Nível apropriado de atividade física[161] Recomendações sobre exercício[163]	183548- Atividade física recomendada
Sintomas do estresse físico[160]	183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo
Manejo do estresse físico[160] Restrições de exercício físico[137] Identifica formas de conservar energia[173]	183549- Estratégias de prevenção do esforço excessivo
Atividade física e repouso[131] Repouso de ritmo e exercício[134]	183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso
Medidas preventivas como vacinação e atividade física[123]	183521-Estratégias para aumentar a resistência à infecção
Vacinação[103,113,131,143] Vacinação para Influenza e Pneumococo[130] Vacinação para Influenza[152]	183550- Imunizações recomendadas
Conhece a importância de dieta com pouca gordura, e faz restrição de líquidos[111,168] Conhecimento de que as frutas, vegetais e sopas influenciam na ingestão de líquidos[154]	183524- Fatores que contribuem para mudanças do peso
Monitorização do peso[102,106,110,124,126,131,141,164] Monitorização do peso diário[103,128, 150 ,163,173] Controle de peso[91,111,116,123,127,132,133,137,138,142, 146,147,151,153,158,159,160] Frequência de pesagem[171]	183525- Estratégias para controle do peso

(continuação)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Importância de consumir alimentos com menos sódio[102,114,173] Restrição de sódio[103,104,123-125,127,128,133,134,137,143,152] Dieta[91,105,106,110,116,118,136,140,141] Controle de sódio na dieta[113,132,136,139,151,158,159,160,161,162,171,172] Dieta sem sal[130,138]	183551- Dieta prescrita
Alimentação na IC[120]	183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta
Controle de fluidos[102,110,132,134,148,158,161,164,171] Restrição de líquidos[103,104,106,108,113,118,123-125,131,133,137,141,152,153] Balanço hídrico[105] Manejo de fluidos[107,130,140] Ingestão de líquidos[154] Conhece a quantidade de líquidos que pode ingerir diariamente[155]	183552- Ingestão recomendada de líquidos
Educação quanto ao fumo[103,151] Importância de evitar ou cessar o tabagismo[111,153] Abstenção de tabaco[130] Cessação do tabaco[126,131,141,152,158,173]	183553- Importância da abstinência do tabaco
Abstenção de cigarro[123] Controle de fumo[159]	183554- Estratégias para cessação do tabagismo
Educação quanto ao uso de álcool[103,151] Importância de controlar o consumo de álcool[111] Uso apropriado de álcool[114] Restrição de álcool[123] Limitação do consumo de álcool[90,126,160] Consumo limitado de álcool[130] Ingestão de álcool[131,153] Diminuição da ingestão de álcool[152]	183555- Importância da restrição do álcool

(continuação)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Mecanismo de ação dos medicamentos[103,126] Ações dos medicamentos[106,120,126,134, 151,153,159,166,170] Efeitos desejados dos medicamentos[123,155,161] Efeitos terapêuticos[138,144,163] Objetivos dos medicamentos[165] Indicações dos medicamentos[169]	183527- Efeitos terapêuticos do medicamento
Efeitos colaterais dos medicamentos[105,114,123,126,130,169,170] Efeitos secundários dos medicamentos[106] Reconhece os efeitos indesejados dos medicamentos prescritos[111,137] Conhecimento sobre a tosse relacionada à IC[167]	183528- Efeitos colaterais do medicamento
Efeitos adversos dos medicamentos[103,130,134,161,165,169]	183529- Efeitos adversos do medicamento
Medidas que melhoram a doença[106] Conhece as estratégias de automonitoramento da doença[127] Pesagem regular do peso[154,155] Monitoramento diário dos sintomas[140,158] Identificação de alimentos ricos em sal[161]	183531- Técnicas de automonitoramento
Conhecimento sobre como verificar quantidade de oxigênio[140]	183556- Como utilizar a oximetria de pulso
Oxigenoterapia[140]	183557- Uso correto do oxigênio
Estilo de vida saudável[113] Mudanças no estilo de vida decorrente da IC[140,152] Comportamentos de estilo de vida prejudiciais no tratamento da doença[162]	183532- Efeitos no estilo de vida
Ajustes para exercer atividades laborais de forma segura[111] Modificações na vida após o início da doença[131]	183533- Adaptações do desempenho de papel
Riscos para viajar por causa da IC[113]	183558- Risco associado a viagens
Orientações para viajar[113] Ajustes necessários para a vida diária (transporte)[143]	183559- Adaptações para viagens
Consequências na relação sexual[111] Atividade sexual na vigência da IC[143,171]	183534- Efeitos na sexualidade

(continuação)

Atributos	Indicadores do RE correspondentes
Ajustes para relação sexual segura[111] Adaptação para atividade sexual[169]	183535- Adaptações para desempenho sexual
Atividades sociais como suporte à doença[131] Apoio social[172]	183536- Grupos de apoio disponíveis
Quando procurar por ajuda médica[104,145,169] Quando deve procurar auxílio de profissional de saúde ou serviço de emergência[111,136,150,173] Sinais de alerta que devem ser comunicados ao profissional de saúde[113,151,159,160,172] Razões para procurar atendimento médico quando os sintomas aparecem[116] O que fazer em caso de piora dos sintomas[153,155,161]	183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde

(conclusão)

Todavia, 16 atributos não apresentaram correspondência com os indicadores da NOC. O quadro 16 apresenta esses atributos agrupados por semelhança de conteúdo e o rótulo atribuído para designar um provável novo indicador do RE.

Quadro 16 - Atributos localizados na revisão agrupados por similaridade de conteúdo com seus respectivos rótulos para designar um provável novo indicador

(continua)

Atributos	Rótulo para designar um provável novo indicador
Prognóstico da doença[140,169] Gravidade da doença[167,168]	Curso usual da doença
Definição da doença[90,91,102,103,106-109,117,119,123-125,128-130,137,141,142,144,145,148,152- 155,157,159,161,173]	Conceito da doença
Cuidados de vida avançados[141] Diretivas avançadas[90]	Ações para promover a morte digna
Monitorização da pressão arterial[105] Controle da pressão arterial[114, 152, 155,158]	Estratégias para controlar pressão arterial
Visitas regulares a fornecedores de cuidados[142] Seguimento médico regular[161]	Consultas recomendadas com profissionais de saúde

(continuação)

Atributos	Rótulo para designar um provável novo indicador
Nome correto dos medicamentos[131,144,151,159] Identificação do nome correto dos medicamentos[106,173]	Nome correto dos medicamentos prescritos
Descrição da administração correta dos medicamentos[106,111] Ingestão de medicamentos de forma adequada[163] Descrição da dosagem correta dos medicamentos[111,12	Administração correta dos medicamentos prescritos
Motivos de reinternação[103,106,130] Motivos de rehospitalização[115]	Causas da reinternação

(conclusão)

Disto resulta que os atributos identificados na revisão de literatura designaram 58 indicadores, sendo 50 já aprovados para uso na classificação e oito prováveis novos indicadores. Considerando-se a definição do RE, os indicadores atuais e prováveis novos (n = 58) foram categorizados em três grupos: compreensão sobre a doença (n = 9; 15,5%) sendo três prováveis novos indicadores; compreensão sobre o tratamento (n = 38; 65,6%), sendo quatro prováveis novos indicadores; e compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações (n =11; 18,9%), sendo um provável novo indicador, como apresentado no Quadro 17.

Quadro 17 - Indicadores atuais e prováveis novos categorizados de acordo com a definição do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Grupos dos indicadores	Indicadores atuais e prováveis novos
Compreensão sobre a doença	(183501) Causas e fatores contribuintes (183502) Sinais e sintomas da doença precoces (183505) Sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva (183507) Sinais e sintomas de anemia (183504) Ações básicas do coração (183530) Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença (Novo indicador)- Curso usual da doença (Novo indicador) Conceito da doença (Novo indicador) Ações para promover a morte digna
Compreensão sobre o tratamento	(183527) Efeitos terapêuticos dos medicamentos (183528) Efeitos colaterais dos medicamentos (183529) Efeitos adversos dos medicamentos (183551) Dieta prescrita (183526) Estratégias para aumentar a aceitação da dieta (183532) Efeitos no estilo de vida (183533) Adaptações do desempenho de papel (183543) Sinais e sintomas da depressão (183544) Aconselhamento disponível para depressão (183512) Relação entre o estresse físico e emocional e a condição (183513) Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca (183515) Estratégias para controlar a ansiedade (183539) Barreiras ao autocuidado (183531) Técnicas de automonitoramento (183556) Como utilizar oximetria de pulso (183557) Uso correto do oxigênio (183552) Ingestão recomendada de líquidos (183542) Estratégias para controlar o edema (183524) Fatores que contribuem para mudanças de peso (183525) Estratégias para controle do peso (183516) Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco (183534) Efeitos na sexualidade (183535) Adaptações para desempenho sexual (183511) Sinais e sintomas de esforço excessivo (183549) Estratégias para prevenção do esforço excessivo (183519) Estratégias para equilibrar atividade e repouso (183546) Benefícios do descanso adequado (183540) Estratégias para controlar a dispneia (183541) Estratégias para controlar a taquicardia (183545) Comportamentos saudáveis para promover a estabilidade fisiológica (183536) Grupos de apoio disponíveis (183547) Benefícios do exercício regular (183548) Atividade física recomendada (Novo indicador) Estratégias para controlar pressão arterial (Novo indicador) Consultas recomendadas com profissionais de saúde (Novo indicador) Nome correto dos medicamentos prescritos (Novo indicador) Administração correta dos medicamentos prescritos
Compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações	(183503) Benefícios do controle da doença (183538) Sinais e sintomas de complicações (183521) Estratégias para aumentar a resistência à infecção (183550) Imunizações recomendadas (183537) Quando obter ajuda de um profissional de saúde (183555) Importância da restrição de álcool (183554) Estratégias para cessação do tabagismo (183553) Importância da abstinência do tabaco (183558) Riscos associados a viagens (183559) Adaptações para viagens (Novo indicador) Causas da reinternação

5.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES

5.2.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos

Em 2018, Grupo de Estudos DIRENF contava com a participação de 50 membros, dentre enfermeiros clínicos e pesquisadores e estudantes de graduação em enfermagem. Destes, 20 membros obtiveram pelo menos cinco pontos no sistema de classificação utilizado para seleção de expertos. Após envio de carta convite, 13 enfermeiros declinaram do convite e a amostra final foi composta por sete expertos.

A tabela 1 apresenta a caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos que participaram dessa etapa.

Tabela 1- Características demográficas, acadêmicas e profissionais dos expertos na etapa de elaboração e validação das definições e questões sobre importância dos indicadores

Variáveis	
Idade em anos, média (DP)	39,0 (11,8)
Sexo feminino, n(%)	6,0 (85,6)
Maior titulação acadêmica	
Especialistas, n(%)	2,0 (28,6)
Mestres, n(%)	2,0 (28,6)
Doutores, n(%)	2,0 (28,6)
Pós doutores, n(%)	1,0 (14,2)
Tempo de experiência profissional, em anos, média (DP)	17,1 (12,0)
Experiência clínica em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular, em anos, mediana [IQ]	4,0 [0,0-10,0]
Experiência no ensino de enfermagem em cardiologia ou cardiovascular e em classificações de enfermagem, em anos, média (DP)	8,0 (11,4)
Participação no grupo de pesquisa por, no mínimo, por dois anos, n(%)	7,0 (100,0)
Artigos publicados sobre classificações de enfermagem em revistas de referência, n(%)	2,0 (28,6)

Legenda: DP= desvio padrão/ IQ= intervalo interquartil

A maioria dos expertos era do sexo feminino (85,6%) e com idade média de 39,0 anos. Somente um experto (14,2%) tinha pós-doutorado. Os expertos tinham em média 17,1 anos de experiência profissional, sendo oito anos no ensino de enfermagem em cardiologia e em classificações de enfermagem.

A tabela 2 mostra a experiência auto relatada dos expertos no uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e uso dos resultados da NOC.

Tabela 2 - Experiência auto relatada dos expertos que participaram da segunda etapa do estudo com relação ao uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e resultados da NOC

Experiência	**Nenhuma** n (%)	**Pouca** n (%)	**Nem muita, nem pouca** n (%)	**Muita** n (%)
No uso do processo de enfermagem	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,2)	6 (85,8)
No uso de linguagem padronizada	0 (0,0)	1 (14,2)	0 (0,0)	6 (85,8)
No uso dos resultados da NOC	1 (14,2)	2 (28,7)	3 (42,9)	1 (14,2)

Legenda: NOC= *Nursing Outcomes Classification*

A maioria dos expertos relatou muita experiência no uso do processo de enfermagem (85,8%) e de linguagem padronizada, seja na assistência, ensino ou pesquisa. Entretanto, a maioria dos expertos relatou ter nem muita, nem pouca experiência no uso dos resultados da NOC.

A tabela 3 apresenta os escores individuais dos expertos de acordo com o sistema de classificação.

Tabela 3 - Escores obtidos pelos expertos que participaram da segunda etapa do estudo segundo o sistema de classificação de expertos

Experto	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Escore	43	25	29	18	19	11	13

Observa-se que o escore mínimo obtido pelos expertos foi 11, do que se depreende que todos os expertos eram minimamente considerados másters. Três expertos obtiveram pontuação acima de 20, sendo classificados como sêniores. O escore médio obtido pelos expertos foi 22,5 ± 10,9 pontos.

5.2.2 Definições conceituais, operacionais e questões para os pacientes elaboradas a partir dos resultados da revisão de escopo e consulta a material complementar

No quadro 18 estão listados os indicadores cujas DC e DO foram elaboradas com base nos resultados obtidos na revisão de escopo. Quanto aos demais indicadores, outros materiais foram consultados para a elaboração das DC e DO.

Quadro 18 - Indicadores com definições conceituais e operacionais extraídas dos resultados da revisão de escopo

183502 - Sinais e sintomas da doença precoces
183503 - Benefícios do controle da doença
183527 - Efeitos terapêuticos do medicamento
183528 - Efeitos colaterais do medicamento
183529 - Efeitos adversos do medicamento
183551 - Dieta prescrita
183547- Benefícios do exercício regular
183531- Técnicas de automonitoramento
183516- Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco
183525- Estratégias para controle de peso
183554- Estratégias para cessação do tabagismo
183555- Importância da restrição do álcool
183548- Atividade física recomendada
183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde
Novo indicador- Curso usual da doença

Durante as reuniões, os expertos analisaram as definições propostas e fizeram considerações sobre a neutralidade e clareza dos rótulos de alguns indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

O título do indicador “Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva”, gerou dúvidas entre os expertos pois segundo eles, não estava claro se a relação era com o curso da doença (como uma doença crônica e progressiva) ou com uma forma de classificação da IC. Ao se verificar o histórico do indicador na NOC identificou-se que até a quarta edição, ele era apresentado como “Sinais e sintomas da insuficiência cardíaca congestiva”. Em 2016, o RE foi atualizado e dentre as alterações, o rótulo do referido indicador mudou de “congestivo” para “progressivo”. Diante dessa análise, o indicador foi interpretado como uma forma de classificação da IC e suas definições contemplaram este raciocínio.

Em relação às DC, 24 indicadores foram ajustados de acordo com a opinião dos expertos para exprimir de forma mais sucinta e clara o significado teórico dos indicadores. Quanto às DO, ajuste em termos dos exemplos fornecidos, foi sugerido pelos expertos. Para sumarizar os exemplos nas DO, foi acrescido o termo “ou outros” ao final de todas as definições dos indicadores.

No tocante aos verbos utilizados para as DC, os expertos sugeriram a utilização de diferentes verbos relacionados com a habilidade de recuperar informações da memória de longo prazo. Os verbos do nível lembrar utilizados nas DC validadas foram descrever, identificar, conhecer e reconhecer. Para alguns indicadores, os expertos consideraram que os pacientes deveriam compreender e expressar o significado do conceito expresso pelo indicador. Desse modo, ampliou-se a utilização dos níveis hierárquicos da dimensão processo cognitivo da Taxonomia de Bloom, que passou a incluir o nível entender, além do nível lembrar. Assim, para as DC desses indicadores foi utilizado o verbo explicar.

Em termos das questões sobre a importância dos indicadores, os expertos consideraram que o enunciado “Você considera que é importante conhecer” sugeria opção de resposta dicotômica e não era adequado para possibilitar ao paciente expressar diferentes graus de importância. Os expertos sugeriram a alteração do enunciado para “O quanto é importante para você conhecer”. A escala tipo Likert de quatro pontos foi mantida e, variou de “nada importante” a “muito importante”. Assim, todas as questões foram modificadas e validadas.

No que tange às magnitudes de resposta, as DO inicialmente propostas foram enunciadas considerando uma quantificação, de certa forma, arbitrária do conhecimento para cada magnitude. Os expertos discordaram dessa proposição. De

acordo com eles, os termos oferecidos pela escala de medida da NOC deveriam ser suficientes e adequados para medir a magnitude de respostas ao avaliar os indicadores. A sugestão dos expertos foi acatada. Desse modo, as magnitudes foram expressas de nenhum a amplo conhecimento.

O quadro 19 apresenta as DC, DO, questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores propostas inicialmente e as validadas e, as magnitudes de respostas para os indicadores relacionados à compreensão sobre a doença.

Quadro 19 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores relacionados à compreensão sobre a doença

(continua)

183501- Causas e fatores contribuintes **Referência(s):** 174	
Definição conceitual **Proposta:** O indivíduo descreve fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca **Validada:** A DC foi validada	**Magnitudes de resposta** ( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca
Definição operacional **Proposta:** Relato verbal ou escrito dos principais fatores etiológicos da insuficiência cardíaca (doença arterial coronariana, hipertensão arterial, anormalidades nas valvas cardíacas, doença do músculo cardíaco, miocardite, doença cardíaca congênita, doença pulmonar grave, diabetes, obesidade e apneia do sono, e tabagismo) **Validada:** Relato verbal ou escrito dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (doença arterial coronariana, hipertensão arterial, anormalidades nas valvas cardíacas, ou outros).	( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca ( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca ( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca ( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca ( ) O indivíduo não entendeu a pergunta
Questão para paciente **Proposta:** Você considera que é importante conhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca? **Validada:** O quanto é importante para você conhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca?	

(continuação)

183502- Sinais e sintomas da doença precoces **Referência(s):** 175	
Definição conceitual: **Proposta:** O indivíduo identifica as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca **Validada:** A DC foi validada	**Magnitudes de resposta** ( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces ( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces ( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces ( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces ( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces ( ) O indivíduo não entendeu a pergunta
Definição operacional **Proposta:** Relato verbal ou escrito sobre sinais e sintomas iniciais da insuficiência cardíaca (falta de ar, tosse persistente, edema, fadiga, falta de apetite ou náusea, cognição prejudicada e aumento da frequência cardíaca) **Validada:** Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas iniciais da insuficiência cardíaca (falta de ar, tosse persistente, edema, ou outros)	
Questão para paciente: **Proposta:** Você considera que é importante conhecer as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca? **Validada:** O quanto é importante para você conhecer as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca?	
183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva **Referência(s):** 3	
Definição conceitual **Proposta:** O indivíduo reconhece os sinais e sintomas do avanço da insuficiência cardíaca **Validada:** O indivíduo identifica as manifestações clínicas da insuficiência cardíaca progressiva	**Magnitudes de resposta** ( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva ( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva ( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva ( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva ( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca progressiva ( ) O indivíduo não entendeu a pergunta

(continuação)

183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva **Referência(s):** 3	
Definição operacional **Proposta:** Relato verbal ou escrito sobre piora da capacidade funcional; aumento da dispneia e/ou início ou piora de palpitações para realizar atividades da vida diária na mesma quantidade, frequência e intensidade; início ou piora da angina em repouso ou durante a realização de atividades; piora do padrão de sono/repouso; aumento do número de despertares; sonolência durante o período de vigília maior que a habitual; aumento do número de travesseiros para dormir ou mudança do decúbito horizontal para posição ortostática; aumento da intensidade da fadiga; surgimento ou aumento da ascite e do edema m maléolos; diminuição do volume urinário; aumento do peso corporal (e 1,3 kg ou mais por dia e 2,2 kg ou mais por semana); início ou piora dos episódios de tontura, lipotimia, sincope; início ou piora de náusea e inapetência **Validada:** Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas do avanço da insuficiência cardíaca (piora da capacidade funcional, aumento da dispneia, piora do padrão de sono/repouso, ou outros)	
Questão para paciente: **Proposta:** Você considera que é importante conhecer os sinais e sintomas do avanço da insuficiência cardíaca? **Validada:** O quanto é importante para você conhecer as manifestações da piora da insuficiência cardíaca?	

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183507- Sinais e sintomas de anemia
Referência(s): 176</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas da anemia como agravantes do quadro de insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo identifica as manifestações de anemia</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da anemia
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da anemia
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas da anemia
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas da anemia
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da anemia
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito das manifestações de anemia como dispneia, fadiga, intolerância ao exercício físico e isquemia miocárdica
Validada: Relato verbal ou escrito das manifestações de anemia como dispneia, fadiga, intolerância ao exercício físico, ou outros</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as manifestações clínicas de anemia como agravantes do quadro de IC?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as manifestações de anemia?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183504- Ações básicas do coração
Referência(s): 177</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo explica quais são as funções do coração
Validada: O indivíduo descreve a principal função do coração</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as ações básicas do coração
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as ações básicas do coração
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as ações básicas do coração
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as ações básicas do coração
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as ações básicas do coração
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de que o coração bombeia sangue para todo o corpo
Validada: A DO foi validada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer quais são as funções do coração?
Validada: O quanto é importante para você conhecer a principal função do coração?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença
Referência(s): 178</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece que os exames diagnósticos podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece a finalidade dos exames diagnósticos para o manejo da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de que testes sanguíneos, medida da pressão arterial, radiografia de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma, teste de esforço, cateterismo cardíaco e ressonância magnética são exames solicitados para acompanhar a evolução e/ou detectar progressão ou descompensação da doença
Validada: Relato verbal ou escrito da finalidade dos testes diagnósticos (exames laboratoriais, clínicos, de imagem, ou outros) no manejo da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer que os exames diagnósticos podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer qual a finalidade dos exames diagnósticos para o manejo da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Curso usual da doença
Referência(s): 90, 118, 140, 146, 169, 179 e 180</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a evolução habitual da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece a evolução da insuficiência cardíaca com base no diagnóstico médico</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o curso usual do processo da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o curso usual do processo da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o curso usual do processo da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o curso usual do processo da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o curso usual do processo da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da evolução da insuficiência cardíaca (doença crônica, com períodos alternados de melhora e piora dos sintomas e que pode se tornar refratária ao tratamento)
Validada: Relato verbal ou escrito sobre a expectativa de vida, cronicidade, diretivas avançadas e os programas de reabilitação da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer como é a evolução da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer a evolução da insuficiência cardíaca com base no diagnóstico médico?</td></tr>
<tr><td>Novo indicador- Conceito da doença
Referência(s): 127, 137, 144 e 152</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo explica o que é a insuficiência cardíaca
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o conceito da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o conceito da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o conceito da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o conceito da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o conceito da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de que insuficiência cardíaca é uma condição na qual o coração não consegue bombear sangue suficiente de acordo com as necessidades do corpo
Validada: A DO foi validada</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Conceito da doença
Referência(s): 127, 137, 144 e 152</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer o que é a insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer o que é a insuficiência cardíaca?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Ações para promover a morte digna
Referência(s): 90, 118, 140, 146, 169, 179 e 180</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as ações para promover a dignidade no término da vida
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as ações para promover a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as ações para promover a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as ações para promover a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as ações para promover a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as ações para promover a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito das ações para promover a dignidade no término da vida (diretivas avançadas, modelo de cuidado, atenção espiritual, resolução de conflitos, perdão ou outros)
Validada: A DO foi validada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as ações para promover a dignidade no término da vida?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as ações para promover a dignidade no término da vida?</td></tr>
</table>

(conclusão)

O quadro 20 apresenta as DC, DO, questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores propostas inicialmente e as validadas e, as magnitudes de respostas para os indicadores relacionados a compreensão sobre o tratamento.

Quadro 20 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores relacionados à compreensão sobre o tratamento

(continua)

<table>
<tr><td colspan="2">183527- Efeitos terapêuticos do medicamento
Referência(s): 181</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as respostas esperadas dos medicamentos no tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece os efeitos desejados dos medicamentos no tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de manutenção ou melhora da capacidade funcional, da qualidade do sono, do número de travesseiros para dormir (ou mudança da posição ortostática para decúbito horizontal), de palpitação/taquicardia e/ou do edema
Validada: Relato verbal ou escrito de efeitos esperados dos medicamentos (melhora da capacidade funcional, de palpitação. taquicardia, edema ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as respostas esperadas dos medicamentos no tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer os efeitos desejados dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183528- Efeitos colaterais do medicamento
Referência(s): 181 e 182</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as principais respostas não intencionais e relacionados com as propriedades farmacológicas dos medicamentos utilizados em doses prescritas
Validada: O indivíduo reconhece os efeitos não intencionais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da ocorrência de respostas não intencionais dos digitálicos (arritmias, distúrbios visuais, desorientação, alucinação, agitação, convulsão, náusea, vômitos, diarreia), dos inibidores de enzima conversora de angiotensina- IECA (tosse seca, piora da função renal, desidratação), betabloqueadores (extremidades frias, dificuldade respiratória, bradicardia, edema dos tornozelos ou pés) e inotrópicos (hipotensão arterial e taquicardia) no tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca
DO validada: Relato verbal ou escrito dos efeitos não intencionais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as principais respostas não intencionais e relacionados com as propriedades farmacológicas dos medicamentos utilizados em doses prescritas?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os efeitos não intencionais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183529- Efeitos adversos do medicamento
Referência(s): 3 e 182</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as principais respostas prejudiciais ou indesejáveis e relacionados com o uso dos medicamentos utilizados em doses prescritas
Validada: O indivíduo reconhece os efeitos prejudiciais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da ocorrência das respostas prejudiciais dos digitálicos (arritmias atriais e ventriculares), dos inibidores de enzima conversora de angiotensina- IECA (edema de membros inferiores e hipercalemia), betabloqueadores (hipotensão arterial, agravamento da insuficiência cardíaca e bradicardia) e inotrópicos (náuseas, vômitos, cefaleia, cansaço, confusão mental, agitação, visão turva) no tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito dos efeitos prejudiciais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os principais efeitos prejudiciais ou indesejáveis e relacionados com o uso dos medicamentos utilizados em doses prescritas?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os efeitos prejudiciais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183551- Dieta prescrita
Referência(s): 183</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as características da dieta orientadas por um profissional de saúde como parte do tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo descreve as características da dieta orientadas por um profissional de saúde em função da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da quantidade de sal ingerida diariamente (máximo 2- 3g/dia), do reconhecimento do teor de sódio dos alimentos pela leitura das embalagens, e quais são os alimentos permitidos e proibidos na dieta
Validada: Relato verbal ou escrito da dieta recomendada por profissional de saúde (em termos de controle da ingestão de sódio, quantidade de carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, álcool e suplementos nutricionais) para o tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer as características da dieta orientadas por um profissional de saúde como parte do tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as recomendações da dieta, indicada por profissional de saúde, por causa da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta
Referência(s): 184</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para melhorar a ingestão de alimentos como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo conhece os métodos para melhorar a adesão à dieta recomendada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito que a adição de temperos naturais em substituição ao cloreto de sódio, a aparência da preparação, a temperatura adequada dos alimentos e/ou o fracionamento da dieta são estratégias que contribuem para melhorar a aceitação da dieta
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para melhorar a adesão a dieta recomendada (adição de temperos naturais em substituição ao cloreto de sódio, aparência da preparação, temperatura adequada dos alimentos, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer os métodos para melhorar a ingestão de alimentos como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para seguir a dieta recomendada?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183532- Efeitos no estilo de vida
Referência(s):3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece mudanças em seu estilo de vida após o início da doença
Validada: O indivíduo reconhece mudanças no estilo de vida decorrentes da doença</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos no estilo de vida
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos no estilo de vida
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos no estilo de vida
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos no estilo de vida
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos no estilo de vida
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre mudanças recomendadas por profissional de saúde no estilo de vida (hábito alimentar, ingestão de líquidos, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool ou outros) ocorridas após o início da doença
Validada: Relato verbal ou escrito das mudanças no estilo de vida (hábito alimentar, ingestão de líquidos, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, alteração de padrão de sono e repouso, de comportamento, sexualidade ou outros) decorrentes da doença</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as mudanças em seu estilo de vida após o início da doença?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as mudanças no estilo de vida decorrentes da doença?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183533- Adaptações do desempenho de papel
Referência(s): 16, 185 e 186</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os ajustes necessários em seu padrão de comportamento e auto expressão nos contextos familiar, de trabalho, estudantil ou social associadas à sua nova posição social como parte do tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de comportamento e expressão nos contextos sociais</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações no desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as adaptações no desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as adaptações no desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as adaptações no desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as adaptações no desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre as adaptações no desempenho de papel de mãe/pai, filho/a, esposo/a, com pessoa significante, na realização de atividades laborais ou de estudo e/ou com amigos, vizinhos ou contatos sociais que contribuem para o tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, no desempenho de papéis sociais (de mãe/pai, filho/a, esposo/a, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente:
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer as mudanças necessárias, decorrentes da insuficiência cardíaca, nos papéis que você desempenha na vida?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as mudanças necessárias, decorrentes da insuficiência cardíaca, nos papéis que você desempenha na vida?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183543- Sinais e sintomas da depressão
Referência(s): 187</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas da depressão
Validada: O indivíduo identifica os sintomas da depressão</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da depressão
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da depressão
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas da depressão
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas da depressão
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da depressão
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre sinais e sintomas somáticos (irritabilidade, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido) e cognitivos-afetivos (tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, retração social, indecisão, ideias suicidas, crises de choro, distorção da imagem corporal) presentes em quadros de depressão
Validada: Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas da depressão (fadiga, perda do apetite, perda de peso, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as manifestações clínicas da depressão?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os sintomas da depressão?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183544- Aconselhamento disponível para depressão
Referência(s): 188</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece o acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a realização de acompanhamento psicológico para tratamento da depressão e/ou sobre a necessidade de obter ajuda profissional para lidar com a depressão
Validada: Relato verbal ou escrito de que sabe da existência do acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer que existe acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão?
Validada: O quanto é importante para você conhecer que existe acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição
Referência(s): 189</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece o estresse físico e emocional como fatores que podem agravar o quadro de insuficiência cardíaca
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do estresse físico e emocional como fator de risco para a descompensação da insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito de como o estresse físico e o emocional podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer o estresse físico e emocional como fatores que podem agravar o quadro de insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer que o estresse físico e o emocional podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
Referência(s): 190</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito dos principais efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca (depressão, ansiedade e a perda de autocontrole)
Validada: Relato verbal ou escrito de que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais (depressão, ansiedade, perda de autocontrole, convívio familiar e social, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer que a insuficiência cardíaca pode afetar seus sentimentos e sua relação com outras pessoas?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183515- Estratégias para controlar a ansiedade
Referência(s): 191 e 192</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar a ansiedade
Validada: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a ansiedade</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do uso de ansiolíticos, demonstração de técnicas de relaxamento (meditação, controle da respiração, alongamento) e/ou acompanhamento psicológico para tratamento da ansiedade
Validada: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração, acompanhamento psicológico ou outros) para evitar ou aliviar a ansiedade</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer os métodos para controlar a ansiedade?
Validada: O quanto é importante para você conhecer aquilo que você deve fazer para evitar ou melhorar a ansiedade?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183539- Barreiras ao autocuidado
Referência(s): 193 e 194</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a existência de fatores que dificultam a adesão às práticas de autocuidado
Validada: O indivíduo reconhece os fatores que dificultam o autocuidado</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito somente dos fatores físicos (idade e sexo), motivacionais (conhecimento insuficiente da doença, tratamento e gestão da insuficiência cardíaca), socioeconômicos, ambientais, culturais (nível socioeconômico e escolaridade) e relacionados aos profissionais de saúde (comunicação ineficaz e não empoderamento do paciente) que dificultam a adesão às práticas de autocuidado
Validada: Relato verbal ou escrito de fatores que dificultam o autocuidado (conhecimento insuficiente da doença, dificuldade econômica, física, cognitiva, de acesso aos serviços de saúde, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer a existência de fatores que dificultam a adesão às práticas de autocuidado?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os fatores que dificultam o autocuidado?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183531- Técnicas de automonitoramento
Referência(s): 195</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as técnicas que são recomendadas para auto monitorar a doença
Validada: O indivíduo reconhece as formas de monitorar a própria doença</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do monitoramento diário do peso, do controle da quantidade de sal na dieta e dos líquidos ingeridos, do posicionamento ou do número de travesseiros utilizados para dormir, da diminuição da intensidade ou da quantidade de esforço que desencadeia dispneia e/ou demonstração do edema em tornozelos
Validada: Relato verbal ou escrito do que deve fazer para acompanhar a evolução da insuficiência cardíaca (peso diário, quantidade de sal na dieta e dos líquidos ingeridos, verificação do edema em tornozelos, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer as técnicas que são recomendadas para o auto monitorar a doença?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as formas de observar a evolução da sua insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183556- Como utilizar a oximetria de pulso
Referência(s): 196</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo descreve como utilizar oxímetro de pulso
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre como utilizar oxímetro de pulso
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre como utilizar oxímetro de pulso
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre como utilizar oxímetro de pulso
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre como utilizar oxímetro de pulso
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre como utilizar oxímetro de pulso
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de como colocar oxímetro de pulso no dedo, realizar leitura e interpretar os resultados
Validada: A DO foi validada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer como utilizar oxímetro de pulso?
Validada: O quanto é importante para você saber usar o aparelho que verifica a quantidade de oxigênio no seu sangue?</td></tr>
<tr><td colspan="2">183557- Uso correto do oxigênio
Referência(s): 197</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo descreve o uso correto de oxigênio por via inalatória
Validada: O indivíduo descreve o uso correto de oxigênio suplementar</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o uso correto do oxigênio
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o uso correto do oxigênio
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o uso correto do oxigênio
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o uso correto do oxigênio
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o uso correto do oxigênio
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de como colocar cânula ou cateter nasal de oxigênio e regular a dose prescrita por profissional de saúde
Validada: Relato verbal ou escrito de como usar dispositivos ventilatórios para ofertar oxigênio suplementar</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183557- Uso correto do oxigênio
Referência(s): 197</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer o uso correto de oxigênio por via inalatória?
Validada: O quanto é importante para você saber usar corretamente os equipamentos de oxigênio?</td></tr>
<tr><td colspan="2">183552- Ingestão recomendada de líquidos
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a quantidade de líquidos que deve ser ingerida diariamente, de acordo com a orientação profissional
Validada: O indivíduo descreve as recomendações da quantidade de líquidos que deve ser ingerida diariamente em função da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a ingestão de 1 a 1,5 litros/dia para pacientes sintomáticos e com risco de hipovolemia
Validada: Relato verbal ou escrito da quantidade de líquidos recomendada por profissional de saúde para o tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer a quantidade de líquidos que deve ser ingerida diariamente, de acordo com a orientação profissional?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as recomendações da quantidade de líquidos, indicada por profissional de saúde, que deve ser ingerida diariamente por causa da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183542- Estratégias para controlar o edema
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar o edema
Validada: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar o edema</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do uso de diuréticos, de dieta hipossódica e de restrição hídrica e/ou documentação de controle do peso corporal diário para tratamento do edema
Validada: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, dieta hipossódica, restrição hídrica, controle do peso corporal diário ou outros) para evitar ou aliviar o edema</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar o edema?
Questão validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer os métodos para evitar ou aliviar o edema?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183524- Fatores que contribuem para mudança de peso
Referência(s): 198</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os fatores que contribuem para mudança do peso corpóreo
Validada: O indivíduo descreve os fatores que contribuem para mudança do peso corporal no contexto da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os fatores que contribuem para mudança do peso corporal
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os fatores que contribuem para mudança do peso corporal
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os fatores que contribuem para mudança do peso corporal
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os fatores que contribuem para mudança do peso corporal
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os fatores que contribuem para mudança do peso corporal
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito que a retenção de líquido, mudanças no apetite e náuseas contribuem para o aumento e/ou diminuição do peso em pessoas com insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito de fatores que contribuem para mudanças de peso corporal (retenção de líquido, mudanças no apetite, náuseas ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os fatores que contribuem para mudança do peso corpóreo?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os fatores que contribuem para mudança do seu peso?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183525- Estratégias para controle do peso
Referência(s): 199</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual:
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para monitorizar o ganho ou a perda de peso corpóreo como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo conhece os métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal no contexto da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito que a retenção de líquido, mudanças no apetite e náuseas contribuem para o aumento e/ou diminuição do peso em pessoas com insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal (pesagem diária, controle de líquidos, manejo de diuréticos, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para monitorizar o ganho ou a perda de peso corpóreo como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para controlar o ganho ou a perda do peso?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183516- Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco
Referência(s): 200</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os tratamentos farmacológicos para melhorar o trabalho do coração
Validada: O indivíduo conhece os tratamentos para melhorar a função do coração</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os tratamentos para melhorar a função do coração
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os tratamentos para melhorar a função do coração
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os tratamentos para melhorar a função do coração
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os tratamentos para melhorar a função do coração
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os tratamentos para melhorar a função do coração
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre o uso de digitálicos, inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), betabloqueadores e inotrópicos, conforme prescritos pelo profissional de saúde
Validada: Relato verbal ou escrito sobre os tratamentos farmacológicos (digitálicos, inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), betabloqueadores, inotrópicos ou outros) e não farmacológicos (controle hídrico, dieta, atividade física, cessação de tabagismo ou outros) para melhorar a função do coração</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os tratamentos farmacológicos para melhorar o trabalho do coração?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os tratamentos para melhorar a função do coração?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183534- Efeitos na sexualidade
Referência(s): 186 e 201</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece alterações em seu padrão de sexualidade e/ou na função sexual após o início da doença
Validada: O indivíduo reconhece mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual decorrentes da doença</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos na sexualidade
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos na sexualidade
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos na sexualidade
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos na sexualidade
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos na sexualidade
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre preocupações acerca de alterações na relação íntima com parceiro ou pessoa significativa e/ou mudanças na libido, manutenção do ato sexual ou orgasmo após o início da doença
Validada: Relato verbal ou escrito das mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual (relação íntima com parceiro ou pessoa significativa, mudanças na libido, manutenção do ato sexual, orgasmo ou outros) decorrentes da doença</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante para você conhecer as alterações em seu padrão de sexualidade e/ou na função sexual após o início da doença?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as mudanças na vida sexual decorrentes da doença?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183535- Adaptações para desempenho sexual
Referência(s): 202</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: O indivíduo reconhece as adaptações necessárias em seu padrão de sexualidade com a finalidade manter ou alcançar a libido, o ato sexual e/ou orgasmo como parte do tratamento/adaptação à doença
Validada: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de sexualidade ou na função sexual</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre as adaptações necessárias para estimulação sexual, frequência de relações sexuais, escolha do tipo de sexo (vaginal, oral e/ou anal) e/ou posicionamento e esforço durante o ato sexual
Validada: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários na vida sexual (frequência de relações sexuais, escolha do tipo de sexo, posicionamento, esforço durante o ato sexual, ou outros) decorrentes da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as adequações necessárias em seu padrão de sexualidade com a finalidade manter ou alcançar a libido, o ato sexual e/ou orgasmo como parte do tratamento/adaptação à doença?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os ajustes que você deve fazer na sua vida sexual decorrentes da doença?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo
Referência(s): 3 e 203</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do recomendado
Validada: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a ocorrência de dispneia e/ou do aumento da frequência cardíaca, tosse, hipotensão arterial, tontura, cianose, angina, arritmias ou outros ao realizar atividade física em quantidade ou intensidade acima do recomendado
Validada: Relato verbal ou escrito das manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado (dispneia e/ou do aumento da frequência cardíaca, tosse, hipotensão arterial, ou outros).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do recomendado?
Questão validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183549- Estratégias de prevenção do esforço excessivo
Referência(s): 3 e 204</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para evitar esforço físico acima do recomendado (atividade física aeróbica de intensidade moderada como caminhada no mínimo 30 minutos por dia, ou 25 minutos de atividade física vigorosa como corrida no mínimo 3 vezes na semana) como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da monitorização da frequência cardíaca e da auto aplicação de escala subjetiva de esforço de Borg durante atividade ou esforço físico
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para evitar esforço físico acima do tolerado (planejamento das atividades, adaptação de espaço físico, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para evitar esforço físico acima do recomendado (atividade física aeróbica de intensidade moderada como caminhada no mínimo 30 minutos por dia, ou 25 minutos de atividade física vigorosa como corrida no mínimo 3 vezes na semana) como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso
Referência(s): 3 e 205</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para manter o equilíbrio entre atividades de consumo e recuperação de energia como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece os métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a alternância de períodos de repouso seguidos a períodos de atividades que consomem energia, manter a boa postura, evitar levantar e segurar peso, repousar por um mínimo de 60 minutos após refeição, trabalhar em ambiente bem ventilado e com iluminação adequada, priorizar as tarefas delegando as atividades e eliminando atividades desnecessárias (como subir escadas diversas vezes ao dia)
Validada: Relato verbal ou escrito de métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia (inclusão de períodos de descanso na rotina, planejamento e adaptação das atividades diárias, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para manter o equilíbrio entre atividades de consumo e recuperação de energia como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para balancear períodos de atividade e descanso?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183546- Benefícios do descanso adequado
Referência(s): 3 e 16</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as vantagens de intercalar períodos de descanso às atividades durante e ao final do dia como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de recuperação, após o repouso, da energia fisiológica ou psicológica para o planejamento e realização de atividades da rotina diária, atividade física prescrita ou orientada por profissional de saúde, estudo ou trabalho; da capacidade de concentração e memória, manutenção ou melhora do humor
Validada: Relato verbal ou escrito das vantagens de incluir períodos de descanso na sua rotina diária (recuperação da energia fisiológica e psicológica)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as vantagens de intercalar períodos de descanso às atividades durante e ao final do dia como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183540- Estratégias para controlar a dispneia
Referência(s): 206 e 207</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar a dispneia
Validada: O indivíduo conhece métodos para evitar ou aliviar a dispneia</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do uso de diuréticos, de dieta hipossódica e de restrição hídrica, e/ou demonstração de técnicas de respiração (respirar com os lábios franzidos e respiração diafragmática), relaxamento (meditação e alongamento corporal) e posicionamento (inclinação para frente com as mãos nos joelhos “posição de tripé", e posição sentada) para tratamento da dispneia
Validada: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de diuréticos, dieta hipossódica, restrição hídrica, ou outros) para evitar ou aliviar a dispneia</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar a dispneia?
Validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer métodos para evitar ou aliviar a dispneia?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183541- Estratégias para controlar a taquicardia
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar a taquicardia
Validada: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a taquicardia</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do uso de medicamentos cronotrópicos negativos (beta bloqueadores) e demonstração de técnicas de relaxamento (meditação, controle da respiração, alongamento) para tratamento da taquicardia
Validada: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração ou outros) para evitar ou aliviar a taquicardia</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os medicamentos e as técnicas indicadas por profissional de saúde para evitar ou controlar a taquicardia?
Validada: O quanto é importante para você conhecer métodos para evitar ou aliviar a taquicardia?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183517- Estratégias para promover a circulação periférica
Referência(s): 206 e 207</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para promoção da circulação periférica arterial e venosa, para a prevenção de complicações da insuficiência cardíaca e/ou do tratamento da doença
Validada: O indivíduo reconhece os métodos para promoção da circulação periférica</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito dos métodos de promoção da circulação periférica como a realização de exercício físico aeróbio sob orientação de um profissional de saúde, avaliação de edema periférico e pulso, mudança de decúbito a cada 2 horas e hidratação adequada
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos de promoção da circulação periférica (uso de meias elásticas compressivas, realização de exercícios ativos e passivos em membros, evitar o uso de roupas apertadas, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as técnicas para promoção da circulação periférica arterial e venosa para a prevenção de complicações da insuficiência cardíaca e/ou do tratamento da doença?
Validada: O quanto é importante para você conhecer métodos para promoção da circulação do sangue das pernas?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183545- Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica
Referência(s): 208</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do controle da ingestão de sal e água, pesagem diária, verificação de edema, realização de atividade física conforme recomendação de profissional de saúde, imunização contra Pneumococo e Influenza anualmente, procurar médico ou enfermeiro quando necessário, da adesão ao tratamento medicamentoso e/ou abandono do tabagismo, do uso de drogas ilícitas e do álcool
Validada: Relato verbal ou escrito das ações para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos (controle da ingestão de sal e água, pesagem diária, verificação de edema, realização de atividade física ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as ações necessárias para promover a estabilidade das funções do seu corpo?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183536- Grupos de apoio disponíveis
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a participação em reuniões com outros pacientes como parte do tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo conhece a existência de grupos de suporte para o tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a procura e a participação em grupos de apoio como fonte de informação e meio de compartilhar experiências e vivências entre pacientes e familiares no tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito sobre a disponibilidade de grupos de apoio como fonte de informação e meio de compartilhar experiências e vivências entre pacientes, familiares ou profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer a participação em reuniões com outros pacientes como parte do tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer a existência de grupos de apoio para o tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183547- Benefícios do exercício regular
Referência(s): 3 e 16</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as vantagens da realização do exercício físico regular, conforme prescrito ou orientado por profissional da saúde, como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
DC validada: O indivíduo reconhece as vantagens de realizar exercício físico habitualmente</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do controle de fatores de risco cardiovascular, melhora da capacidade funcional, melhora da habilidade para realizar as atividades de vida diária, melhora da força muscular, melhoria do padrão de sono, melhora do sistema imunológico
Validada: Relato verbal ou escrito das vantagens de realizar exercício físico habitualmente (controle de fatores de risco cardiovascular, melhora da capacidade funcional, da habilidade para realizar as atividades de vida diária, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as vantagens da realização do exercício físico regular, conforme prescrito ou orientado por profissional da saúde, como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as vantagens de realizar exercício físico habitualmente?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183548- Atividade física recomendada
Referência(s): 199 e 209</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a realização de atividade física e/ou a participação em programa de reabilitação física como parte do tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo identifica a prática da atividade física recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre a realização de atividade física aeróbica de intensidade moderada no mínimo 30 minutos por dia, ou 25 minutos de atividade física vigorosa (corrida) no mínimo 3 vezes na semana, de acordo com as recomendações de profissionais de saúde
Validada: Relato verbal ou escrito de que a prática de atividade física recomendada por profissionais de saúde (atividade aeróbica de intensidade moderada no mínimo 30 minutos por dia) é parte do tratamento da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer sobre a realização de atividade física e/ou a participação em programa de reabilitação física como parte do tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer que a prática da atividade física recomendada por profissionais de saúde é parte do tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Estratégias para controlar a pressão arterial
Referência(s): 113,151 e 154</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para o controle do aumento da pressão arterial
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre métodos para o controle do aumento da pressão arterial
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre métodos para o controle do aumento da pressão arterial
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre métodos para o controle do aumento da pressão arterial
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre métodos para o controle do aumento da pressão arterial
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre métodos para o controle do aumento da pressão arterial
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito dos métodos de controle da pressão arterial como aferir e registrar com frequência a pressão arterial e comunicar profissional de saúde se valores acima de 140 X 90 mmHg
Validada: A DO foi validada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para o controle do aumento da pressão arterial?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para o controle do aumento da pressão arterial?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Estratégias para controlar a sede
Referência(s): 210</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para aliviar a sede
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito dos métodos para alívio da sede (gelo triturado, pequenos goles de água gelada, gotas de limão na água gelada, pastilhas e distribuição da quantidade de água a ser ingerida ao longo do dia)
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para alívio da sede (gelo triturado, pequenos goles de água gelada, gotas de limão na água gelada, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para aliviar a sede?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para aliviar a sede?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Consultas recomendadas com profissionais de saúde
Referência(s): 147</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde por meio de consultas agendadas durante tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre acompanhamento frequente com profissionais de saúde, com ciência sobre como contatá-los para acompanhamento, para apresentar novas informações e/ou relatar piora dos sintomas
DO validada: A DO foi validada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer sobre o acompanhamento frequente por profissionais de saúde por meio de consultas agendadas durante tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer sobre o acompanhamento frequente por profissionais de saúde por meio de consultas agendadas durante tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Nome correto dos medicamentos prescritos
Referência(s): 106, 131, 151, 157 e 211</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo identifica corretamente o nome dos medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo identifica o nome dos medicamentos em uso</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: O indivíduo relata os nomes dos medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca (como inibidores de enzima conversora de angiotensina II-IECA, betabloqueadores-BB, bloqueadores dos receptores de angiotensina II, antagonista de aldosterona, diuréticos, digoxina, anticoagulantes, antiarrítmico, e bloqueadores de canal de cálcio
Validada: Relato verbal ou escrito do nome dos medicamentos em uso (furosemida, digoxina, atenolol ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer corretamente o nome dos medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer o nome dos medicamentos em uso?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Administração correta dos medicamentos prescritos
Referência(s): 106</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo descreve corretamente a administração dos medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo descreve o uso correto dos medicamentos prescritos</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1- O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de como ingerir os medicamentos de acordo com a via de administração (oral ou inalatória), no horário e na dose correta
Validada: Relato verbal ou escrito de como usar os medicamentos prescritos (via de administração, horário e dose)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer corretamente a administração dos medicamentos usados no tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você saber usar corretamente os medicamentos prescritos?</td></tr>
</table>

(conclusão)

O quadro 21 apresenta DC, DO, questões para os pacientes sobre a importância dos indicadores propostas inicialmente e as validadas e, as magnitudes de respostas para os indicadores relacionados a compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e exacerbações.

Quadro 21 - Definições e questões propostas e validadas e, magnitudes de respostas para os indicadores à compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e exacerbações

(continua)

183503- Benefícios do controle da doença **Referência(s):** 212	
Definição conceitual **Proposta:** O indivíduo reconhece os ganhos obtidos ou vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada **Validada:** O indivíduo reconhece as vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada	**Magnitudes de resposta** ( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca ( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca ( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca ( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca ( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca ( ) O indivíduo não entendeu a pergunta
Definição operacional **Proposta:** Relato verbal ou escrito da diminuição das crises de descompensação da doença, do número de readmissões hospitalares, além da melhora na qualidade de vida, padrão de sono e repouso, padrão de humor e desempenho sexual **Validada:** Relato verbal ou escrito de vantagens do controle da doença (diminuição das crises de descompensação da doença, do número de readmissões hospitalares, além da melhora na qualidade de vida, ou outros)	
Questão para paciente **Proposta:** Você considera que é importante conhecer ganhos obtidos ou vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada? **Validada:** O quanto é importante para você conhecer as vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada?	

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183538- Sinais e sintomas de complicações
Referência(s): 213</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as alterações no sistema cardiovascular ou em outros sistemas corporais como decorrentes das mudanças fisiopatológicas do coração ou do tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo identifica as complicações da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito das alterações mais frequentes nos sistemas corporais (lesão renal aguda, choque hipotensivo, arritmia, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, efeitos adversos dos medicamentos) que ocorrem na história natural da insuficiência cardíaca em decorrência de seu tratamento
Validada: Relato verbal ou escrito das complicações da insuficiência cardíaca (lesão renal aguda, choque, arritmia, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as alterações no sistema cardiovascular ou em outros sistemas corporais como decorrentes das mudanças fisiopatológicas do coração ou do tratamento da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as complicações da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para aumentar a capacidade do organismo de resistir à organismos ou toxinas que danificam os tecidos como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece os métodos para aumentar a capacidade de resistir às ações patogênicas de organismos

Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito da ingestão suficiente de nutrientes, realização de atividade física conforme recomendado por profissionais de saúde, e de imunização contra Influenza (anualmente) e Pneumococos (dose única com reforço após os 65 anos
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para aumentar a capacidade de resistir às infecções (ingestão suficiente de nutrientes, realização de atividade física, imunizações, ou outros)</td><td>Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para aumentar a capacidade do organismo de resistir à organismos ou toxinas que danificam os tecidos como parte do tratamento ou para prevenir complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para aumentar a resistência contra as infecções?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183550- Imunizações recomendadas
Referência(s): 199</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece que a imunização contra influenza e contra Pneumococo é parte do tratamento da insuficiência cardíaca e previne complicações
Validada: O indivíduo reconhece a imunização recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre ter recebido vacina contra influenza (anualmente) e vacina contra pneumonia (ao menos uma vez) durante o tratamento da insuficiência cardíaca
Validada: Relato verbal ou escrito das vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca (Influenza e Pneumococos)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer que a imunização contra influenza e contra pneumococo é parte do tratamento da insuficiência cardíaca e previne complicações?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde
Referência(s): 214</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre procurar ajuda de profissional de saúde em situações de dispneia, edema de membros inferiores, fadiga e ganho de peso (de 1,3 kg ou mais por dia e 2,2 kg ou mais por semana)
Validada: Relato verbal ou escrito das situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde (piora dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, dúvidas ou outras)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde?
Validada: O quanto é importante para você conhecer em que situações você deve procurar ajuda de um profissional de saúde?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183555- Importância da restrição do álcool
Referência(s): 215</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a importância do consumo limitado de álcool como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece a importância do consumo limitado de álcool</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre os benefícios do consumo não abusivo de álcool /ou da cessação da ingestão de bebidas alcóolicas
Validada: Relato verbal ou escrito da importância de limitar o consumo de álcool</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer sobre o consumo limitado de álcool como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer que deve limitar o consumo de álcool?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183554- Estratégias para cessação do tabagismo
Referência(s): 216</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os métodos para interrupção do consumo de cigarro como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo conhece os métodos para cessação do tabagismo</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito de onde buscar ajuda para parar de fumar e/ou estratégias farmacológicas ou não farmacológicas para a interrupção do tabagismo
Validada: Relato verbal ou escrito dos métodos para cessação do tabagismo (sabe onde buscar ajuda, estratégias farmacológicas ou não farmacológicas)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer os métodos para interrupção do consumo de cigarro como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os métodos para parar de fumar?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183553- Importância da abstinência do tabaco
Referência(s): 217</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece a importância da cessação do tabagismo como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca
Validada: O indivíduo reconhece a importância de se privar do tabaco</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre os benefícios da cessação do tabagismo para a saúde cardiovascular
Validada: Relato verbal ou escrito da importância de se privar do tabaco</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer a cessação do tabagismo como parte do tratamento e para a prevenção de complicações decorrentes da insuficiência cardíaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer que não deve fumar?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183558- Risco associado a viagens
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as ameaças à saúde relacionadas com o planejamento inadequado de viagens e/ou com tempo/distância percorridos entre origem e destino
Validada: O indivíduo reconhece as ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca, relacionadas aos deslocamentos de curta, média, longa distância e duração</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito do planejamento da viagem em termos da autorização médica, localização de serviços de emergência no destino, quantidade e tipos de medicamentos necessários para o período, controle da ingestão de sal e líquidos, pesagem diária, manutenção da atividade física conforme orientado ou prescrito por profissional de saúde, uso de meia de compressão gradual conforme indicado, e realização de exercícios para prevenção de trombose venosa profunda (TVP) durante o trajeto
Validada: Relato verbal ou escrito das ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca (complicações, agudização da doença, barreiras para o autocuidado e adesão ao tratamento, ou outros)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as ameaças à saúde relacionadas com o planejamento inadequado de viagens e/ou com tempo/distância percorridos entre origem e destino?
Validada: O quanto é importante para você conhecer os riscos, decorrentes da insuficiência cardíaca, relacionados aos deslocamentos de curta, média, longa distância e duração?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">183559- Adaptações para viagens
Referência(s): 3</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece os adaptações necessárias em sua rotina para realizar deslocamentos de curta, média e longa distância, por diferentes meios de transporte, como parte do tratamento/adaptação à doença
Validada: O indivíduo reconhece os ajustes necessários em sua rotina para realizar deslocamentos de curta, média, longa distância e duração, decorrentes da insuficiência cardíaca</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito sobre as adaptações necessárias no preparo para e no trajeto e/ou na seleção de destinos para deslocamentos de curta distância, como de casa para o trabalho, e média e longa distâncias, utilizando diferentes meios de transporte, para manter a adesão ao tratamento e/ou evitar complicações
Validada: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários para realizar deslocamentos (preparo para o trajeto, seleção de destinos e meios de transporte, e outros) decorrentes da insuficiência cardíaca</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão proposta para paciente: Você considera que é importante conhecer os ajustes necessários em sua rotina para realizar deslocamentos de curta, média e longa distância, por diferentes meios de transporte, como parte do tratamento/adaptação à doença?
Questão validada para paciente: O quanto é importante para você conhecer as mudanças necessárias, decorrentes da insuficiência cardíaca, para realizar deslocamentos de curta, média, longa distância e duração?</td></tr>
</table>

(continuação)

<table>
<tr><td colspan="2">Novo indicador- Causas da reinternação
Referência(s): 90 e 106</td></tr>
<tr><td>Definição conceitual
Proposta: O indivíduo reconhece as causas das rehospitalizações durante o tratamento da insuficiência cardiaca
Validada: A DC foi validada</td><td rowspan="2">Magnitudes de resposta
( )1 -O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as causas da rehospitalização durante tratamento da insuficiência cardíaca
( )2- O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as causas da rehospitalização durante tratamento da insuficiência cardíaca
( )3- O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as causas da rehospitalização durante tratamento da insuficiência cardíaca
( )4- O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as causas da rehospitalização durante tratamento da insuficiência cardíaca
( )5- O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as causas da rehospitalização durante tratamento da insuficiência cardíaca
( ) O indivíduo não entendeu a pergunta</td></tr>
<tr><td>Definição operacional
Proposta: Relato verbal ou escrito dos motivos de rehospitalizações como edema pulmonar ou desconforto respiratório na posição sentada, saturação de oxigênio arterial < 90%, frequência cardíaca >120 bpm, pressão arterial sistólica < 80 mmHg, alteração mental por causa da hipoperfusão, descompensação na presença de síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca descompensada aguda
Validada: Relato verbal ou escrito dos motivos de rehospitalizações como edema pulmonar ou desconforto respiratório na posição sentada, saturação de oxigênio arterial < 90%, ou outros</td></tr>
<tr><td colspan="2">Questão para paciente
Proposta: Você considera que é importante conhecer as causas das rehospitalizações durante o tratamento da insuficiência cardiaca?
Validada: O quanto é importante para você conhecer as causas das rehospitalizações durante o tratamento da insuficiência cardiaca?</td></tr>
</table>

(conclusão)

5.3 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ETAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO

5.3.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos

Os expertos dessa etapa foram os mesmos da segunda etapa e os resultados de caracterização demográfica, acadêmica e profissional foram apresentados na sessão 5.2.1.

5.3.2 Consenso entre os expertos sobre os prováveis novos indicadores

Os indicadores “Curso usual da doença”, “Nome correto dos medicamentos prescritos”, “Administração correta dos medicamentos prescritos”, “Estratégias para controlar sede” e “Ações para promover morte digna” obtiveram consenso com relação a todas as perguntas que guiaram o julgamento dos expertos, tendo sido considerados novos indicadores.

Os expertos sugeriram somente a alteração do rótulo de três indicadores, de forma a manter os princípios da classificação NOC para proposição de RE. Dessa forma, os rótulos dos indicadores “Curso usual da doença”, “Nome correto dos medicamentos prescritos” e “Administração correta dos medicamentos prescritos” foram modificados para “Curso usual do processo de doença”, “Identificação do nome correto dos medicamentos em uso” e “Uso correto dos medicamentos em uso”.

Os prováveis novos indicadores “Conceito da doença”, “Estratégias para controlar pressão arterial”, “Consultas recomendadas com profissionais de saúde”, e “Causas da reinternação” não obtiveram consenso para uma das perguntas. Os expertos foram unânimes em considerar que esses prováveis novos indicadores não eram diferentes de outros que já estavam aprovados para uso para este RE. Em outras palavras, os expertos responderam “não” à pergunta: “Este indicador é diferente de outros já publicados para o RE na NOC?”. Por esse motivo, esses prováveis novos indicadores foram descartados.

Isto posto, dos 59 indicadores (oito localizados na revisão de escopo e um sugerido por expertos na etapa de validação de conteúdo), 55 indicadores seguiram para etapa de validação de conteúdo.

5.4 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

5.4.1 Caracterização demográfica, acadêmica e profissional dos expertos

Trinta e sete potenciais expertos foram localizados, sendo 21 na plataforma Lattes e no diretório de grupos de pesquisa do CNPq e 16 por amostragem do tipo bola de neve. Destes, três recusaram o convite e 12 não responderam, de modo que 22 expertos foram incluídos no estudo. Dos 22 expertos, sete (31,8%) não devolveram instrumento preenchido dentro do prazo estipulado, tendo sido excluídos do estudo. Desse modo, 15 expertos constituíram a amostra final.

Os expertos tinham idade média de 36,0±6,3 anos. Informaram que tinham 13,9±6,5 anos de tempo de experiência profissional; 9,7±4,4 anos de experiência no ensino de enfermagem em cardiologia e processo de enfermagem; e 7,2±6,8 anos de experiência clínica em enfermagem em cardiologia. As demais variáveis de caracterização sociodemográfica, acadêmica e profissional estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 - Características demográficas, acadêmicas e profissionais dos expertos na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Variáveis	**n (%)**
Sexo feminino	13 (86,6)
Maior titulação acadêmica	
Doutorado	8 (53,3)
Pós-doutorado	4 (26,7)
Mestrado	3 (20,0)
Área de atuação	
Ensino	15 (100,0)
Pesquisa	10 (66,6)
Assistência	4 (26,6)
Participação em grupo de pesquisa	
Processo de enfermagem ou linguagem padronizada	14 (93,3)
Enfermagem em cardiologia	6 (40,0)

Observa-se que houve predomínio de expertos do sexo feminino, com titulação acadêmica no nível de doutorado. Em relação à área de atuação e participação em grupos de pesquisa, os expertos puderam selecionar mais de uma opção; todos os expertos atuavam no ensino de enfermagem e participavam, majoritariamente, de grupos com enfoque no estudo de processo de enfermagem ou linguagem padronizada.

A tabela 5 apresenta os escores obtidos pelos expertos de acordo com o sistema de classificação de expertos descrito no quadro 7.

Tabela 5 - Escores obtidos pelos expertos que participaram da etapa de validação de conteúdo segundo o sistema de classificação de expertos

Experto	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Escore	27	27	14	21	20	24	11	19	11	16	17	26	26	20	6

Os escores obtidos pelos expertos variaram de 6 a 27; nove (60,0%) foram classificados como másters e seis (40,0%) como sêniores. O escore médio obtido pelos expertos foi 19,0 ± 6,5 pontos.

Na tabela 6, verifica-se o nível de experiência auto relatada dos expertos com relação ao uso do processo de enfermagem, de sistemas de linguagem padronizado e, em particular da NOC, na assistência, no ensino e na pesquisa.

Tabela 6 - Experiência auto relatada dos expertos no uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e resultados da NOC na assistência, ensino e pesquisa na etapa de validação de conteúdo

	Nenhuma	**Pouca**	**Nem muita, nem pouca**	**Muita**
Experiência no uso do processo de enfermagem, n(%)				
Assistência,	0 (0,0)	1 (6,7)	4 (26,6)	10 (66,7)
Ensino	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (6,7)	13 (86,6)
Pesquisa	0 (0,0)	1 (6,7)	3 (20,0)	11 (73,3)
Experiência no uso de linguagem padronizada, n(%)				
Assistência	0 (0,0)	2 (13,4)	2 (13,4)	11 (73,2)
Ensino	0 (0,0)	1 (6,7)	4 (26,6)	10 (66,7)
Pesquisa, n(%)	0 (0,0)	2 (13,4)	4 (26,6)	9 (60,0)
Experiência no uso dos resultados da NOC, n(%)				
Assistência, n(%)	2 (13,4)	4 (26,6)	7 (46,6)	2 (13,4)
Ensino, n(%)	0 (0,0)	2 (13,4)	5 (33,3)	8 (53,3)
Pesquisa, n(%)	0 (0,0)	5 (33,3)	5 (33,3)	5 (33,3)

Legenda: NOC= *Nursing Outcomes Classification*

Houve predominância de expertos com muita experiência no uso do processo de enfermagem e sistemas de linguagem padronizada na assistência, no ensino e na pesquisa. Em relação à utilização da NOC, aproximadamente metade dos expertos consideraram ter nem muita nem pouca experiência no uso dessa classificação na assistência e muita experiência na sua utilização no ensino; por sua vez, a distribuição dos expertos foi equivalente entre pouca e muita experiência na pesquisa.

5.4.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes

Participaram dessa etapa 15 pacientes internados em unidades de internação. As variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 - Variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Variáveis	Média (DP)	Mediana [IQ]	Mín-Máx
Idade, em anos	57,0 (11,9)	57,0 [50,0 – 62,0]	35,0 – 78,0
Anos de estudo	7,7 (3,2)	8,0 [4,0 – 11,0]	3,0 – 11,0
Renda familiar (salários mínimos/mês*)	3,8 (7,4)	1,0 [1,0 – 3,0]	0,0 – 30,0
Tempo de diagnóstico de IC, em anos	6,2 (6,3)	5,0 [2,0- 8,5]	1,0- 26,0
FEVE#	34,7 (15,7)	30,0 [22,5 – 39,5]	20,0 – 68,0

Legenda: DP = desvio padrão; IQ = intervalo interquartil; FEVE= fração de ejeção de ventrículo esquerdo

*Valor do salário mínimo em dezembro/2018 = R$ 954,00

#De acordo com laudo de ecocardiograma transesofágico mais recente do ano de 2018 o qual se obteve acesso

Observa-se que os pacientes tinham média de 57 anos, baixo nível de escolaridade (média de 7,7 anos-equivalente ao ensino fundamental incompleto); baixa renda familiar (3,8 salários mínimos em média); com tempo de diagnóstico de IC bastante variado, de um a 26 anos (média de 6,2 anos); e fração de ejeção média de 34,7%.

Na tabela 8, estão descritas as variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo.

Tabela 8 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

Variáveis	
Sexo masculino, n(%)	10 (66,6)
Estado civil	
Casado, n(%)	11 (73,3)
Solteiro, n(%)	3 (20,0)
Divorciado, n(%)	1 (6,7)
Região de naturalidade	
Região Sudeste, n(%)	9 (60,0)
Região Nordeste, n(%)	5 (33,3)
Região Centro-Oeste, n(%)	1 (6,7)
Etiologia da IC	
Isquêmica, n(%)	5 (33,4)
Hipertensiva, n(%)	3 (20,0)
Chagásica, n(%)	2 (13,3)
Idiopática, n(%)	2 (13,3)
Valvar, n(%)	2 (13,3)
Dilatada puerperal, n(%)	1 (6,7)
Classe Funcional da IC na admissão hospitalar	
Classe Funcional I, n(%)	3 (20,0)
Classe Funcional II, n(%)	3 (20,0)
Classe Funcional III, n(%)	6 (40,0)
Classe Funcional IV, n(%)	3 (20,0)
Classe Funcional da IC na entrevista	
Classe Funcional I, n(%)	10 (66,7)
Classe Funcional II, n(%)	5 (33,3)
Classificação clínico-hemodinâmica da IC na admissão hospitalar	
Classificação A, n(%)	4 (26,7)
Classificação B, n(%)	4 (26,7)
Classificação C, n(%)	6 (40,0)
Classificação L, n(%)	1 (6,6)
Classificação clínico-hemodinâmica da IC na entrevista	
Classificação A, n(%)	8 (53,3)
Classificação B, n(%)	7 (46,7)
Estágio da IC	

(continuação)

Estágio A, n(%)	4 (26,6)
Estágio B, n(%)	5 (33,4)
Estágio C, n (%)	6 (40,0)

(conclusão)

Houve predomínio de pacientes do sexo masculino, casados e provenientes da região Sudeste do Brasil. A etiologia mais frequente foi a isquêmica, a fração de ejeção média foi baixa, com predomínio de pacientes sintomáticos (classes funcionais II a IV da NYHA) no momento da admissão hospitalar e assintomáticos no momento da entrevista (classe funcional I da NYHA).

Em relação à perfusão tecidual, a perfusão periférica (classificações clínico-hemodinâmicas A e B) estava preservada na maioria dos pacientes na admissão e em todos os pacientes no momento da entrevista. No que se refere ao estágio da doença, verifica-se que a maior parte dos pacientes tinha lesão estrutural do coração com sintomas atuais ou prévios (estágio C).

Nove pacientes (60,0%) declararam não ter cuidador familiar no momento da entrevista. Aqueles que informaram possuir cuidador na família declararam que eram cuidados por mãe, esposa/ marido, e/ou irmã(o).

As comorbidades cardiovasculares apresentadas pelos pacientes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), n = 10 (60,0%), doença arterial coronariana (DAC), n= 6 (40,0%), arritmia (n = 3; 20,0%) e doença valvar (n = 3; 20,0%). Por sua vez, as comorbidades de outros sistemas orgânicos foram diabetes mellitus (DM), n = 6 (40,0%), dislipidemia (DLP), n=6 (40,0%), insuficiência renal crônica (n=4; 26,6%), e acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (n=2; 13,3%).

A frequência de prescrição dos medicamentos utilizados para o tratamento da IC de acordo com a classe medicamentosa está descrita na tabela 9.

Tabela 9 - Frequência de prescrição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que participaram da etapa de validação de conteúdo de acordo com a classe medicamentosa

(continua)

(continuação)

Classe medicamentosa	Medicamentos identificados na prescrição médica	n (%)
Diuréticos de alça e tiazídicos	Furosemida e Hidroclorotiazida	12 (80,0)
Antiagregantes plaquetários	Ácido acetilsalicílico (AAS) e Clopidogrel	10 (66,6)
Antagonistas de aldosterona	Espironolactona e Aldactone	9 (60,0)
Anticoagulantes	Varfarina, Enoxaparina, Rivaroxabana e Heparina	8 (53,3)
Nitratos	Hidralazina e Issosorbida	8 (53,3)
Betabloqueadores	Carvedilol, Bisoprolol, Metoprolol e Atenolol	7 (46,6)
Estatinas	Atorvastatina e Sinvastatina	7 (46,6)
Inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA)	Captopril e Enalapril	5 (33,3)
Antiarrítmicos	Amiodarona	4 (26,6)
Digitálicos	Digoxina	4 (26,6)
Inotrópicos	Dobutamina	3 (20,0)
Antagonistas de receptor de angiotensina II	Losartana	2 (13,3)

(conclusão)

Em relação ao tratamento medicamentoso, os diuréticos, antiagregantes plaquetários e antagonistas da aldosterona foram os medicamentos mais frequentemente utilizados pelos pacientes. Menos da metade dos pacientes estava em uso de IECA ou antagonistas de receptor de angiotensina II. Ainda no que tange ao manejo clínico dos pacientes, observou-se que três (20,0%) pacientes tinham cardiodesfribrilador interno e um (6,6%), marca passo definitivo.

Quanto ao MEEM, os escores mínimo e máximo obtidos pelos pacientes foram 20 e 29 pontos, respectivamente. Apenas três pacientes (20,0%) apresentaram capacidade cognitiva preservada. Os valores de média e desvio padrão do MEEM dos participantes obtidos de acordo com o nível de escolaridade estão descritos na tabela 10.

Tabela 10 – Escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos pacientes que participaram da etapa de validação de conteúdo, segundo o nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	MEEM Média (DP)
Analfabeto (n = 1)	20,0 (NA)
1 a 4 anos de estudo (n = 1)	27,0 (NA)
5 a 8 anos de estudo (n = 7)	24,2 (2,7)
9 a 11 anos de estudo (n = 6)	26,7 (2,0)

Legenda: NA-= não se aplica pois só um paciente era analfabeto/ possuía um a quatro anos de estudo
DP= desvio padrão

Observou-se que apenas o paciente com 1 a 4 anos de estudo tinha capacidade cognitiva preservada, dado que o escore mínimo esperado para esse grupo era de 25 pontos. Para os demais níveis de escolaridade, o escore mínimo estipulado pelo MEEM não foi atingido.

5.4.3 Teste piloto do instrumento de avaliação da importância dos indicadores

Cinco pacientes que participaram da primeira rodada do teste piloto sugeriram mudanças em nove (16,3%) das 55 questões do instrumento de avaliação da importância dos indicadores. As mudanças foram sugeridas porque os pacientes tiveram dificuldades em compreender o que estava sendo questionado e/ou porque as questões eram muito longas.

As questões para as quais foram sugeridas mudanças, os problemas apontados pelos pacientes, os indicadores aos quais se referem e as versões das questões após as mudanças estão descritas no Quadro 22.

Quadro 22 - Questões originais e modificadas do instrumento de avaliação da importância dos indicadores, problemas nas questões originais apontados pelos pacientes durante o teste piloto e indicadores aos quais se referem

(continua)

(continuação)

(Código) Indicador	Questões originais apresentadas aos pacientes	Problemas apontados pelos pacientes	Questões após teste piloto
(183501) Causas e fatores contribuintes	O quanto é importante para você conhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca?	Questão muito longa e dificuldade na compreensão da palavra "fator"	O quanto é importante para você conhecer as causas da insuficiência cardíaca?
(183502) Sinais e sintomas da doença precoces	O quanto é importante para você conhecer as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca?	Dificuldade na compreensão da expressão "manifestações iniciais"	O quanto é importante para você conhecer os sintomas da insuficiência cardíaca?
(183503) Benefícios do controle da doença	O quanto é importante para você conhecer as vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada?	Dificuldade na compreensão da palavra "vantagens"	O quanto é importante é para você conhecer os benefícios de ter sua doença controlada?
(183513) Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca	O quanto é importante para você saber que a insuficiência cardíaca pode afetar seus sentimentos e sua relação com outras pessoas?	Dificuldade na compreensão da expressão "sentimentos e sua relação com outras pessoas"	O quanto é importante é para você saber que a insuficiência cardíaca pode alterar suas emoções e relacionamentos?
(183511) Sinais e sintomas de esforço excessivo	O quanto é importante para você conhecer as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado?	Questão muito longa e dificuldade na compreensão da expressão "manifestações clínicas"	O quanto é importante para você conhecer quais são os sintomas que podem surgir quando você faz esforço físico a mais do que você aguenta?

(continuação)

(Código) Indicador	Questões originais apresentadas aos pacientes	Problemas apontados pelos pacientes	Questões após teste piloto
(183532) Efeitos no estilo de vida	O quanto é importante para você conhecer as mudanças no estilo de vida decorrentes da doença?	Dificuldade na compreensão da expressão "estilo de vida"	O quanto é importante é para você conhecer as mudanças nos seus hábitos por causa da doença?
(183539) Barreiras ao autocuidado	O quanto é importante para você conhecer os fatores que dificultam você se cuidar sozinho?	Dificuldade na compreensão da expressão "fatores que dificultam você se cuidar sozinho"	O quanto é importante é para você conhecer motivos que deixam mais difícil você cuidar de você mesmo?
(183533) Adaptações do desempenho de papel	O quanto é importante para você conhecer as mudanças necessárias, decorrentes da insuficiência cardíaca, nos papéis que você desempenha na vida?	Questão muito longa e dificuldade na compreensão da expressão "papéis que você desempenha na vida"	O quanto é importante para você conhecer as mudanças nas funções que você tem como mãe, pai, esposa, irmã (utilizar o que for apropriado ao participante) por causa da insuficiência cardíaca?
(183559) Adaptações para viagens	O quanto é importante para você conhecer as mudanças necessárias, decorrentes da insuficiência cardíaca, para realizar deslocamentos de curta, média, longa distância e duração?	Questão muito longa e dificuldade na compreensão da expressão "deslocamentos de curta, média, longa distância e duração"	O quanto é importante é para você conhecer as mudanças que precisa fazer quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, igreja (utilizar o que for apropriado ao participante), ou para passear ou até mesmo viajar por causa da insuficiência cardíaca?

(conclusão)

As questões modificadas foram apresentadas para outros cinco pacientes. Todos os pacientes nesta segunda rodada de avaliação consideraram as questões compreensíveis e não fizeram outras sugestões.

5.4.4 Validação de conteúdo dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

A tabela 11 apresenta os códigos, títulos, MPP, IVC, MPI, InC e MPG dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca".

Tabela 11 – Média ponderada da pertinência (MPP), índice de validade de conteúdo (IVC), média ponderada da importância (MPI), índice de concordância (InC), média ponderada global (MPG) e classificação dos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

(Código) Indicador	MPP	IVC	MPI	InC	MPG	Classificação do indicador
(183516) Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco	1,00	0,93	0,97	1,00	0,98	Principal
(183502) Sinais e sintomas da doença precoces	0,98	1,00	0,97	1,00	0,97	Principal
(183503) Benefícios do controle da doença	0,95	1,00	0,97	1,00	0,96	Principal
(183505) Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva	0,98	1,00	0,95	1,00	0,96	Principal
(183540) Estratégias para controlar a dispneia	0,96	0,93	0,97	1,00	0,96	Principal
(183553) Importância da abstinência do tabaco	0,95	1,00	0,97	1,00	0,96	Principal
(183501) Causas e fatores contribuintes	0,93	1,00	0,97	1,00	0,95	Principal
(183531) Técnicas de automonitoramento	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	Principal
(183537) Quando obter ajuda de um profissional de saúde	0,96	1,00	0,95	1,00	0,95	Principal
(183555) Importância da restrição do álcool	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	Principal
(Novo indicador) Uso correto dos medicamentos prescritos	0,95	1,00	0,95	1,00	0,95	Principal
(183511) Sinais e sintomas de esforço excessivo	0,93	1,00	0,95	1,00	0,94	Principal

(continuação)

(Código) Indicador	MPP	IVC	MPI	InC	MPG	Classificação do indicador
(183527) Efeitos terapêuticos do medicamento	0,93	1,00	0,95	1,00	0,94	Principal
(183542) Estratégias para controlar o edema	0,95	0,93	0,93	1,00	0,94	Principal
(183548) Atividade física recomendada	0,93	1,00	0,95	1,00	0,94	Principal
(183550) Imunizações recomendadas	0,91	0,86	0,97	1,00	0,94	Principal
(183554) Estratégias para cessação do tabagismo	0,93	1,00	0,95	1,00	0,94	Principal
(183538) Sinais e sintomas de complicações	0,91	0,93	0,95	1,00	0,93	Principal
(183541) Estratégias para controlar a taquicardia	0,93	0,93	0,93	1,00	0,93	Principal
(183528) Efeitos colaterais do medicamento	0,91	1,00	0,93	1,00	0,92	Principal
(183525) Estratégias para controle do peso	0,95	1,00	0,90	1,00	0,92	Principal
(183526) Estratégias para aumentar a aceitação da dieta	0,95	1,00	0,90	1,00	0,92	Principal
(183504) Ações básicas do coração	0,85	0,80	0,97	1,00	0,91	Principal
(183519) Estratégias para equilibrar a atividade e repouso	0,93	1,00	0,90	1,00	0,91	Principal
(183529) Efeitos adversos do medicamento	0,90	0,93	0,93	1,00	0,91	Principal
(183532) Efeitos no estilo de vida	0,95	1,00	0,88	1,00	0,91	Principal
(183549) Estratégias de prevenção do esforço excessivo	0,88	0,86	0,95	1,00	0,91	Principal
(183513) Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca	0,86	0,93	0,95	1,00	0,90	Principal
(183517) Estratégia para promover a circulação periférica	0,86	0,93	0,95	1,00	0,90	Principal
(183524) Fatores que contribuem para mudança de peso	0,91	0,93	0,90	1,00	0,90	Principal
(183552) Ingestão recomendada de líquidos	0,93	1,00	0,88	1,00	0,90	Principal
(183515) Estratégias para controlar a ansiedade	0,91	0,86	0,88	0,93	0,89	Principal
(183533) Adaptações do desempenho de papel	0,83	0,86	0,95	1,00	0,89	Principal
(183546) Benefícios do descanso adequado	0,86	0,86	0,93	1,00	0,89	Principal

(continuação)

(Código) Indicador	MPP	IVC	MPI	InC	MPG	Classificação do indicador
(183551) Dieta prescrita	0,91	1,00	0,88	1,00	0,89	Principal
(183512) Relação entre o estresse físico e emocional e a condição	0,86	0,93	0,90	1,00	0,88	Principal
(183535) Adaptações para desempenho sexual	0,90	0,93	0,86	0,86	0,88	Principal
(183534) Efeitos na sexualidade	0,86	0,93	0,86	0,86	0,86	Principal
(183539) Barreiras ao autocuidado	0,80	0,80	0,93	1,00	0,86	Principal
(183559) Adaptações para viagens	0,83	0,86	0,90	1,00	0,86	Principal
(Novo indicador) Identificação do nome dos medicamentos em uso	0,83	0,86	0,90	1,00	0,86	Principal
(183547) Benefícios do exercício regular	0,81	0,80	0,90	1,00	0,85	Principal
(Novo indicador) Estratégias para controlar a sede	0,89	1,00	0,81	1,00	0,85	Principal
(183521) Estratégias para aumentar a resistência à infecção	0,71	0,66	0,97	1,00	0,84	Principal
(183536) Grupos de apoio disponíveis	0,78	0,73	0,91	0,93	0,84	Principal
(183545) Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica	0,76	0,80	0,93	1,00	0,84	Principal
(183557) Uso correto do oxigênio	0,80	0,80	0,88	0,86	0,84	Principal
(183544) Aconselhamento disponível para depressão	0,71	0,66	0,91	0,93	0,81	Principal
(Novo indicador) Curso usual do processo de doença	0,70	0,66	0,93	1,00	0,81	Principal
(183558) Risco associado a viagens	0,71	0,60	0,90	1,00	0,80	Principal
(183507) Sinais e sintomas de anemia	0,71	0,73	0,88	1,00	0,79	Secundário
(Novo indicador) Ações para promover a morte digna	0,61	0,53	0,95	1,00	0,78	Secundário
(183556) Como utilizar a oximetria de pulso	0,65	0,60	0,90	1,00	0,77	Secundário
(183530) Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença	0,65	0,53	0,86	1,00	0,75	Secundário
(183543) Sinais e sintomas da depressão	0,48	0,26	0,86	0,86	0,67	Secundário

(conclusão)

Quanto à análise de pertinência pelos expertos, observa-se que 44 indicadores (74,5%) tiveram MPP ≥ 0,80. Dentre esses indicadores, o IVC variou de 0,80 a 1,00; indicando no geral um alto nível de concordância entre os expertos.

Dentre os dez indicadores com MPP < 0,80 e ≥ 0,50, o IVC variou de 0,53 a 0,80, indicando uma ampla variação na concordância entre os expertos. Apenas o indicador "Sinais e sintomas de depressão", apresentou MPP de 0,48 e IVC de 0,26.

Os expertos fizeram comentários sobre as DC e DO dos indicadores, embora isto não tenha sido solicitado nessa etapa da pesquisa. Com base nessas sugestões algumas definições foram ajustadas, mas não foram submetidas à nova validação porque não implicaram em modificações substanciais. No quadro 23 estão descritos os indicadores, as sugestões de mudanças nas definições e os ajustes realizados.

Quadro 23 - Sugestões elaboradas pelos expertos da etapa de validação de conteúdo sobre as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183501) Causas e fatores contribuintes	(E3) Para aumentar a pertinência, sugiro acrescentar na definição conceitual "causas", já que o título do indicador é causas e fatores contribuintes. Da mesma forma isto deve ser feito na definição operacional	Embora não tenha sido solicitada a análise das DC e DO, quatro expertos sugeriram a mudança. Logo, ambas foram ajustadas para: DC- O indivíduo descreve as causas e os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca. DO- Relato verbal ou escrito das causas e dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (doença arterial coronariana, hipertensão arterial, anormalidades nas valvas cardíacas, ou outros)
	(E12) Sugiro acrescentar a palavra "causas" na definição conceitual, pois é diferente de fatores contribuintes. Vale o mesmo para a definição operacional, todavia, penso que pode haver uma subdivisão do que já foi explicitado. Por exemplo, o tabagismo e a apneia do sono, no meu ponto de vista, são fatores contribuintes, mas não causa da ICC	
	(E15) DC- descreve as causas e fatores que potencializam	
(183502) Sinais e sintomas da doença precoces	(E1) Redução do volume urinário, aumento do volume abdominal	A expressão "ou outros" contempla os exemplos citados

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183503) Benefícios do controle da doença	(E1) Melhora da dispneia	A expressão "ou outros" contempla os exemplos citados
(183512) Relação entre estresse físico e emocional e a condição	(E11) Rever o nome do indicador para Relação entre o estresse físico e emocional e a condição cardíaca	Diante do comentário do experto sugerir-se-á a mudança de título à NOC, porque contribui para a clareza do indicador
(183534) Efeitos na sexualidade	(E1) Manutenção da ereção sexual	A expressão "ou outros" contempla os exemplos citados
(183516) Tratamentos para melhorar desempenho cardíaco	(E1) Inclusão de diuréticos nos medicamentos (classe IA), exclusão de inotrópicos – digitálicos nesse caso já inclui os digitálicos	Embora não tenha sido solicitada a análise das DC e DO, quatro expertos sugeriram a mudança. Logo, ambas foram ajustadas para: DO- Relato verbal ou escrito sobre os tratamentos farmacológicos (diuréticos, digitálicos, IECA), betabloqueadores, ou outros) e não farmacológicos (controle hídrico, dieta, atividade física, cessação de tabagismo ou outros) para melhorar a função do coração
(183551) Dieta prescrita	(E3) Para aumentar a pertinência eu não restringiria a definição operacional a uma dieta recomendada por profissional de saúde. Se um paciente descreve uma dieta que eu, como profissional da saúde, reconheço como balanceada, já considero esse indivíduo apto a controlar a doença. Assim, não só o nome do indicador clínico seria mais pertinente se fosse "dieta equilibrada", como a definição operacional também se reportasse a isto	Reconhecesse que, para atender às necessidades individuais a dieta deve ser prescrita, ou seja, recomendada por algum profissional da saúde. Por isso, optou-se em não alterar a DO e este indicador apresentou-se pertinente ao RE de acordo com os expertos (MPP 0,91 e IVC 1,0)
(183552) Ingestão recomendada de líquidos	(E15) Rever qual quantidade de líquidos pode ser ingerida	Esta informação depende da condição clínica de cada paciente e será determinada de forma personalizada o que não influencia na definição do indicador

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183538) Sinais e sintomas de complicações	(E4) Se o indicador for no sentido de o paciente conhecer quais são as complicações, é pertinente. Mas, se for no caso dele ter uma complicação, conseguir referir os sinais e sintoma, será difícil, por exemplo, se tiver um AVE, choque, ele pode não ter mais condições de identificar. Acredito que os indicadores para este resultado são mais importantes aqueles que ele pode mudar a sua rotina diária para evitar as complicações. É importante que conheça quais são as complicações. Mas, identificar, relatar os sinais e sintomas de complicações graves, no caso de ter a complicação, será difícil e não é mais importante para o resultado	De acordo com as definições estabelecidas o indicador realmente mede quais são as complicações e não quais são os sinais e sintomas das complicações. Logo, DC e DO foram ajustadas para: DC- O indivíduo lista as manifestações das afecções secundárias à insuficiência cardíaca tornando o quadro clínico mais complexo. DO- Relato verbal ou escrito das manifestações das complicações da insuficiência cardíaca (redução do volume urinário, alteração de nível de consciência, dispneia intensa e persistente ou outros)

(conclusão)

Um experto sugeriu acrescentar a expressão “conhecimento sobre” precedendo os rótulos de 40 indicadores. Contudo, há de se considerar, que o rótulo do RE já se refere ao conhecimento. Além disso, o acréscimo dessa expressão aos indicadores ficaria em desacordo com os rótulos dos indicadores da NOC. Por isso, considerou-se que essa sugestão não era aplicável.

Dentre os novos indicadores, o rótulo do indicador “Ações para promover a morte digna” foi modificado para “Ações para proporcionar a morte digna” após sugestão de um dos expertos e os verbos de ação de suas DC, DO e magnitudes de respostas foram ajustados.

Em relação à pertinência dos indicadores ao RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”, as sugestões feitas pelos expertos estão descritas no Quadro 24.

Quadro 24 - Sugestões dos expertos com relação à avaliação da pertinência dos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" e consideração da pesquisadora

(continua)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183530) Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença	(E2) Não acredito que este indicador influencie no conhecimento para o controle clínico da IC de maneira geral	O papel dos testes diagnósticos não é o objetivo a ser avaliado. Mas sim se o sujeito sabe da importância de realizar estes testes
	(E3) Reconheço que é importante que o indivíduo saiba que há testes diagnósticos para o manejo da insuficiência. Já a finalidade de cada teste, a meu ver, não é um conhecimento que se deve exigir do paciente. Estamos falando de uma população geral, e pessoas que não são da área da saúde tem dificuldade em saber a finalidade de cada teste (e sinceramente, não é um conhecimento útil para essas pessoas, mas sim que saibam que há testes e que eles são importantes para controlar a doença). Em suma, mais que a finalidade, o importante é reconhecer a importância	Apesar do comentário do experto, o título do indicador é congruente com a literatura que fundamentou a elaboração das definições, que aborda como são realizados os testes diagnósticos e quais os resultados esperados de cada teste[178]. Dessa forma, parece ser importante manter o título como proposto pela NOC
(183504) Ações básicas do coração	(E7) Acredito que seria mais pertinente ao resultado o indivíduo relatar ações básicas do coração com insuficiência cardíaca	Indicador se refere somente à fisiologia e não a fisiopatologia da IC
	(E15) Recomendo alterar o indicador para funções básicas do coração. A função do coração é apenas bombear sangue para todo o corpo	Diante do comentário do experto, parece ser necessário um ajuste no título do indicador para melhorar sua clareza: "Funções básicas do coração"
(183512) Relação entre estresse físico e emocional e a condição	(E11) Rever o nome do indicador para Relação entre o estresse físico e emocional e a condição cardíaca	Diante do comentário do experto, parece ser necessário um ajuste no título do indicador para melhorar sua clareza: "Relação entre o estresse físico e emocional e a condição cardíaca"
(183543) Sinais e sintomas de depressão	(E7) Compreendo que está associado como consequência do quadro, mas este indicador refere-se mais a conhecimento sobre a depressão do que sobre a insuficiência cardíaca, sugiro retirá-lo	O indicador obteve MPP de 0,48 e IVC de 0,26. Entretanto, este indicador foi considerado "importante" para os pacientes e obteve MPG de 0,67; por isso, foi submetido à validação clínica
	(E15) Se o resultado apresentar esse indicador deverá ter outras situações como ansiedade, instabilidade emocional	

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183539) Barreiras ao autocuidado	(E2) Considero que reconhecer as barreiras de autocuidado tenha mais relação com adesão ao tratamento do que com o conhecimento sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e prevenção de exacerbações (E7) O indicador deveria estar mais direcionado para o controle da doença, então seria barreiras para o controle da insuficiência cardíaca	De fato, o autocuidado não está explícito na definição deste RE, porém o manejo da doença é um dos pilares do autocuidado em paciente com doenças crônicas como a IC[219]
	(E11) Não apresenta interrelação com a definição do resultado	
(183515) Estratégias para controlar ansiedade	(E15) Se este indicador estiver presente, um indicador como "Sinais e sintomas da ansiedade" também deve estar presente	Ansiedade neste caso é um sintoma ou estado emocional decorrente do quadro de insuficiência cardíaca e não é tratada como uma doença
(183516) Tratamentos para melhorar desempenho cardíaco	(E10) Pertinente, porém todos os elementos da definição operacional são abordados em outros indicadores	Diante do comentário do experto, parece que os indicadores 183548- "Atividade física recomendada", 183551- "Dieta prescrita", 183552- "Ingestão recomendada de líquidos", 183527- "Efeitos terapêuticos do medicamento", 183528- "Efeitos colaterais do medicamento" e 183529- "Efeitos adversos do medicamento" são mais específicos e mensuram o mesmo atributo
(183551) Dieta prescrita	(E12) Este indicador também é bem pertinente, mas penso que o 183542- Estratégias para controlar o edema, já contempla este conteúdo. Por isso, eu não o selecionaria para aplicar na prática clínica	Uma das estratégias para controlar o edema pode ser a dieta com restrição salina e hídrica. Entretanto estes indicadores medem atributos diferentes e não são intercambiáveis

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183552) Ingestão recomendada de líquidos	(E12) Este indicador também é bem pertinente, mas penso que o 183542- Estratégias para controlar o edema, já contempla este conteúdo. Por isso, eu não o selecionaria para aplicar na prática clínica. Ou, não selecionaria o de controle de edema e deixaria o da dieta e dos líquidos. Temos que evitar a sobreposição de indicadores, pois caso contrário, fica impraticável realizar a avaliação. Creio que isso seja mais apropriado	Uma das estratégias para controlar o edema pode ser a restrição hídrica. Entretanto estes indicadores medem atributos diferentes e não são intercambiáveis. Podem ser aplicados em pacientes com características distintas e em diferentes cenários clínicos
(183532) Técnicas de automonitoramento	(E2) Eu sugiro retirar o prefixo "auto", pois o indivíduo pode já estar em fase avançada da doença e como na definição não há especificação sobre quem está sendo avaliado, podemos aqui avaliar o conhecimento de cuidador ou familiar	O RE é para medir os atributos mais concretos do conhecimento do indivíduo sobre a IC. Entretanto, não descarta que quando não possibilitado (devido à gravidade clínica), o monitoramento pode ser realizado por cuidadores e/ou familiares
(183556) Como utilizar oximetria de pulso	(E2) Considero que este indicador poderia estar incluído no anterior sobre técnicas de monitoramento. Ele é pertinente sim, mas não é preciso (capacidade do item de possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que se referem ao mesmo contínuo)	Parece que o indicador mede o mesmo atributo do indicador 183532- "Técnicas de automonitoramento"
	(E15) A oximetria é uma técnica de automonitoramento. Apesar de ser extremamente pertinente, deve estar contida no indicador 183532 e não ser outro indicador	
	(E3) A pertinência nesse caso não pode ser extrema pois depende muito do contexto em que o paciente se encontra	A pertinência de cada indicador vai variar de acordo com cada paciente e só será avaliada na prática clínica. Logo, deve-se avaliar se o indicador é ou não pertinente para o RE independente da condição do indivíduo.
(183557) Uso correto do oxigênio	(E3) A pertinência nesse caso não pode ser extrema pois depende muito do contexto em que o paciente se encontra (E11) O uso do oxigênio nas situações de exacerbação da doença irá necessitar de supervisão	A pertinência de cada indicador vai variar de acordo com cada paciente e só será avaliada na prática clínica. Logo, deve-se avaliar se o indicador é ou não pertinente para o RE independente da condição do indivíduo

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183544) Aconselhamento disponível para depressão	(E15) Considero que o termo correto deveria ser "Estratégias para controlar a depressão"	O atributo avalia um estado emocional e não uma patologia, logo o comentário não é pertinente
	(E15) Sugiro acrescentar o termo "imprescindíveis, necessárias, indispensáveis	Imprescindível significa alguma coisa indispensável[218]. Logo, ajustes no padrão de comportamento e expressão são importantes, mas podem ser dispensáveis a depender da preferência do paciente
(183535) Adaptações para desempenho sexual	(E2) Trocaria desempenho por atividade	De acordo com o questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), as variáveis de avaliação do desempenho/ satisfação sexual são: desejo e interesse sexual; preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro, conforto, orgasmo e satisfação[220,221]. Ou seja, quando desempenho sexual é avaliado, um dos itens de análise é a atividade sexual. Dessa forma, o termo desempenho é mais abrangente e está mais adequado ao resultado de enfermagem
(183545) Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica	(E4) Este indicador é muito semelhante ao Técnicas de automonitoramento. Inclusive, as definições são semelhantes. Como são muitos indicadores, sugiro juntar alguns, por exemplo: "Técnicas de automonitoramento para promover a estabilidade fisiológica"	Parece que o indicador mede o mesmo atributo dos indicadores 183551- "Dieta prescrita", 183552- "Ingestão recomendada de líquidos", 183532- "Técnicas de automonitoramento" e 183548- "Atividade física recomendada"
	(E15) Considero que outros indicadores estão contidos neste- rever todos os indicadores que apresentam o termo "estratégias" e "benefícios"	

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183517) Estratégias para promover circulação periférica	(E12) Você já tem outros indicadores para monitorar isto	Parece que o indicador mede os mesmos atributos dos indicadores 183548- "Atividade física recomendada" e 183554- "Estratégias para cessação do tabagismo". Entretanto, para os métodos de uso de meias elásticas compressivas e evitar o uso de roupas apertadas não temos outros indicadores o que justifica a pertinência deste
(183546) Benefícios do descanso adequado	(E12) Você já tem outros indicadores para monitorar isto	O reconhecimento das vantagens de período de descanso e os métodos para equilibrar atividades de consumo e recuperação de energia medem atributos diferentes, logo se referem à indicadores diferentes o que justifica a pertinência deste indicador
(183549) Estratégias para prevenção do esforço excessivo	(E12) Você já tem outros indicadores para monitorar isto	Parece que o indicador mede o mesmo atributo do indicador 183519- "Estratégias para equilibrar atividade e repouso"
(183524) Fatores que contribuem para mudança de peso	(E12) Você já tem outros indicadores para monitorar isto	Parece que o indicador mede o mesmo atributo dos indicadores 183505- "Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva" e 183538- "Sinais e sintomas de complicações"
(183554) Estratégias para cessação do tabagismo	(E4) Pode juntar: Estratégias para cessação do tabagismo até abstinência (pode ter uma forma melhor de juntar. Mas, são muitos indicadores. Você deve tentar juntar o máximo para facilitar e não ficar repetido) (E4) Sugiro selecionar apenas um dos indicadores sobre o tabaco. Creio que o 183553- Importância da abstinência do tabaco, seja mais apropriado, pois abrange também os não fumantes	Os indicadores medem atributos diferentes e por isso ambos devem ser mantidos. É possível ter fumantes que não tem conhecimento da importância da abstinência e quais estratégias para cessação e, aqueles que sabem que é importante parar de fumar, mas não sabem quais estratégias podem utilizar para alcançar a abstinência

(continuação)

(Código) Indicador	Sugestão dos expertos	Consideração da pesquisadora
(183558) Risco associado a viagens	(E4) Também pode juntar: Riscos e adaptações para viagens	Parece que os indicadores medem atributos diferentes e por isso ambos devem ser mantidos. É possível ter indivíduos que não tem conhecimento dos riscos associados às viagens e quais adaptações podem ser realizadas e aqueles que sabem que quais são os riscos, entretanto não tem conhecimento de quais adaptações podem aplicar em sua rotina
(Novo indicador) Identificação do nome dos medicamentos em uso	(E1) Já estaria incluído no 183516- "Tratamentos para melhorar desempenho cardíaco"	Parece que os indicadores medem atributos diferentes e por isso ambos devem ser mantidos. É possível ter indivíduos que sabem os efeitos terapêuticos, colaterais e adversos dos medicamentos de forma geral, independente de identificarem os nomes corretamente. Além disso, identificar o nome dos medicamentos não mede o mesmo atributo que a relação dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para melhorar a função do coração
	(E4) Já existem os indicadores de "Efeitos terapêuticos, colaterais e adversos dos medicamentos". Não há como avaliar isto se o paciente não sabe o nome do medicamento ou o reconhece de qualquer outra forma.	
(Novo indicador) Ações para promover morte digna	(E2) Você não facilita a morte digna, você promove estratégias para proporcionar uma morte digna (E4) Acho que este indicador é plausível para várias doenças terminais. Como o resultado é o "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca", isto é, o conhecimento para controlar uma doença, já partir do princípio que um indicador é a pessoa conhecer fatores para facilitar a morte, não acho muito coerente	Diante do comentário do experto, parece ser necessário um ajuste no título do indicador para melhorar sua clareza: "Ações para proporcionar morte digna"
	(E3) Muitas pessoas não gostam de pensar sobre a sua própria morte. Não deixar um relato verbal ou escrito sobre dignidade no término da vida é uma escolha pessoal que deve ser respeitada. Além disso, considero moderada a pertinência desse indicador para o RE	Deve-se considerar a heterogeneidade da população e os atributos identificados na etapa de revisão de escopo

(conclusão)

A análise dos comentários dos expertos foi especialmente importante na identificação de indicadores que tinham sobreposição a outros (Quadro 25). Alguns indicadores eram mais granulares, outros menos. Por exemplo, o indicador “Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica” é menos granular e pode contemplar os indicadores “Dieta prescrita”, “Ingestão recomendada de líquidos”, “Técnicas de automonitoramento” e “Atividade física recomendada”. Por sua vez, o indicador “Como utilizar oximetria de pulso” é mais granular e, por isso, é mais específico em termos de descrever uma técnica de monitoramento que o paciente com IC deveria conhecer.

A decisão de, manter ou não, os indicadores com sobreposição na etapa de validação clínica, foi baseada na opinião dos expertos sobre a sobreposição e no julgamento da pesquisadora sobre a necessidade de indicadores mais ou menos granulares para uma avaliação acurada do RE. Como exemplo, embora o indicador “Como utilizar oximetria de pulso” seja importante, o paciente com IC precisa conhecer várias técnicas de automonitoramento. Isso poderia ser mais acuradamente avaliado pelo indicador “Técnicas de automonitoramento”.

Quadro 25 – Indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” com sobreposição que não foram submetidos à validação clínica

(continua)

Indicadores que não foram submetidos para etapa de validação clínica	**Indicadores submetidos à validação clínica**
183524- Fatores que contribuem para mudança de peso	183505- - Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva 183538- Sinais e sintomas de complicações
183516- Tratamentos para melhorar desempenho cardíaco	183548- Atividade física recomendada 183551- Dieta prescrita 183552- Ingestão recomendada de líquidos 183527- Efeitos terapêuticos do medicamento 183528- Efeitos colaterais do medicamento 183529- Efeitos adversos do medicamento

(continuação)

Indicadores que não foram submetidos para etapa de validação clínica	Indicadores submetidos à validação clínica
183556- Como utilizar oximetria de pulso	183531 Técnicas de automonitoramento
183545- Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica	183551- Dieta prescrita 183552- Ingestão recomendada de líquidos 183531- Técnicas de automonitoramento 183548- Atividade física recomendada
183549- Estratégias de prevenção do esforço excessivo	183519- Estratégias para equilibrar atividade e repouso

(conclusão)

Quanto à análise da importância dos indicadores pelos pacientes, observa-se que todos os indicadores (n=55; 100,0%) tiveram MPI $\geq$ 0,80, com InC entre 0,86 e 1,00; indicando, no geral, alto nível de concordância entre os pacientes (considerando que o ponto de corte do InC é de 0,70).

Oito pacientes (53,4%) escolheram as categorias “muito importante” ou “importante” para todas as questões relacionadas aos indicadores do RE. Sete pacientes (46,6%) escolheram as categorias de resposta “pouco importante” ou “nada importante” para uma questão cada, dentre as 55. O quadro 26 apresenta os códigos, indicadores respectivos à essas questões, categorias de respostas e justificativas dos pacientes.

Quadro 26 - Relação de indicadores, categorias de respostas e justificativas dos pacientes que julgaram “nada importante” ou “pouco importante” os indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”

(continua)

(Código) Indicador	Categoria de resposta	Justificativa
(183543) Sinais e sintomas da depressão	Nada importante	Paciente relatou nunca ter experienciado depressão logo, julgou não importante ter conhecimento sobre o assunto
(183534) Efeitos na sexualidade	Nada importante	Paciente relatou ser viúvo, logo não identificou necessidade de conhecimento sobre o assunto

(continuação)

(Código) Indicador	Categoria de resposta	Justificativa
(183515) Estratégias para controlar a ansiedade	Pouco importante	Paciente relatou não ser ansioso e por isso julgou pouco importante conhecimento sobre o assunto
(183557) Uso correto do oxigênio	Nada importante	Paciente nunca precisou usar oxigênio por isso julgou não importante ter conhecimento sobre o assunto
(183536) Grupos de apoio disponíveis	Pouco importante	Paciente relatou experiência prévia com grupos de apoio com o compartilhamento de experiências tristes por parte dos participantes, deixando-o desconfortável a manter participação nestes grupos de apoio.
(183544) Aconselhamento disponível para depressão	Pouco importante	Paciente relatou nunca ter experienciado depressão logo, julgou pouco importante ter conhecimento sobre o assunto.
(183535) Adaptações para desempenho sexual	Nada importante	Paciente relatou ser viúvo, logo não identifica necessidade de conhecimento sobre o assunto

(conclusão)

Percebe-se que os pacientes que consideraram “pouco importante” ou “nada importante” ter o conhecimento sobre determinado indicador do RE fizeram julgamento com base em suas experiências pessoais.

Ao se comparar as avaliações dos expertos e pacientes, percebe-se que 44 dos 55 indicadores (74,5%) tiveram MPP e MPI $\geq$ 0,80. Entretanto, 11 dos indicadores (25,5%) considerados importantes para os pacientes apresentaram MPP < 0,80.

Em relação à análise da MPG, 50 (90,9%) dos 55 indicadores analisados foram considerados principais e cinco (9,1%), secundários: “Sinais e sintomas de anemia”; “Ações para promover a morte digna”; “Como utilizar a oximetria de pulso”; “Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença” e “Sinais e sintomas da depressão”.

Vale destacar que os novos indicadores “Uso correto dos medicamentos prescritos”, “Identificação do nome dos medicamentos em uso”, “Estratégias para controlar a sede”, “Curso usual do processo de doença” e “Ações para promover a morte digna” tiveram MPP variando de 0,61 a 0,95; MPI entre 0,81 e 0,95 e MPG entre 0,78 e 0,95. Nenhum indicador foi considerado não relevante, ou com MPG

< 0,50. Assim sendo, todos os indicadores foram considerados relevantes para serem submetidos à validação clínica.

O IVC do RE foi de 0,87 e InC do RE foi de 0,98.

No total, foram submetidos 50 indicadores para a etapa de validação clínica, sendo 45 já publicados na classificação e cinco novos indicadores.

5.5 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

5.5.1 Teste piloto

Após condução do teste piloto com três pacientes, com diferentes anos de escolaridade (quatro, oito e onze anos de escolaridade), as duas avaliadoras sugeriram mudanças na sequência dos itens do instrumento de coleta de dados para melhor fluidez da entrevista. O apêndice J apresenta a ordem de apresentação final dos indicadores no instrumento de validação clínica.

5.5.2 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes

Foram abordados 270 pacientes, dos quais 267 atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Destes, 10 (3,7%) se recusaram a participar e sete (2,6%) receberam alta hospitalar no intervalo entre a assinatura do TCLE e a entrevista com os avaliadores, resultando em uma amostra final de 250 pacientes. A tabela 12 apresenta as variáveis numéricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes.

Tabela 12 - Variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação clínica do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Variáveis	Média (DP)	Mediana [IQ]	Mín-Máx
Idade, em anos	59,9 (14,5)	61,5 [52,0 - 70,7]	19,0 – 87,0
Anos de estudo	7,4 (3,9)	8,0 [4,0 – 11,0]	0,0 – 12,0
Renda familiar (salários mínimos/mês*)	3,4 (4,6)	2,0 [1,0 - 4,0]	0,0 – 40,0
Tempo de diagnóstico de IC, em anos	9,9 (11,6)	6,0 [1,0 – 13,0]	0,08 – 60,0
FEVE#	40,9 (16,6)	37,0 [25,0 – 58,0]	10,0 – 77,0

Legenda: DP = desvio padrão; IQ = intervalo interquartil; FEVE= fração de ejeção do ventrículo esquerdo
*Valor do salário mínimo em dezembro/2018 = R$ 954,00
#De acordo com laudo de ecocardiograma transesofágico mais recente do ano de 2018 o qual se obteve acesso

Os pacientes tinham média de idade de 59,9 anos, média de 7,4 anos de estudo, com tempo de diagnóstico de IC médio de 9,9 anos, e fração de ejeção média de 40,9%.

A tabela 13 apresenta as variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes.

Tabela 13 - Variáveis categóricas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes na etapa de validação clínica do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

Variáveis	
Sexo masculino, n (%)	139 (55,6)
Estado civil	
Casado, n (%)	151 (60,4)
Solteiro, n (%)	54 (21,6)
Viúvo, n (%)	27 (10,8)
Divorciado, n (%)	18 (7,2)
Região de naturalidade	
Região Sudeste, n (%)	150 (60,0)
Região Nordeste, n (%)	75 (30,0)
Região Sul, n (%)	10 (4,0)

(continuação)

Outros países*, n (%)	9 (3,6)
Região Norte, n (%)	5 (2,0)
Região Centro-Oeste, n (%)	1 (0,4)
Etiologia da IC	
Valvar, n(%)	69 (27,6)
Isquêmica, n(%)	68 (27,2)
Idiopática, n(%)	62 (24,8)
Chagásica, n(%)	34 (13,6)
Hipertensiva, n(%)	9 (3,6)
Dilatada pós quimioterapia, n(%)	3 (1,2)
Restritiva, n(%)	3 (1,2)
Alcóolica, n(%)	2 (0,8)
Classe Funcional da IC na admissão hospitalar	
Classe Funcional I, n(%)	65 (26,0)
Classe Funcional II, n(%)	80 (32,0)
Classe Funcional III, n(%)	105 (42,0)
Classe Funcional da IC na entrevista	
Classe Funcional I, n(%)	68 (27,2)
Classe Funcional II, n(%)	161 (64,4)
Classe Funcional III, n(%)	21 (8,4)
Classificação clínico-hemodinâmica na admissão hospitalar	
Classificação A, n(%)	89 (35,6)
Classificação B, n(%)	106 (42,4)
Classificação C, n(%)	48 (19,2)
Classificação L, n(%)	7 (2,8)
Classificação clínico-hemodinâmica na entrevista	
Classificação A, n(%)	111 (44,4)
Classificação B, n(%)	129 (51,6)
Classificação C, n(%)	10 (4,0)
Estágio da IC	
Estágio B, n(%)	101 (40,4)
Estágio C, n(%)	149 (59,6)

Legenda: *Outros países= Bolívia, Itália, Paraguai e Portugal.

(conclusão)

Os pacientes eram majoritariamente do sexo masculino, casados e provenientes da região Sudeste do Brasil. A maioria dos pacientes estava

internada em unidades de internação (n=145; 58,0%), seguida do pronto socorro (n=74; 29,6%) e unidade de terapia intensiva clínica (n=31; 12,4%).

Duzentos e um pacientes (81,4%) relataram ter cuidadores familiares, sendo que 95 (38,0%) relataram que o cuidador era o cônjuge, seguido por filho (n=80; 32,0%), irmã(o), prima(o) ou sobrinha(o) (n=31; 12,4%), mãe ou sogra (n=19; 7,6%), e nora ou genro (n=3; 1,2%).

Houve predomínio de pacientes sintomáticos (classes funcionais II e III da NYHA) no momento da admissão hospitalar e de pacientes classes funcionais I e II na entrevista.

Em relação à perfusão tecidual, a perfusão periférica (classificações clínico-hemodinâmicas A e B) estava preservada na maioria dos pacientes na admissão e na maioria dos pacientes no momento da entrevista. No que se refere ao estágio da doença, verifica-se que houve maior frequência de pacientes com lesão estrutural do coração e com sintomas atuais ou prévios (estágio C).

A tabela 14 apresenta as comorbidades cardiovasculares e de outros sistemas orgânicos identificadas em prontuários médicos.

Tabela 14 - Comorbidades cardiovasculares e de outros sistemas orgânicos identificadas nos prontuários médicos dos pacientes que participaram da etapa de validação clínica

Comorbidades	**n (%)**
Cardiovasculares	
HAS	156 (62,4)
Arritmias	131 (52,4)
DAC	98 (39,2)
Doença valvar	79 (31,6)
Amiloidose	1 (0,4)
Condições inflamatórias do coração	4 (1,6)
Outros sistemas orgânicos	
DLP	89 (35,6)
DM	84 (33,6)
Lesão renal crônica	45 (18,0)
Outros	38 (15,2)
AVE isquêmico	25 (10,0)
Problemas pulmonares	17 (6,8)

Legenda: HAS= hipertensão arterial sistemática/ DAC= doença arterial coronariana/ DLP= dislipidemia/ DM= diabetes mellitus/ AVE= acidente vascular encefálico/ Condições inflamatórias do coração= endocardite miocardite e pericardite/ Problemas pulmonares= Doença pulmonar obstrutiva crônica e Hipertensão pulmonar/ Outros= Hipotireoidismo, cirrose hepática e câncer

Observou-se que os pacientes apresentaram mediana de duas comorbidades cardiovasculares, com intervalo interquartil entre 1,0 e 3,0. Dentre elas, a mais prevalente foi HAS. Em termos das comorbidades em outros sistemas orgânicos, verificou-se mediana de uma doença (intervalo interquartil entre 0,0 e 2,0); sendo DLP e DM as comorbidades mais frequentes.

A frequência de prescrição dos medicamentos, de acordo com classe medicamentosa, utilizados para o tratamento da IC estão descritos na tabela 15.

Tabela 15 - Frequência de prescrição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que participaram da etapa de validação clínica, de acordo com a classe medicamentosa

Classe medicamentosa	Medicamentos identificados na prescrição médica	n (%)
Diuréticos de alça e tiazídicos	Furosemida e Hidroclorotiazida	196 (78,4%)
Antagonistas de aldosterona	Espironolactona e Aldactone	130 (52,0%)
Anticoagulantes	Varfarina, Enoxaparina, Rivaroxaban e Heparina	125 (50,0%)
Beta bloqueadores	Carvedilol, Bisoprolol, Metoprolol e Atenolol	124 (49,6%)
Estatinas	Atorvastatina	101 (40,4%)
Inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA)	Captopril e Enalapril	74 (29,6%)
Antiagregantes plaquetários	Ácido acetilsalicílico (AAS) e Clopidogrel	66 (26,4%)
Antiarrítmicos	Amiodarona	61 (24,4%)
Inotrópicos	Dobutamina	54 (21,6%)
Nitratos	Hidralazina e Issosorbida	37 (14,8%)
Antagonistas de receptor de angiotensina II	Losartana	34 (13,6%)
Bloqueadores de canal de cálcio	Anlodipino	16 (6,4%)
Digitálicos	Digoxina	14 (5,6%)
Inibidores do canal if do nódulo sinoatrial	Ivabradina	2 (0,8%)

Em relação ao tratamento medicamentoso, diuréticos de alça, diuréticos tiazídicos, antagonistas de aldosterona e anticoagulantes foram os medicamentos mais frequentemente utilizados pelos pacientes. Menos da metade dos participantes estavam em uso de inibidores de enzima conversora de angiotensina (29,6%), antagonistas de receptor de angiotensina II (13,6%) ou bloqueadores de canal de cálcio (6,4%).

Sessenta e quatro (25,6%) pacientes tinham dispositivos de estimulação cardíaca sejam eles marca-passo temporário ou definitivo, cardiodesfribrilador implantável ou ressincronizador.

Quanto ao MEEM, os escores mínimo e máximo obtidos pelos pacientes foram 10 e 30 pontos, respectivamente, com média de 25,4±2,9 pontos; 49 pacientes (19,6%) apresentaram capacidade cognitiva preservada. Os valores de média e desvio padrão do MEEM de acordo com o nível de escolaridade estão descritos na tabela 16.

Tabela 16 – Escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) dos pacientes que participaram da etapa de validação clínica, segundo o nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	MEEM Média (DP)
Analfabeto (n = 8)	19,0 (4,1)
1 a 4 anos de estudo (n = 85)	24,2 (2,3)
5 a 8 anos de estudo (n = 53)	24,6 (2,6)
9 a 11 anos de estudo (n = 54)	26,9 (2,0)
Mais de 12 anos de estudo (n = 50)	27,4 (1,9)

Legenda: DP= desvio padrão

5.5.3 Questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado

O escore médio desse questionário foi 8,8±2,3 pontos; mediana foi 9,0 [7,0-10,0]; com mínimo de 2,0 e máximo de 13,0 pontos. Para o questionário de avaliação de conhecimento da IC o alfa de Cronbach foi de 0,532.

A tabela 17 apresenta as média e desvios-padrão dos escores dos itens, as frequências de acertos, de erros e da seleção da opção “não sabe” para cada item do questionário, a correlação item-total e o valor do alfa de Cronbach se o item for removido.

Tabela 17 – Itens do questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado segundo valores das médias e desvios-padrão dos escores de cada item, frequências de resposta certas, erradas e "não sabe", correlação item-total e valor do alfa de Cronbach se o item for removido

(continua)

Itens do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado	**Média**	**Desvio padrão**	**Acertos**	**Erros**	**Não sabe**	**Correlação Item-total**	**Alfa de Cronbach (se item removido)**
Q1. A insuficiência cardíaca é um problema no qual...	0,7	0,4	78,1%	21,9%	5,2%	0,023	0,550
Q2. Complete com a resposta correta. É importante que pacientes com insuficiência cardíaca se pesem regularmente no mesmo horário, diariamente, e que anotem seu peso. Você deve procurar auxílio médico ou da equipe de enfermagem se aumentar mais do que _____ kg em uma semana	0,4	0,4	45,3%	54,7%	19,6%	0,271	0,494
Q3. Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos usados por pacientes com insuficiência cardíaca. Esses medicamentos atuam...	0,4	0,5	46,2%	53,8%	16,0%	0,246	0,501

(continuação)

Itens do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado	Média	Desvio padrão	Acertos	Erros	Não sabe	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach (se item removido)
Q4.Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos que podem gerar certos sinais ou sintomas chamados "efeitos colaterais". Você deve avisar seu médico ou equipe de enfermagem se tiver os seguintes efeitos colaterais...	0,6	0,4	67,3%	32,7%	21,6%	0,120	0,532
Q5.Pessoas que apresentam insuficiência cardíaca tomam um remédio denominado digoxina, para que?	0,7	0,4	72,7%	27,3%	12,0%	0,376	0,470
Q6.O acúmulo de digoxina no organismo leva ao surgimento de sinais e sintomas denominados "efeitos colaterais". Você deve informar seu médico ou equipe de enfermagem se aparecer qualquer desses efeitos colaterais. Na lista abaixo, assinale um efeito colateral comum da digoxina	0,7	0,4	77,9%	22,1%	14,8%	0,284	0,494

(continuação)

Itens do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado	Média	Desvio padrão	Acertos	Erros	Não sabe	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach (se item removido)
Q7.A seguir estão listados possíveis sintomas devidos à insuficiência cardíaca. Qual sintoma não pertence a essa lista?	0,7	0,4	71,7%	28,3%	12,4%	0,257	0,499
Q8.Pessoas com insuficiência cardíaca usam diurético (lasix - furosemida) para que?	0,7	0,4	79,1%	20,9%	10,0%	0,134	0,526
Q9.Se você tem insuficiência cardíaca e consome bebidas alcoólicas, tais como cerveja, vinho ou destilados, deve parar de beber ou ingerir...	0,9	0,2	91,2%	8,8%	8,8%	0,210	0,514
Q10.Quais alimentos abaixo não contribuem na soma de líquidos ingeridos por dia?	0,8	0,3	85,8%	14,2%	1,2%	0,278	0,499
Q11. Sabendo que a atividade física faz bem para a saúde, na sua condição de saúde, você...	0,5	0,4	58,5%	41,5%	3,6%	0,110	0,536

(continuação)

Itens do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado	Média	Desvio padrão	Acertos	Erros	Não sabe	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach (se item removido)
Q12. Visto que o sódio (sal) provoca retenção de líquidos no organismo, pessoas com insuficiência cardíaca precisam consumir menos sódio (sal). Assinale o alimento da lista, a seguir, que contém a menor quantidade de sal	0,8	0,3	86,5%	13,5%	2,0%	0,337	0,488
Q13.Comer menos sal ajuda seu coração a bater melhor. Que mais você pode fazer para melhorar sua insuficiência cardíaca? (assinale todas as alternativas que considerar corretas)	0,1	0,3	18,4%	81,6%	2,0%	-0,092	0,569
Q14.Pessoas com insuficiência cardíaca podem se sentir melhor se seguirem o plano de tratamento recomendado pelo médico ou equipe de enfermagem. Manter esse programa de tratamento é a melhor maneira de evitar a hospitalização. Os motivos que levam os pacientes a apresentar sintomas de insuficiência cardíaca e voltarem a ser hospitalizado são (assinale a alternativa correta)	0,8	0,3	88,1%	11,9%	2,8%	0,297	0,497

(conclusão)

Observou-se que menos de 50% dos pacientes acertaram as questões relacionadas ao valor de peso corpóreo adquirido em uma semana como sinal de alerta para procurar profissional de saúde (Questão 2), aos efeitos terapêuticos dos IECA (Questão 3), e às atividades para melhorar a IC (Questão 13). Quase metade dos pacientes (41,5%) erraram a pergunta sobre a atividade física recomendada (Questão 11). Destaca-se que mais 15% dos pacientes não souberam responder sobre as questões relacionadas ao ganho de peso como sinal de alerta (Questão 2), efeitos terapêuticos (Questão 3) e efeitos colaterais dos IECA (Questão 4).

As questões com baixos valores de correlação item-total e que não parecem estar correlacionadas com os demais itens do questionário são a questão 1 e a 13. Observou-se para que para ambas as questões houve mudança, ainda que pequena, do valor do alfa de Cronbach, de 0,532 para 0,550 e de 0,532 para 0,569, respectivamente.

5.5.4 Instrumento de avaliação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

A tabela 18 apresenta a estatística descritiva dos EGR da avaliação 1 e 2, e o EGR final.

Tabela 18 - Valores de média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo das avaliações 1 e 2 do instrumento de avaliação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

	Média (DP)	**Mediana [IQ]**	**Mín-Máx**
EGR Avaliação 1	2,4 (0,5)	2,4 [2,0-2,8]	1,3-4,4
EGR Avaliação 2	2,4 (0,6)	2,3 [2,0-2,8]	1,3-4,3
EGR final	2,4 (0,5)	2,4 [2,0-2,8]	1,3-4,4

Legenda: DP:= desvio-padrão; Mín.= valor mínimo; Máx.= valor máximo; IQ-= intervalo interquartil; EGR= escore global do resultado de enfermagem

Observa-se que as os valores médios dos EGR finais nas avaliações 1 e 2 foram semelhantes, e que o EGR final máximo foi de 4,4.

A tabela 19 apresenta a distribuição percentual das magnitudes de respostas dos 50 indicadores avaliados para os 250 pacientes do estudo.

Tabela 19 - Indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" e distribuição percentual das magnitudes de respostas

(continua)

Código- Indicador	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Vasto (5)	NEP
183504- Ações básicas do coração[P]	8,3%	21,5%	25,6%	24,3%	20,3%	1,4%
183501- Causas e fatores contribuintes[P]	15,6%	37,0%	32,0%	12,8%	2,6%	1,2%
183502- Sinais e sintomas da doença precoces[P]	5,6%	27,9%	48,6%	16,5%	1,4%	0,4%
183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença[S]	16,9%	33,0%	28,0%	16,5%	5,6%	0,6%
Novo indicador- Identificação do nome dos medicamentos em uso[P]	15,9%	13,5%	25,1%	28,9%	16,7%	0,4%
Novo indicador- Uso correto dos medicamentos prescritos[P]	15,0%	13,2%	27,7%	29,1%	15,0%	0,2%
183527- Efeitos terapêuticos do medicamento[P]	22,4%	22,0%	26,8%	21,4%	7,5%	0,8%
183528- Efeitos colaterais do medicamento[P]	64,8%	15,7%	11,2%	6,7%	1,4%	2,2%
183529- Efeitos adversos do medicamento[P]	70,4%	12,7%	10,2%	4,8%	1,9%	4,2%
183551- Dieta prescrita[P]	16,8%	18,0%	33,8%	27,2%	4,2%	0,0%
183552- Ingestão recomendada de líquidos[P]	32,1%	20,0%	20,2%	19,0%	8,9%	0,8%
183503- Benefícios de controle da doença[P]	9,0%	26,5%	33,6%	26,5%	4,5%	10,8%
183532- Técnicas de automonitoramento[P]	13,9%	34,2%	35,9%	12,9%	3,1%	2,4%

(continuação)

Código- Indicador	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Vasto (5)	NEP
183539- Barreiras ao autocuidado[P]	30,5%	31,6%	23,7%	11,2%	3,0%	5,6%
183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo[P]	4,8%	24,5%	48,1%	20,7%	1,8%	0,6%
183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva[P]	13,3%	30,4%	37,8%	16,6%	1,8%	2,6%
183538- Sinais e sintomas de complicações[P]	41,3%	23,6%	16,9%	12,7%	5,4%	4,2%
183507- Sinais e sintomas de anemia[S]	40,0%	27,1%	23,9%	7,4%	1,6%	0,4%
183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta[P]	19,8%	35,8%	26,7%	14,6%	3,0%	1,2%
183525- Estratégias para controle do peso[P]	27,4%	35,6%	22,8%	12,2%	2,0%	0,0%
183542- Estratégias para controlar o edema[P]	17,4%	38,8%	27,8%	13,4%	2,6%	0,0%
Novo indicador- Estratégias para controlar a sede[P]	48,6%	30,3%	12,9%	6,8%	1,4%	0,4%
183540- Estratégias para controlar a dispneia[P]	14,6%	44,1%	28,3%	11,6%	1,4%	0,2%
183541- Estratégias para controlar a taquicardia[P]	28,7%	37,3%	24,2%	8,8%	1,0%	0,2%
183515- Estratégias para controlar a ansiedade[P]	30,9%	36,5%	24,1%	7,6%	0,8%	0,4%
183517- Estratégia para promover a circulação periférica[P]	28,5%	36,8%	25,3%	8,1%	1,4%	1,0%
183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção[P]	41,7%	26,6%	19,4%	9,0%	3,3%	2,2%
183550- Imunizações recomendadas[P]	65,6%	18,0%	7,0%	6,0%	3,4%	0,0%
183557- Uso correto do oxigênio[P]	45,4%	35,7%	10,2%	5,8%	2,8%	0,4%
183548- Atividade física recomendada[P]	29,1%	21,5%	30,7%	14,1%	4,6%	0,4%
183546- Benefícios do descanso adequado[P]	18,2%	21,5%	34,0%	21,7%	4,7%	1,2%

(continuação)

Código- Indicador	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Vasto (5)	NEP
183547- Benefícios do exercício regular[P]	16,4%	22,3%	34,8%	20,0%	6,5%	1,2%
183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso[P]	21,1%	26,3%	30,4%	18,2%	3,9%	3,4%
183553- Importância da abstinência do tabaco[P]	7,0%	21,4%	30,6%	29,8%	11,2%	0,0%
183554- Estratégias para cessação do tabagismo[P]	16,6%	45,8%	23,6%	10,4%	3,6%	0,0%
183555- Importância da restrição do álcool[P]	22,4%	30,9%	27,3%	13,7%	5,7%	1,0%
183558- Risco associado a viagens[P]	25,9%	15,7%	36,0%	18,5%	3,9%	1,8%
183559- Adaptações para viagens[P]	35,3%	22,1%	28,8%	11,0%	2,8%	1,4%
183534- Efeitos na sexualidade[P]	46,2%	7,0%	17,4%	17,0%	12,4%	0,0%
183535- Adaptações para desempenho sexual[P]	74,7%	9,9%	8,1%	5,3%	2,0%	1,0%
183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição[P]	17,3%	19,6%	30,0%	24,8%	8,3%	4,0%
183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca[P]	29,6%	19,7%	22,8%	21,4%	6,6%	2,6%
183543- Sinais e sintomas da depressão[S]	21,7%	15,2%	33,6%	23,5%	6,1%	1,2%
183544- Aconselhamento disponível para depressão[P]	46,8%	20,0%	18,2%	12,3%	2,6%	1,2%
183533- Adaptações do desempenho de papel[P]	48,6%	14,8%	19,0%	14,4%	3,2%	1,2%
183536- Grupos de apoio disponíveis[P]	61,4%	17,4%	12,5%	7,9%	0,8%	1,0%
183532- Efeitos no estilo de vida[P]	9,9%	14,2%	29,6%	28,9%	17,4%	1,2%

(continuação)

Código- Indicador	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Vasto (5)	NEP
183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde[P]	4,7%	35,4%	36,3%	17,9%	5,7%	1,8%
Novo indicador- Curso usual do processo de doença[P]	25,9%	26,9%	31,1%	12,2%	3,9%	3,4%
Novo indicador- Ações para proporcionar a morte digna[S]	23,3%	25,4%	35,1%	13,3%	3,0%	5,4%

Legenda: IC= insuficiência cardíaca; RE= resultado de enfermagem; SC= sem correspondência/ NEP = não entendeu a pergunta (neste caso, não foi atribuída nenhuma magnitude de resposta para o indicador) / P= indicador principal/ S= indicador secundário

(conclusão)

Quarenta e três (86%) indicadores apresentaram predominância de nenhum conhecimento ou conhecimento limitado.

Os indicadores em que houve predomínio de conhecimento moderado foram “Sinais e sintomas da doença precoces” e “Sinais e sintomas de esforço excessivo”.

Os indicadores em que houve predomínio de conhecimento substancial ou vasto foram “Ações básicas do coração”, “Identificação do nome dos medicamentos em uso”, “Uso correto dos medicamentos prescritos”, “Efeitos terapêuticos dos medicamentos” e “Efeitos no estilo de vida”.

5.5.5 Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com o RE da NOC “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e com o questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado

As tabelas 20 e 21 apresentam as associações entre as variáveis quantitativas idade, anos de estudo, tempo de diagnóstico de IC, número de comorbidades cardiovasculares e de outros sistemas orgânicos dos pacientes com o RE da NOC “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” e o questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado.

Tabela 20 - Associação entre variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e o resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Variáveis	r	Coeficiente de regressão	IC 95%	p-Valor*
Idade	-0,221	-0,010	[-0,013-0,004]	**< 0,001**
Anos de estudo	0,326	0,050	[0,031-0,064]	**< 0,001**
Tempo de diagnóstico da IC	0,140	0,010	[0,001-0,013]	**0,022**
Número de comorbidades cardiovasculares	0,035	0,020	[-0,053-0,097]	0,564
Número de comorbidades de outros sistemas orgânicos	0,017	0,010	[-0,055-0,073]	0,783

Legenda r = coeficiente de correlação de Pearson, modelo de efeitos mistos; IC = intervalo de confiança; * modelo de efeitos mistos

Houve associação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre o EGR e anos de estudo; o EGR aumentou em 0,050 pontos para cada ano de estudo. Observou-se associação positiva, baixa e significativa entre EGR e tempo de diagnóstico; o EGR aumentou em 0,010 pontos para cada ano a mais de diagnóstico da IC. Por fim, houve associação negativa, baixa e significativa entre EGR e idade; o EGR diminuiu em 0,010 pontos para cada ano a mais de idade.

Tabela 21 - Diferença entre os escores das variáveis quantitativas de caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e o questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado

Variáveis	R	RR	IC 95%	p-Valor*
Idade	-0,143	0,998	[1,000-1,000]	**0,058**
Anos de estudo	0,305	1,021	[1,010-1,030]	**< 0.001**
Tempo de diagnóstico da IC	-0,007	1,000	[1,000-1,000]	0,861
Número de comorbidades cardiovasculares	-0,178	0,951	[0,920-0,980]	**0,004**
Número de comorbidades de outros sistemas orgânicos	-0,066	0,990	[0,960–1,020]	0,401

Legenda: R= Rank (Correlação de postos de Spearman; IC = intervalo de confiança; *modelo de efeitos mistos generalizados

Houve associação positiva, fraca e estatisticamente significativa entre o escore do questionário de conhecimento sobre IC e o autocuidado e anos de estudo; o escore do questionário aumentou em 2,1% para cada ano de estudo. Observou-se associação negativa, muito fraca e significativa entre o escore do questionário e idade; o escore do questionário diminuiu 0,2% para cada ano a mais de idade. De

modo final, houve associação negativa, muito fraca e significativa entre o escore do questionário e o número de comorbidades cardiovasculares; o escore diminuiu 4,9% para cada número a mais de comorbidades cardiovasculares.

A tabela 22 apresenta a associação entre as variáveis categóricas capacidade cognitiva, sexo, estado civil, cuidador familiar, estágios da IC e presença de dispositivos de estimulação cardíaca dos pacientes com o RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" e o questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado.

Tabela 22 - Comparação entre as variáveis categóricas de caracterização dos pacientes com o escore global final do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" e o questionário sobre conhecimento da insuficiência cardíaca e o autocuidado

Variáveis (n)	**Resultado de Enfermagem**			**Questionário de Conhecimento da IC**		
	Média (DP)	**Mediana [Q1-Q3]**	**p-Valor***	**Média (DP)**	**Mediana [Q1-Q3]**	**p-Valor#**
Capacidade Cognitiva						
Não preservada (n=402)	2,4 (0,5)	2,3 [2,0–2,7]	0,249	8,7 (2,3)	9,0 [7,0–10,0]	0,598
Preservada (n=98)	2,5 (0,6)	2,4 [2,1–2,8]		8,9 (1,9)	9,0 [8,0–11,0]	
Sexo						
Feminino (n=222)	2,4 (0,5)	2,3 [2,0–2,7]	0,924	8,8 (2,2)	9,0 [7,0–10,0]	0,851
Masculino (n=278)	2,4 (0,5)	2,4 [2,0–2,7]		8,7 (2,2)	9,0 [7,0–10,0]	
Estado civil						
Casado (n=302)	2,4 (0,5)	2,4 [2,0–2,8]		8,8 (2,2)	9,0 [7,0–10,0]	
Divorciado (n=36)	2,7 (0,5)	2,6 [2,1–3,2]	**0,028**	9,1 (1,6)	9,5 [8,0–10,0]	0,803
Solteiro (n=108)	2,3 (0,5)	2,2 [1,9–2,6]		8,5 (2,4)	9,0 [6,0–10,0]	
Viúvo (n=54)	2,3 (0,5)	2,1 [1,9–2,5]		8,8 (1,9)	9,0 [7,0–10,0]	
Cuidador familiar						
Não (n=98)	2,4 (0,6)	2,3 [1,9–2,7]	0,881	9,1 (1,9)	10,0 [8,0–10,0]	0,246
Sim (n=402)	2,4 (0,5)	2,3 [2,0–2,7]		8,7 (2,3)	9,0 [7,0–10,0]	
Estágio da IC						
B (n=202)	2,4 (0,5)	2,4 [2,0–2,8]	0,975	8,8 (2,1)	9,0 [7,0–10,0]	0,670
C (n=298)	2,4 (0,5)	2,3 [2,0–2,7]		8,7 (2,3)	9,0 [7,0–11,0]	
Dispositivos de estimulação cardíaca						
Não (n=382)	2,4 (0,5)	2,3 [2,0–2,7]	0,328	8,8 (2,2)	9,0 [7,0–10,0]	0,914
Sim (n=118)	2,4 (0,6)	2,4 [2,0–2,7]		8,7 (2,1)	9,0 [7,0–10,0]	

Legenda: = desvio padrão/ Q1= primeiro intervalo interquartil/ Q3= terceiro intervalo interquartil/ * modelo de efeitos mistos/ #modelo de efeitos mistos generalizados

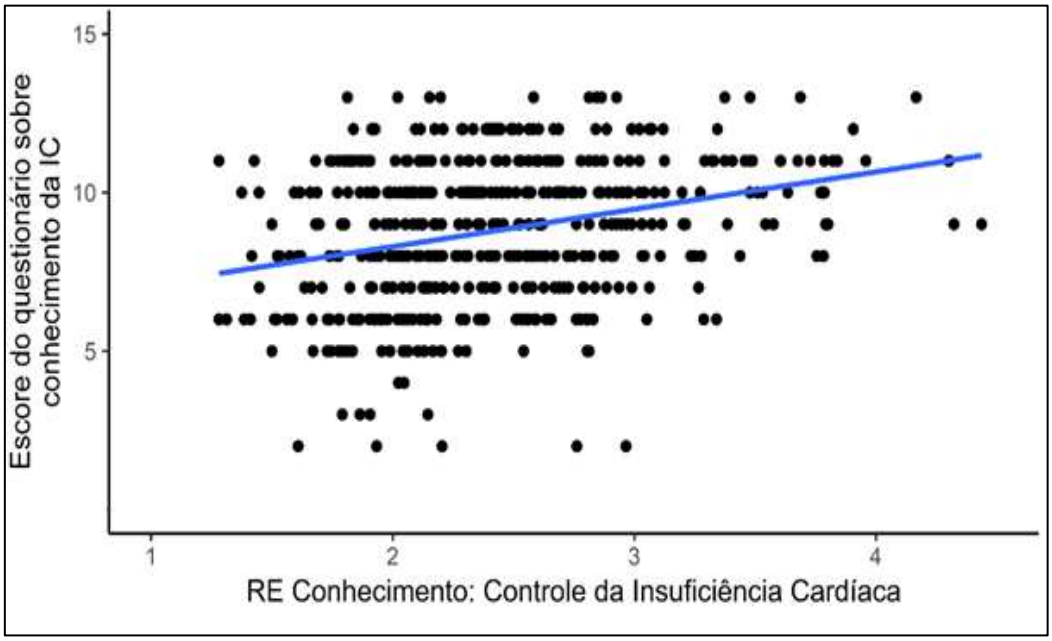
O estado civil dos pacientes foi a única variável categórica que apresentou associação significativa com o EGR (p= 0,028). Ao comparar as categorias de resposta dessa variável duas a duas, identificou-se que os pacientes divorciados tiveram melhor desempenho no RE da NOC em relação aos pacientes solteiros (p=0,025) e viúvos (0,043). Nenhuma variável categórica teve associação estatisticamente significativa com o questionário de conhecimento da IC.

5.5.6 Validação concorrente, estabilidade e confiabilidade do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Com relação à validade concorrente, a associação entre o escore do questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado e, o EGR final do RE foi positiva e de moderada intensidade (r =0,29; IC 95% 0,21-0,37, p<0,001). A correlação entre os escores está ilustrada na figura 7.

Figura 7 - Correlação entre o questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca e o autocuidado e o escore global final do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

r = 0,29



No tocante à estabilidade da medida, o CCI foi 0,87, (IC 95% 0,83-0,89, p<0,001. A tabela 23 apresenta os CCI calculados para cada indicador, com respectivos intervalos de confiança e p-Valores.

Tabela 23 – Coeficiente de correlação intraclasse, intervalo de confiança e p-Valor atribuídos para cada indicador do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

(continua)

Indicador	CCI	IC 95%	p-Valor
183504- Ações básicas do coração[P]	0,660	[0,583-0,725]	**< 0.001**
183501- Causas e fatores contribuintes[P]	0,682	[0,608-0,743]	**< 0.001**
183502- Sinais e sintomas da doença precoces[P]	0,629	[0,548-0,699]	**< 0.001**
183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença[S]	0,694	[0,623-0,753]	**< 0.001**
Novo indicador- Identificação do nome dos medicamentos em uso[P]	0,806	[0,757-0,845]	**< 0.001**
Novo indicador- Uso correto dos medicamentos prescritos[P]	0,745	[0,684-0,796]	**< 0.001**
183527- Efeitos terapêuticos do medicamento[P]	0,814	[0,767-0,852]	**< 0.001**
183528- Efeitos colaterais do medicamento[P]	0,871	[0,837-0,898]	**< 0.001**
183529- Efeitos adversos do medicamento[P]	0,855	[0,817-0,886]	**< 0.001**
183551- Dieta prescrita[P]	0,770	[0,714-0,816]	**< 0.001**
183552- Ingestão recomendada de líquidos[P]	0,840	[0,799-0,873]	**< 0.001**
183503- Benefícios de controle da doença[P]	0,653	[0,570-0,724]	**< 0.001**
183532- Técnicas de automonitoramento[P]	0,724	[0,658-0,780]	**< 0.001**
183539- Barreiras ao autocuidado[P]	0,622	[0,536-0,695]	**< 0.001**
183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo[P]	0,602	[0,517-0,676]	**< 0.001**
- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva[P]	0,641	[0,560-0,710]	**< 0.001**
183538- Sinais e sintomas de complicações[P]	0,828	[0,783-0,864]	**< 0.001**
183507- Sinais e sintomas de anemia[S]	0,777	[0,723-0,822]	**< 0.001**
183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta[P]	0,675	[0,601-0,738]	**< 0.001**
183525- Estratégias para controle do peso[P]	0,673	[0,599-0,736]	**< 0.001**
183542- Estratégias para controlar o edema[P]	0,662	[0,586-0,726]	**< 0.001**
Novo indicador- Estratégias para controlar a sede[P]	0,728	[0,664-0,782]	**< 0.001**
183540- Estratégias para controlar a dispneia[P]	0,651	[0,574-0,717]	**< 0.001**
183541- Estratégias para controlar a taquicardia[P]	0,708	[0,640-0,765]	**< 0.001**
183515- Estratégias para controlar a ansiedade[P]	0,755	[0,696-0,804]	**< 0.001**
183517- Estratégia para promover a circulação periférica[P]	0,699	[0,630-0,758]	**< 0.001**
183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção[P]	0,799	[0,749-0,841]	**< 0.001**
183550- Imunizações recomendadas[P]	0,636	[0,556-0,704]	**< 0.001**
183557- Uso correto do oxigênio[P]	0,803	[0,754-0,843]	**< 0.001**
183548- Atividade física recomendada[P]	0,661	[0,585-0,726]	**< 0.001**
183546- Benefícios do descanso adequado[P]	0,758	[0,699-0,806]	**< 0.001**
183547- Benefícios do exercício regular[P]	0,783	[0,729-0,827]	**< 0.001**
183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso[P]	0,757	[0,697-0,807]	**< 0.001**
183553- Importância da abstinência do tabaco[P]	0,490	[0,390-0,579]	**< 0.001**

(continuação)

Indicador	CCI	IC 95%	p-Valor
183554- Estratégias para cessação do tabagismo[P]	0,769	[0,713-0,815]	**< 0.001**
183555- Importância da restrição do álcool[P]	0,586	[0,498-0,662]	**< 0.001**
183558- Risco associado a viagens[P]	0,764	[0,707-0,812]	**< 0.001**
183559- Adaptações para viagens[P]	0,717	[0,650-0,773]	**< 0.001**
183534- Efeitos na sexualidade[P]	0,738	[0,676-0,790]	**< 0.001**
183535- Adaptações para desempenho sexual[P]	0,763	[0,705-0,810]	**< 0.001**
183- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição[P]	0,721	[0,654-0,777]	**< 0.001**
183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca[P]	0,741	[0,678-0,793]	**< 0.001**
183543- Sinais e sintomas da depressão[S]	0,792	[0,740-0,834]	**< 0.001**
183544- Aconselhamento disponível para depressão[P]	0,700	[0,631-0,759]	**< 0.001**
183533- Adaptações do desempenho de papel[P]	0,772	[0,716-0,818]	**< 0.001**
183536- Grupos de apoio disponíveis[P]	0,635	[0,554-0,704]	**< 0.001**
183532- Efeitos no estilo de vida[P]	0,765	[0,707-0,812]	**< 0.001**
183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde[P]	0,657	[0,579-0,723]	**< 0.001**
Novo indicador- Curso usual do processo de doença[P]	0,718	[0,650-0,774]	**< 0.001**
Novo indicador- Ações para proporcionar a morte digna[S]	0,751	[0,689-0,802]	**< 0.001**

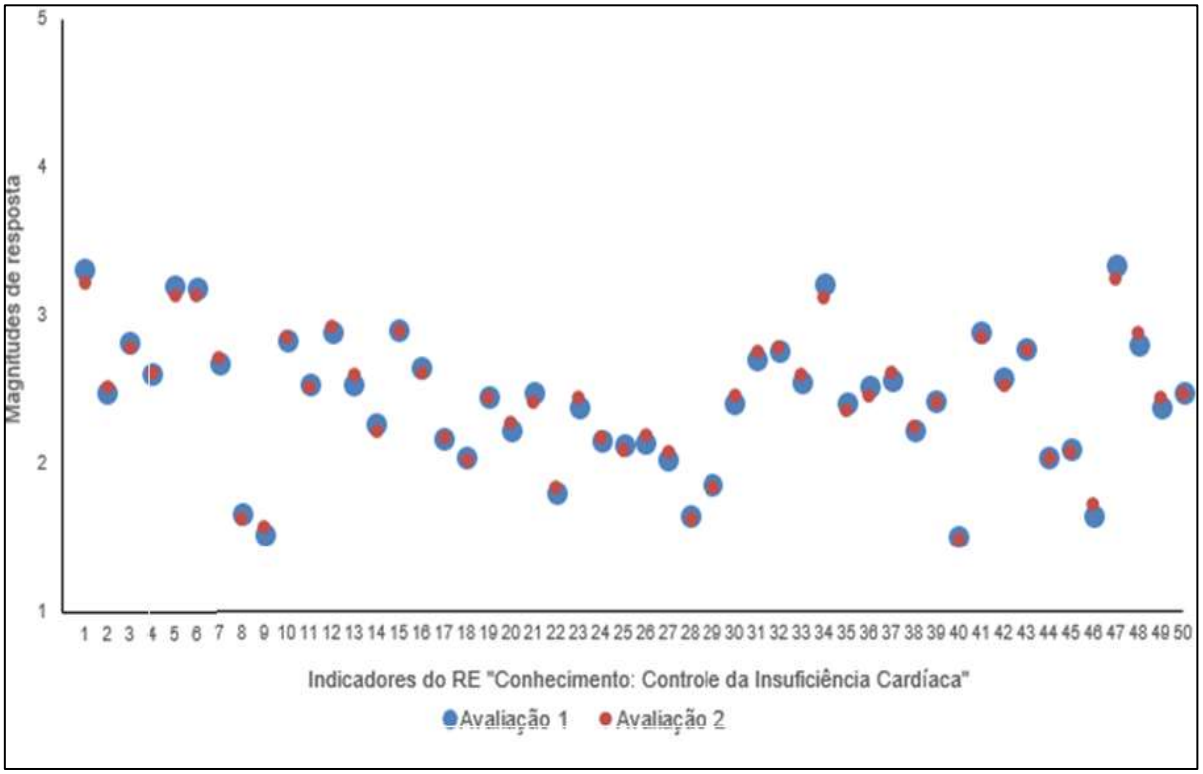
Legenda: P= indicador principal/ S= indicador secundário/ CCI = coeficiente de correlação intraclasse/ IC= intervalo de confiança de 95%

(conclusão)

O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi aplicado para verificar a similaridade entre as avaliações. Todos os indicadores apresentaram diferença significativa (p <0,001) entre as avaliações 1 e 2. Os valores de CCI variaram entre 0,490 (“Importância da abstinência do tabaco”) a 0,878 (“Efeitos colaterais dos medicamentos) e foram maiores que 0,70 para 62,0% dos indicadores. Destaca-se que, para os novos indicadores (“Identificação do nome dos medicamentos em uso”; “Uso correto dos medicamentos prescritos”; “Estratégias para controlar a sede”; “Curso usual do processo de doença” e “Ações para proporcionar a morte digna”), os valores de CCI variaram de 0,718 a 0,751.

A figura 8 apresenta as magnitudes de respostas para cada indicador de acordo com as avaliações 1 e 2. Para facilitar a interpretação, os indicadores foram numerados na ordem que foram apresentados na tabela 23.

Figura 8 - Médias das magnitudes de respostas dos indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” na avaliação 1 e avaliação 2



Em termos da confiabilidade, a consistência interna do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” foi de 0,943, considerada muito alta.

A tabela 24 apresenta os indicadores do RE com respectivas médias e desvios-padrão dos escores de cada indicador, a correlação item-total e alfa de Cronbach se o item for removido.

Tabela 24 - Indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” com respectivas médias, desvios-padrão dos escores de cada indicador, correlação item-total e alfa de Cronbach se o item for removido

(continua)

Indicador	Média	Desvio Padrão	Correlação item total	Alfa de Cronbach (se item removido)
183504- Ações básicas do coração[P]	3,27	1,23	0,461	0,942
183501- Causas e fatores contribuintes[P]	2,50	0,98	0,515	0,942

(continuação)

Indicador	Média	Desvio Padrão	Correlação item total	Alfa de Cronbach (se item removido)
183502- Sinais e sintomas da doença precoces[P]	2,80	0,82	0,374	0,943
183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença[S]	2,61	1,11	0,587	0,942
Novo indicador- Identificação do nome dos medicamentos em uso[P]	3,17	1,30	0,484	0,942
Novo indicador- Uso correto dos medicamentos prescritos[P]	3,16	1,26	0,446	0,943
183527- Efeitos terapêuticos do medicamento[P]	2,70	1,24	0,571	0,942
183528- Efeitos colaterais do medicamento[P]	1,64	1,01	0,462	0,942
183529- Efeitos adversos do medicamento[P]	1,55	0,98	0,338	0,943
183551- Dieta prescrita[P]	2,84	1,12	0,542	0,942
183552- Ingestão recomendada de líquidos[P]	2,53	1,34	0,448	0,943
183503- Benefícios de controle da doença[P]	2,91	1,03	0,643	0,941
183532- Técnicas de automonitoramento[P]	2,57	0,98	0,584	0,942
183539- Barreiras ao autocuidado[P]	2,25	1,09	0,379	0,943
183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo[P]	2,90	0,84	0,521	0,942
183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva[P]	2,63	0,97	0,562	0,942
183538- Sinais e sintomas de complicações[P]	2,17	1,24	0,507	0,942
183507- Sinais e sintomas de anemia[S]	2,04	1,04	0,418	0,943
183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta[P]	2,45	1,05	0,546	0,942
183525- Estratégias para controle do peso[P]	2,26	1,05	0,528	0,942
183542- Estratégias para controlar o edema[P]	2,45	1,01	0,539	0,942
Novo indicador- Estratégias para controlar a sede[P]	1,82	0,99	0,454	0,942
183540- Estratégias para controlar a dispneia[P]	2,41	0,92	0,486	0,942
183541- Estratégias para controlar a taquicardia[P]	2,16	0,97	0,530	0,942
183515- Estratégias para controlar a ansiedade[P]	2,11	0,95	0,529	0,942
183517- Estratégia para promover a circulação periférica[P]	2,17	0,98	0,474	0,942
183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção[P]	2,06	1,12	0,540	0,942
183550- Imunizações recomendadas[P]	1,64	1,06	0,406	0,943
183557- Uso correto do oxigênio[P]	1,85	1,01	0,410	0,943
183548- Atividade física recomendada[P]	2,44	1,17	0,569	0,942
183546- Benefícios do descanso adequado[P]	2,73	1,13	0,553	0,942
183547- Benefícios do exercício regular[P]	2,78	1,13	0,614	0,941

(continuação)

Indicador	Média	Desvio Padrão	Correlação item total	Alfa de Cronbach (se item removido)
183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso[P]	2,58	1,12	0,503	0,942
183553- Importância da abstinência do tabaco[P]	3,17	1,10	0,541	0,942
183554- Estratégias para cessação do tabagismo[P]	2,39	0,99	0,570	0,942
183555- Importância da restrição do álcool[P]	2,49	1,14	0,449	0,942
183558- Risco associado a viagens[P]	2,59	1,16	0,394	0,943
183559- Adaptações para viagens[P]	2,24	1,13	0,453	0,942
183534- Efeitos na sexualidade[P]	2,42	1,50	0,383	0,943
183535- Adaptações para desempenho sexual[P]	1,50	0,98	0,340	0,943
183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição[P]	2,87	1,20	0,560	0,942
183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca[P]	2,56	1,29	0,465	0,942
183543- Sinais e sintomas da depressão[S]	2,77	1,20	0,449	0,942
183544- Aconselhamento disponível para depressão[P]	2,04	1,11	0,431	0,943
183533- Adaptações do desempenho de papel[P]	2,09	1,20	0,461	0,942
183536- Grupos de apoio disponíveis[P]	1,69	1,01	0,297	0,943
183532- Efeitos no estilo de vida[P]	3,30	1,19	0,561	0,942
183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde[P]	2,85	0,96	0,537	0,942
Novo indicador- Curso usual do processo de doença[P]	2,41	1,11	0,525	0,942
Novo indicador- Ações para proporcionar a morte digna[S]	2,47	1,07	0,511	0,942

Legenda: P= indicador principal/ S= indicador secundário

(conclusão)

As correlações item-total variaram entre 0,297 (“Grupos de apoio disponíveis”) a 0,643 (“Benefícios de controle da doença”). Ao se avaliar o alfa de Cronbach com a retirada desses indicadores, percebe-se que a consistência interna permanece praticamente a mesma, com valor de alfa entre 0,941 e 0,943.

Importante ressaltar que o alfa de Cronbach para os novos indicadores (“Identificação do nome dos medicamentos em uso”; “Uso correto dos medicamentos prescritos”; “Estratégias para controlar a sede”; “Curso usual do processo de doença” e “Ações para proporcionar a morte digna”), quando retirados, variou entre 0,942 a 0,943.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível validar indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” para uso na prática clínica, ensino e pesquisa. Estudos de validação de REs ainda são escassos, porém são importantes porque fornecem evidências de que o RE mede aquilo que se propõe a medir[17].

Para tanto, foi realizada uma extensa revisão de literatura de modo que as evidências disponíveis apoiassem os indicadores utilizados para avaliação deste RE. Tendo em vista que os indicadores devem refletir características mensuráveis do conceito a que se refere, foram realizadas a validação de conteúdo e a validação clínica do RE.

Em termos dos procedimentos empregados para a validação de conteúdo, este estudo foi pioneiro em considerar o paciente como experto, agregando a sua percepção sobre a importância dos indicadores para medir seu próprio conhecimento sobre a doença, tratamento e prevenção de complicações e exacerbações. Para assegurar a validade de utilização do RE com pacientes em ambiente clínico real, o RE foi testado quanto a confiabilidade, estabilidade entre avaliadores e validade de critério.

A seguir, os resultados serão discutidos de acordo com as etapas de desenvolvimento do estudo.

6.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DE ESCOPO

A revisão de literatura é importante porque permite confirmar se os indicadores que constam na classificação permanecem atuais e relevantes para medir o RE. Adicionalmente, é uma forma de mapear a literatura em busca de indicadores que não constem na classificação.

Não obstante, a revisão fornece sustentação teórica e empírica para os indicadores e, consequentemente, para o RE. Isso quer dizer que os indicadores, as unidades de medida de um RE, estarão baseados em evidências.

Fehring, que propôs um dos modelos mais utilizados para validação de DE e que têm sido adaptados para os estudos de validação de RE, sugere a realização de

revisão de literatura, mas sem especificar de qual tipo[52]. No presente estudo, a condução de uma revisão de escopo foi considerada mais apropriada, porque esse tipo de revisão tem a finalidade de mapear a literatura no campo de estudo[72].

A revisão de escopo é um método de revisão bastante utilizado, embora seu emprego nos estudos de validação de RE seja raro, com predomínio de revisões integrativas[69,70,222-225]. Em 2009, uma revisão mapeou 14 tipos de revisões publicadas e descreveu suas principais características, fortalezas e fraquezas[226]. Entre as revisões localizadas, a de escopo foi definida como um estudo que busca identificar a natureza e a extensão da evidência de pesquisa, o qual pode incluir estudos em desenvolvimento[226].

Nessa tese, a revisão incluiu 74 estudos das mais de oito mil citações recuperadas. Uma revisão de escopo caracteriza-se por estratégias de busca mais sensíveis, levando à localização de uma elevada quantidade de citações. Por outro lado, perde-se em especificidade, o que explica a exclusão de um grande número de citações[226]. Ressalta-se que todas as estratégias de busca foram elaboradas especificamente para cada portal/base de dados e bancos de teses e dissertações, com auxílio de um bibliotecário experiente.

Foram localizados atributos que tinham correspondência com todos os 50 indicadores publicados na NOC e identificaram-se 16 atributos que foram agrupados em oito prováveis novos indicadores. Isso sugere que todos os indicadores aprovados para uso pela NOC estão sustentados por evidências da literatura, mas que características mensuráveis do RE não estão contempladas na classificação.

Ao se categorizar os indicadores (atuais e prováveis novos) de acordo com os três domínios de conhecimento abrangidos pela definição do RE, a maioria dos indicadores atuais (aqueles já aprovados para uso pela NOC) e dos prováveis novos, referiam-se à compreensão sobre o tratamento. De forma semelhante, percebe-se que outros instrumentos de avaliação do conhecimento disponíveis enfatizam o conhecimento sobre o tratamento da IC, como na *Dutch Heart Failure Scale*[155] e *Heart Failure Knowledge Questionnaire- HFKQ*[126].

De fato, o conhecimento sobre o tratamento da IC é um componente importante do conhecimento. Estudos têm demonstrado que o conhecimento sobre o tratamento está associado a maior adesão ao tratamento[126,227], ao controle dos sintomas[227], a melhores práticas de autocuidado[107,228], o que resulta na melhora na qualidade de

vida[109,110,117]. Entretanto, o conhecimento sobre a condição de ter uma doença crônica e progressiva deve estar para além dos aspectos farmacológicos do tratamento. Deve-se considerar, também, a visão holística da saúde e o impacto que a doença pode ter em seus diferentes aspectos[229,230]. Assim, a avaliação do conhecimento sobre o manejo da IC deve abranger questões psicossociais e o conhecimento sobre as opções disponíveis para lidar com a finitude da vida, além de reconhecer os benefícios de manejar adequadamente os aspectos da saúde afetados pela IC.

Em relação aos prováveis novos indicadores, algumas considerações devem ser realizadas.

O provável novo indicador “Curso usual da doença” foi sugerido a partir dos atributos “Prognóstico da doença” e “Gravidade da doença”. Esses atributos foram identificados em entrevistas telefônicas sobre as experiências de pacientes vivendo com IC[167], impacto na vida diária e prognóstico da IC[140]; em estudo sobre as necessidades de aprendizado após a alta[169] e, em ensaio clínico sobre os efeitos de um programa educacional nas hospitalizações de pacientes com IC[168]. Considerou-se que se trata de um provável novo indicador porque foi um tópico identificado como importante de ser discutido com os profissionais de sáude[140] e de ser ensinado aos pacientes, após a alta do hospital[169].

O provável novo indicador “Conceito da doença” foi proposto a partir do atributo “Definição da doença”, que foi identificado como tópico de escalas de avaliação do conhecimento sobre IC[90,91,103,106,108,119,154,155,159,161], de comportamentos de autocuidado de pacientes com IC[102,117,123,128,148,173], de intervenções educativas[107,109,124,125,129,130,137,141,142,144,152,153] e de comportamentos de adesão ao tratamento[145,157]. A definição da doença tratada nesses estudos consiste na expressão acerca da compreensão do conceito de IC por parte do paciente. Além disso, o conhecimento sobre o conceito da doença consta em outros instrumentos que avaliam o conhecimento do paciente com IC sobre a doença IC[90,91,108,119,154,159,161].

Não obstante, um ensaio clínico demonstrou que o conhecimento sobre o conceito da doença é uma medida sensível para medir a efetividade de intervenção educativa[152].

Os atributos “Cuidados de vida avançados” e “Diretivas avançadas” designaram o provável novo indicador “Ações para promover a morte digna”. Esses atributos foram identificados em ensaio clínico randomizado[141] e em uma revisão sistemática[169].

Esses estudos levaram à proposição do provável novo indicador, vez que abordavam o conhecimento sobre cuidados de vida na fase final da IC como uma necessidade de aprendizado de pacientes com IC[169] e um comportamento de autocuidado[141]. Ademais, o conhecimento sobre cuidados de fim de vida e diretivas avançadas são ações de saúde que auxiliam a dignificar a morte de pacientes com doenças crônicas[230,231].

Os atributos “Monitorização da pressão arterial” e “Controle da pressão arterial” foram identificados em cinco estudos[105,114,152,155,158]. Esses atributos foram identificados como um dos elementos da intervenção educativa para pacientes com IC[105], item de questionários de avaliação de conhecimento da IC[114,155], tópico de um programa de gestão de enfermagem no conhecimento sobre a doença e autocuidado[152], e como um elemento de estratégia educacional dirigida a pacientes com IC[158]. Por isso, considerou-se que os aspectos relacionados ao controle da pressão arterial seriam características do conhecimento do paciente sobre o manejo na IC. Esses atributos designaram o provável novo indicador “Estratégias para controlar a pressão arterial”.

“Consultas recomendadas com profissionais de saúde” foi o provável novo indicador proposto a partir dos atributos “Visitas regulares a fornecedores de cuidados” e “Seguimento médico regular”. Os atributos foram identificados em dois estudos. Um deles avaliou o impacto da intervenção educacional de enfermagem no conhecimento da IC. O conhecimento sobre necessidade de realizar visitas regulares a fornecedores de cuidados em saúde com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e outros profissionais era um dos elementos da intervenção[142] . O segundo estudo tratou do desenvolvimento de um instrumento de avaliação da satisfação do paciente com material educacional, com vistas a melhorar a aquisição do conhecimento de pacientes com IC[161]. Nele, o conhecimento foi avaliado por meio do *Knowledge Acquisition Questionnaire (KAQ)*, sendo que um dos tópicos era o seguimento médico regular[161].

Os atributos “Nome correto dos medicamentos” e “Identificação do nome correto dos medicamentos” foram identificados como tópico de avaliação do conhecimento da IC[106,131,144,151,159] e item de plano de autocuidado elaborado a pacientes com IC[173]. Esses achados levaram à designação do provável novo indicador “Nome correto dos medicamentos prescritos”.

Os atributos “Descrição da administração correta dos medicamentos”, “Ingestão de medicamentos de forma adequada” e “Descrição da dosagem correta dos medicamentos” foram identificados em quatro estudos da revisão de escopo[106,111,124,163]. Os atributos foram localizados em estudos de avaliação do conhecimento dos medicamentos no tratamento da IC[106], em questionário de avaliação das necessidades de aprendizagem da IC após alta hospitalar[111], na *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*[124] e, como tópico de sessão educacional oferecida a pacientes com IC realizadas durante um ano após a alta hospitalar[163]. Considerou-se que os atributos localizados representam um provável novo indicador e, o rótulo apropriado para designá-lo seria “Administração correta dos medicamentos prescritos”.

“Causas da reinternação” foi o rótulo do provável novo indicador proposto a partir dos atributos “Motivos de reinternação” e “Motivos de rehospitalização”. Esses atributos foram identificados entre um dos itens de um teste do conhecimento sobre IC[90], item do questionário de avaliação da IC, proposto por Artinian e colaboradores, adaptado e validado para a língua portuguesa do Brasil[91,124], na avaliação de dois REs que mensuram o conhecimento sobre medicamentos e regime medicamentoso para pacientes com IC [106], item do *Heart Failure Knowledge Test*[115] e, tópico de intervenção educacional domiciliar a pacientes com IC sobre conhecimento geral da IC e prática de autocuidado[130].

Outros estudos de validação também identificaram novos indicadores por meio de revisões da literatura. Em 2012, foi realizada a validação do RE “Equilíbrio Hídrico” para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca[222]. Na revisão integrativa realizada pela pesquisadora, 14 novos indicadores (além dos 23 já contemplados no RE) foram localizados[222]. Para a proposição desses novos indicadores, os autores seguiram a nomenclatura utilizada pela NOC[222]. Uma dissertação teve como objetivo a construção de um instrumento de monitoramento e avaliação de pacientes com IC a partir dos indicadores do RE “Eficácia da Bomba Cardíaca”[223]. Por meio de revisão integrativa, foram identificados cinco novos indicadores: ansiedade, depressão, autocuidado, apoio familiar e adesão ao tratamento)[223].

Há estudos, no entanto, que não relatam a revisão de literatura como etapa inicial do processo de validação dos RE. Seganfredo e Almeida, em 2011, validaram o conteúdo de RE sugeridos e associados adicionais, propostos na 4ª edição da NOC,

para DE frequentemente prescritos à pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos de uma unidade de terapia intensiva[50]. Recentemente, Diaz, Cruz e Silva validaram quatro REs relacionados à saúde física, emocional, estilo de vida e bem-estar de cuidados familiares[232]. Nele, 11 expertos, brasileiros e colombianos, validaram o conteúdo de 61 indicadores propostos na 5ª edição da NOC[232].

6.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS PARA OS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM, SUAS MAGNITUDES DE RESPOSTAS E DAS QUESTÕES PARA OS PACIENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES

Após localizar os novos indicadores e confirmar aqueles já publicados na classificação, foi importante estabelecer as DC, DO e das magnitudes de respostas dos indicadores. No presente estudo, 11 das 74 publicações incluídas na revisão de escopo apresentaram as DC e DO dos indicadores. Assim, devido à necessidade de informações específicas sobre cada indicador, realizou-se pesquisa em outras fontes de informações, como artigos na temática dos indicadores, livros texto, diretrizes nacionais e internacionais de IC.

Buscas em outras fontes de informações, além dos resultados de uma revisão de literatura, também foram realizadas em outros estudos que elaboraram definições para os indicadores de RE da NOC[69,70,222]. Tese defendida por Vitor, em 2010, revisou o RE “Comportamento de Prevenção de Quedas” para pacientes internados. Por meio de revisão integrativa e análise de conceito, as DC e DO foram estabelecidas para os 18 indicadores da NOC, bem como para os cinco novos indicadores localizados [225].

Contudo, a contribuição das DC e DO na avaliação de pacientes em estudos de validação ainda é questionável[222].

Em estudo de validação clínica do RE “Integridade Tissular” para pacientes com úlceras venosas, os avaliadores foram divididos em dois grupos: um que dispunha das definições e o outro não. Observou-se que, para cinco dos 18 indicadores, não houve diferença entre os avaliadores em relação aos escores atribuídos (hidratação, perfusão tissular, lesões cutâneas, eritema e enduração). Para outros cinco indicadores (sensibilidade, elasticidade, pigmentação anormal, necrose e exsudato),

verificou-se que houve diferença nos escores atribuídos aos indicadores entre os dois grupos de avaliadores, mas não houve diferença nos escores conferidos por avaliadores do mesmo grupo. Ainda, observou-se que nas avaliações realizadas com auxílio das definições, houve elevada concordância intra-avaliadores para 15 dos 18 indicadores; já nas avaliações realizadas sem auxílio das definições, 11 não apresentaram concordância entre os avaliadores[69].

Para validar clinicamente os RE "Estado da deglutição" e "Prevenção da aspiração respiratória[70], método semelhante ao descrito no estudo anterior foi utilizado. Verificou-se que não houve diferença nos escores atribuídos aos indicadores entre os avaliadores que utilizaram o instrumento de coleta de dados com as definições. Esses avaliadores apresentaram CCI superior a 0,80 para todos os indicadores avaliados. Por outro lado, houve diferença entre os escores atribuídos para cinco dos 16 indicadores avaliados quando se comparou os avaliadores que não utilizaram as definições. Além disso, o CCI foi significativo apenas para sete indicadores[70].

Acerca do RE "Mobilidade Física Prejudicada", estudo de validação também sugeriu que o estabelecimento de definições para os indicadores facilitou a avaliação das características mensuráveis desse RE identificado em pacientes com acidente vascular encefálico[223]. Todos os oito indicadores desse RE mostraram similaridade entre as avaliações dos indicadores entre os avaliadores com e sem definições conceituais e operacionais ($p<0,05$). No entanto, metade dos indicadores obtiveram maior correlação entre os avaliadores que usaram definições em comparação aqueles que não usaram; a outra metade dos indicadores apresentaram maior concordância entre os avaliadores sem acesso às definições dos indicadores[223].

Apesar de as publicações sobre validação de RE abordarem a necessidade de estabelecimento de definições para auxiliar a validação do conteúdo dos indicadores, os modelos de validação de conteúdo atualmente utilizados consideram apenas a perspectiva de profissionais da saúde. Por isso, as DC e DO são direcionadas a estabelecer o significado teórico e formas de mensuração para profissionais de saúde. Todavia, essa tese propôs considerar pacientes com IC como expertos e, assim, participantes do processo de validação de conteúdo. Nesse sentido, foi necessário estabelecer uma forma de medida para obter a perspectiva do paciente.

Considerou-se que a avaliação da pertinência do indicador ao RE não seria possível por ser uma análise que depende do conhecimento acerca de classificações de enfermagem e IC. Entretanto, seria possível questionar qual a importância dos indicadores para os pacientes em termos da avaliação de seu conhecimento sobre sua condição.

Assim, as DC elaboradas para os expertos foram reescritas em formato de questões para os pacientes. Optou-se por manter um padrão de questões, sempre iniciadas com a expressão “O quanto é importante para você”. Esse padrão de questões foi validado por grupo de expertos e testado por um grupo de pacientes. Mas reconhece-se que outros estudos devam ser conduzidos para determinar se é a melhor estratégia para se viabilizar a participação dos pacientes em estudos de validação de conteúdo.

Alguns estudos de validação de RE sugerem a elaboração de DO para cada magnitude de resposta dos indicadores[69,70,222]. No caso do RE “Integridade tissular”, o indicador “Textura”, por exemplo, foi mensurado em uma escala que variou de “pele enrugada” a “pele macia ao toque, suave”. As DO, que nortearam a construção de magnitudes de respostas amplas, foram construídas com base em análise de conceito dos resultados de uma revisão integrativa[69].

O estudo que validou o RE “Estado de deglutição” propôs elaboração de magnitudes de respostas dos indicadores organizadas em cinco níveis crescentes de comprometimento, referindo-se ao estado clínico de cada indicador[70]. No entanto, os autores relataram dificuldade em estabelecer as definições para as magnitudes de respostas, pois a maioria dos estudos localizados na revisão integrativa, previamente conduzida, apresentou definições somente quando o indicador estava presente, alterado ou ausente (pontos 1, 3 e 5 na escala Likert de magnitude de resposta)[70]. Com isso, as DO para magnitudes intermediárias foram estabelecidas com base na dedução dos autores para elaborar os referentes clínicos, e não necessariamente em achados na literatura[70].

Para o RE “Mobilidade Física Prejudicada” as definições das magnitudes de respostas dos indicadores foram baseadas nas DOs elaboradas para cada indicador, mantendo a estratificação proposta pela NOC[223]. Quando as DO não foram

localizadas na literatura, foi conduzida consulta a material complementar, como dicionários, livros da área da saúde e dissertações[223].

Assim como no estudo de validação do RE “Mobilidade Física Prejudicada”[223], optou-se por manter a escala proposta pela NOC, de “nenhum conhecimento” a “conhecimento vasto” para expressar as magnitudes de respostas dos indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”.

Em relação à validação das DC, DO e magnitudes de respostas dos indicadores, é importante destacar as características da amostra de expertos que participaram dessa etapa. Os sete enfermeiros expertos, com média de 17,1 anos de experiência em Enfermagem, relataram ter muita experiência no uso de PE e linguagem padronizada (85,8%) em ambas as áreas. No entanto, 43,9% dos expertos relataram ter nem muita, nem pouca experiência no uso dos RE da NOC. Ressalta-se que a classificação NOC é uma das linguagens padronizadas mais recentemente propostas[16], e seu uso no cenário assistencial, de ensino e pesquisa ainda é limitado[57].

6.3 TERCEIRA ETAPA: ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES IDENTIFICADOS DURANTE AS ESTAPAS DE EXECUÇÃO DO ESTUDO

Entre os nove prováveis novos indicadores, cinco obtiveram consenso entre os expertos com relação aos princípios e critérios analisados. Os quatro prováveis novos indicadores “Conceito da doença”, “Estratégias para controlar pressão arterial”, “Consultas recomendadas com profissionais de saúde”, e “Causas da reinternação” não foram considerados diferentes de indicadores já existentes na NOC e, por isso, foram descartados.

Esse tipo de análise foi importante para evitar redundâncias na avaliação do RE e, futuramente, na própria classificação. Além disso, contribuiu para determinar se os indicadores perfaziam os requisitos que um indicador da NOC deve ter. Uma dificuldade para isso, no entanto, é que a NOC não declara expressamente quais são esses requisitos.

Para superar tal dificuldade, neste estudo optou-se por seguir os princípios da NOC para a proposição de novos RE, que poderiam ser aplicáveis aos indicadores. Além desses, julgou-se importante o estabelecimento de critérios para assegurar que os prováveis novos indicadores fossem consistentes com os achados da revisão de escopo, fossem claros, expressassem uma única ideia (sendo ela um estado, comportamento ou percepção possível de ser mensurado), além de serem diferentes do que já era expresso por outros indicadores. Essa estratégia foi útil para diferenciar prováveis novos indicadores daqueles já existentes e evitar que um número excessivo de indicadores fosse acrescentado como características mensuráveis do RE.

Há de se destacar que, apesar da revisão de literatura agregar fundamentos teóricos e evidências empíricas para o RE, pode trazer conflitos pragmáticos para o pesquisador em termos da quantidade de indicadores, que são as unidades de medida do RE.

Acrescentar novos indicadores ao RE pode ter vantagens e desvantagens. Provavelmente a principal vantagem se refere à contribuição de um maior número de indicadores para a avaliação mais efetiva do estado, da percepção ou do comportamento de uma pessoa, porque abrangerá mais características concretas e mensuráveis do RE.

Contudo, há preocupações entre estudiosos das classificações no sentido de tornar mais trabalhoso e difícil o uso de RE com muitos indicadores, seja na assistência, no ensino ou na pesquisa. Nesse sentido, é possível que a principal desvantagem seja a dificuldade em selecionar os indicadores para a avaliação do RE. Outras desvantagens seriam a dificuldade na comparação e troca de informações entre enfermeiros com diferentes visões de mundo, devido à gama de possibilidades de escolha para as características mensuráveis mais representativas do RE[233] e, a constante necessidade de revisões e atualizações dos RE para garantir o oferecimento de todas as possibilidades de avaliação de um RE disponíveis na literatura.

Nenhum estudo que validou RE da classificação NOC identificou que o grande número de indicadores pudesse ser uma barreira no uso dos RE. No entanto, é necessário destacar que os estudos localizados nessa temática analisaram REs com oito[223] a 18[69,225] indicadores; quantidade inferior em relação ao RE “Conhecimento:

Controle da Insuficiência Cardíaca" (com 50 indicadores publicados na última edição da NOC[49]).

Um outro aspecto importante a ser considerado com relação à quantidade de indicadores de um RE é sua granularidade. Em outros sistemas de linguagem padronizados em enfermagem, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), atividades de enfermagem mais granulares são definidas como os comportamentos específicos que os enfermeiros desempenham para implementar uma intervenção e, assim, auxiliar o paciente a alcançar os resultados de enfermagem propostos[234].

Ao extrapolar esse entendimento para o cenário de RE, pode-se definir granularidade como o grau em que o indicador trata de características mais específicas do que genéricas do conceito a que se refere. Indicadores mais granulares (específicos) podem servir a pacientes e enfermeiros em ambientes altamente especializados, enquanto os menos granulares (genéricos) podem ser úteis em ambientes clínicos menos especializados.

Autores sugerem que um sistema de classificação ideal deve capturar a informação de uma forma mais granular e específica do conceito[234-236], de modo a apoiar a tomada de decisão clínica e auxiliar na elaboração de extenso banco de dados para o desenvolvimento de estudos na área[236]. A classificação deve ser aplicável a diferentes contextos de prática clínica, a pacientes com graus variados de gravidade da condição clínica ou da resposta humana a essas condições clínicas e a enfermeiros de diferentes especialidades e níveis de expertise. Por isso, deve oferecer todas as características mensuráveis do indicador. Cabe ao enfermeiro e ao paciente decidirem quais indicadores são os mais acurados para medirem o RE[16].

Vale destacar que em outros estudos de validação, os autores não especificam uma etapa, tampouco especificam os critérios adotados para a proposição de novos indicadores[222,224,229].

6.4 QUARTA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

A etapa de validação de conteúdo em estudos de validação dos REs é importante porque permite confrontar a proposição de indicadores- localizados na

classificação e na revisão de literatura- às críticas de expertos[55]. Disto decorre que a seleção de expertos é a espinha dorsal desse tipo de validação.

Não há consenso na literatura sobre o tamanho amostral em estudos desta natureza[79]. Em 1986, foi proposto que o número de expertos deveria variar entre cinco e dez pessoas[237]. Fehring propõe a seleção de uma amostra de 25 a 50 expertos[52]. Haynes e colaboradores, por sua vez, recomendam entre seis a 20 sujeitos como número ideal de expertos[238]. Pasquali sugere que seis expertos são suficientes para esse tipo de estudo[75]. No presente estudo, trinta expertos e pacientes participaram da etapa de validação de conteúdo. O número total de expertos que participaram dessa etapa do estudo é semelhante ao observado em estudos no tema[61,70, 239].

Expertos são pessoas que possuem vasta experiência ou são especialistas em um determinado assunto[218]. Uma vez que não é habitual a aplicação de provas ou exames para a verificação do grau de experiência ou conhecimento dos expertos, os pesquisadores têm se apoiado no uso de critérios para selecioná-los. Entretanto, não há unanimidade, na literatura, quanto à definição de tais critérios.

No que se refere à seleção de enfermeiros expertos, um estudo de revisão, com nove teses ou dissertações e 22 artigos, evidenciou que os pesquisadores têm utilizado os critérios de Fehring - como propostos pelo estudioso ou de maneira adaptada - bem como critérios de outros modelos e, inclusive, critérios próprios[55]. Alguns pesquisadores, no entanto, não especificaram os critérios utilizados em suas abordagens metodológicas[55]. Salientasse que, as adaptações ao modelo de Fehring podem estar relacionadas com a dificuldade de se atender aos critérios propostos originalmente pelo autor[50,59].

Os expertos que participaram deste estudo eram majoritariamente másters (60,0%), doutores (53,3%), com média de 7,2 anos de experiência clínica em enfermagem em cardiologia e participaram por, no mínimo, dois anos de grupos de pesquisa sobre processo de enfermagem ou linguagem padronizada (93,3%).

Semelhante estudo de validação foi conduzido, predominantemente, com expertos especialistas (58,3%), mestres (41,6%) e que participaram de grupos de pesquisa acerca de processo de enfermagem por até dois anos (66,7%)[61]. Outro estudo que validou RE propostos para pacientes com acidente vascular encefálico contou com a participação de expertos detentores de título de mestrado (57,1%) e com média de 3,2 anos de experiência clínica na temática[70].

No presente estudo, os expertos tinham marcadamente experiência com ensino e pesquisa, apesar de os critérios utilizados para seleção valorizarem a expertise clínica. Por esse motivo, acredita-se que os expertos eram qualificados para fazer uma avaliação abrangente em relação à pertinência dos indicadores, considerando as três áreas de atuação da enfermagem (assistência, ensino e pesquisa).

Além de analisar a experiência dos expertos por meio dos critérios de Guimarães e colaboradores[79], optou-se por avaliar também a experiência auto relatada dos expertos no uso do processo de enfermagem, linguagem padronizada e da NOC na assistência, ensino e pesquisa. Os expertos reportaram possuir muita experiência no uso do processo de enfermagem, bem como no uso de sistemas de linguagem padronizada na assistência, no ensino e na pesquisa. Outro estudo também quantificou o grau de expertise por avaliações semelhantes nas quais os expertos afirmaram utilizar ou já ter utilizado processo de enfermagem na assistência e no ensino[240].

No entanto, em relação à utilização da NOC, quase metade dos expertos consideraram ter 'nem muita, nem pouca' experiência no uso dessa classificação na assistência, muita experiência na sua utilização no ensino e, entre "pouca" e "muita experiência" na pesquisa. No estudo de Albuquerque, os expertos foram questionados acerca da aplicação das classificações de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem)[240]. Onze dos 14 expertos participantes do estudo (78,5%) relataram o uso das classificações na pesquisa[240], mas não foram questionados sobre as demais áreas de atuação.

Não foram encontrados critérios na literatura para selecionar os pacientes expertos, pois não foram localizados estudos de validação de conteúdo que os considerassem como expertos. Os critérios de seleção dos pacientes foram semelhantes aos adotados por Florin em estudos que analisaram a participação do paciente no processo de tomada de decisão clínica em enfermagem. Florin incluiu pacientes adultos internados em uma unidade de moléstias infecciosas, capazes de se comunicar em sueco e cuja participação no estudo não deterioraria seu estado clínico; o autor excluiu pacientes com prejuízo cognitivo e confusão, além dos gravemente enfermos ou com condições de saúde muito débeis[241,242].

Algumas características sociodemográficas e clínicas dos 15 pacientes que participaram da validação de conteúdo são semelhantes às relatadas em outros

estudos, em que se observa a participação de pessoas na faixa etária dos 50 anos ou mais velhas, predominantemente do sexo masculino e casados[245-247]. Outras são diferentes, como a renda mais alta e maior nível educacional[245,247].

Em termos do tempo de diagnóstico, considerou-se que mesmo pacientes com diagnóstico mais recente deveriam ser incluídos na amostra, porque enfrentam as dificuldades de adaptação a uma nova condição e podem ter necessidades de conhecimento diferentes daqueles que convivem há mais tempo com a doença. Da mesma forma, nenhuma restrição foi feita com relação à etiologia da IC, sintomatologia ou classificação clínico-hemodinâmica. Contudo, no que se refere ao estadiamento da doença, considerou-se que pacientes em estágio D ou fase terminal da doença poderiam expressar necessidades de conhecimento referente a uma outra condição que não a IC[248,249].

No que se refere às comorbidades, observou-se que as mais prevalentes são as mais comumente relatadas em pacientes com IC[25]. Ainda, os pacientes que participaram desta etapa estavam em tratamento medicamentoso com as classes de fármacos habitualmente usadas no manejo clínico da doença[3,25].

Em conjunto, as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes sugerem que eles podem ser, de fato, considerados expertos, pois tinham experiência vivendo com a doença, etiologias e comorbidades cardiovasculares e de outros sistemas orgânicos condizentes com a literatura relacionada à IC[3,25]. Os pacientes não detinham conhecimento científico sobre a doença, mas provavelmente experienciavam situações semelhantes aos demais pacientes, tornando-os expertos pela vivência e percepção sobre a doença.

Como essa tese introduziu um método inédito de validação de conteúdo com base na opinião de profissionais e pacientes expertos, foi proposto o cálculo da MPG, a qual engloba a MPP (para os profissionais expertos) e a MPI (para os pacientes expertos). Fehring estabelece como limite mínimo a média ponderada maior ou igual a 0,50[52] e, como não existe outra referência no que tange estudos de validação de conteúdo, julgou-se pertinente adotar a mesma medida para discriminar os indicadores que seriam submetidos à fase de validação clínica.

Quarenta e quatro (74,5%) indicadores foram considerados pertinentes pelos expertos e importantes pelos pacientes. É preciso destacar que todos os indicadores foram considerados importantes pelos pacientes. Um desafio identificado na

condução da validação de conteúdo com pacientes foi a obtenção da opinião do paciente com base em suas próprias necessidades, em função da preferência de pacientes em serem mais passivos em termos das decisões em saúde e da desejabilidade social.

Florin identificou que a maioria dos pacientes que participou de seu estudo preferia adotar uma postura passiva no processo de tomada de decisão clínica. De acordo com seus resultados, mulheres, pessoas que viviam sozinhas e aquelas que tinham nível de educação mais elevado tinham mais chance de adotar postura ativa no processo de tomada de decisão[242].

A desejabilidade é um fator que pode influenciar as respostas dos pacientes na aplicação de instrumentos de medida em saúde[243]. Esse fenômeno se refere à predisposição dos indivíduos em oferecer respostas consideradas mais aceitáveis pela sociedade, desconsiderando sua opinião pessoal sobre o assunto[243]. Estudo verificou que o menor nível de escolaridade e do status socioeconômico foram fatores preditivos de resposta socialmente desejável[243].

No cenário da IC a desejabilidade social, avaliada pela escala de Marlowe-Crowne, foi um dos itens analisados na atualização do índice de autocuidado na IC, publicada por Riegel e colaboradores em 2009[217]. Os autores julgaram importante determinar se as perguntas do índice poderiam encorajar os pacientes a responder o que se esperava que fosse respondido pelos pesquisadores[217].

No presente estudo, com a finalidade de evitar a influência da desejabilidade social nas respostas dos pacientes, todas as questões validadas para os pacientes iniciavam com a expressão “O quanto é importante para você”. Além disso, os pacientes foram orientados pela pesquisadora que o objetivo da pergunta era saber a opinião dele, independente da opinião de familiares, amigos ou profissionais de saúde.

Apenas um indicador (“Sinais e sintomas de depressão”) foi considerado não pertinente pelos expertos. Esse resultado chama a atenção porque a depressão é frequente em pacientes com IC e tem correlação com variáveis clínicas como classe funcional[248], mortalidade[244] e rehospitalização[244]. Em 2018, pesquisadores brasileiros publicaram um estudo que fortalece a hipótese sobre a importância do conhecimento acerca dos sinais e sintomas da depressão em pacientes com IC[246]. Nesse estudo, conduzido com 309 pacientes ambulatoriais com IC, a classe funcional II (prevalente

na amostra da etapa de validação de conteúdo) aumentou em 29% os níveis de depressão dos pacientes (p=0,011)[246].

Estudo de coorte conduzido com 425 pacientes com IC, internados ou em acompanhamento ambulatorial, também analisou a correlação da depressão com algumas características clínicas dos pacientes. Entre os pacientes incluídos no estudo 42,1% apresentavam escore leve de depressão, com base em questionário de avaliação de saúde do pacientes composto por nove itens. A taxa de mortalidade e rehospitalização nos pacientes identificados com depressão foi 2,02 (p=0,02) e 1,42 vezes (p<0,01) maior em comparação com aqueles não diagnosticados com depressão[248].

Os indicadores principais (MPG $\geq$ 0,80) estavam categorizados em compreensão sobre a doença, sobre o tratamento e sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações. Isso demonstra que para todos os domínios do conhecimento necessário para o manejo da IC, conforme expresso na definição do RE, havia indicadores relevantes. Os indicadores secundários (MPG < 0,50), no entanto, estavam categorizados em compreensão sobre a doença e sobre o tratamento.

Vale destacar que um dos indicadores secundários relacionados ao conhecimento sobre o tratamento –"(183556) Como utilizar oximetria de pulso"- não foi analisado na etapa de validação clínica. Outro indicador secundário, relacionado também ao conhecimento sobre o tratamento – "(183543) Sinais e sintomas da depressão" -, apresentou discrepância na avaliação entre expertos e pacientes.

O manejo de depressão nos pacientes com IC é um tópico que não tem sido privilegiado nos programas educacionais voltados à capacitação dos enfermeiros[249,250]. Estudo conduzido por Mahramus e colaboradores aplicou instrumento para medir o conhecimento dos enfermeiros acerca dos princípios educacionais para orientação de pacientes com IC[249]. Nele, 71,5% dos 90 enfermeiros entrevistados acertaram as questões relacionadas ao conhecimento sobre a dieta, 74,4% sobre as questões acerca do manejo dos fluidos, 65% de acertos sobre o controle de sinais e sintomas, 63,9% acertaram as questões sobre medicamentos, 83,3% sobre exercícios, com escore total de 71,0%[249].

Por sua vez, autores evidenciaram resultado semelhante ao aplicar o mesmo instrumento para avaliação do conhecimento de 94 enfermeiros de *home care*. Os

enfermeiros acertaram em média 78,9% dos 20 itens do questionário[250]. Apesar de não ser um item do questionário, 16,0% dos enfermeiros reportaram interesse em obter informação a respeito do suporte social que pode ser oferecido a pacientes e familiares[250].

Com relação aos indicadores acerca da compreensão sobre as estratégias de prevenção da progressão da doença e complicações, diversos estudos citam a prevenção como a melhor solução para redução de custos relacionados ao tratamento, número de admissões hospitalares e descompensação da IC[3,6,20,22,251]. Frente a isso, os expertos podem ter realizado julgamento influenciados pelo conhecimento de que a prevenção é uma estratégia que pode adiar a progressão da doença, evitar complicações e com menores custos de implementação. E, dessa forma, consideraram todos os indicadores da categoria como pertinentes na avaliação do conhecimento do paciente com IC.

6.5 QUINTA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes

A etapa de validação clínica foi realizada com 250 pacientes com IC. As características demográficas são parcialmente semelhantes ao observado em outros estudos que incluíram pacientes com IC, nos quais também houve predominância de pacientes do sexo masculino, com idade variando de 18 a 84 anos[245-247]. Em relação à distribuição por sexo, estudo reportou maior frequência de mulheres com IC[252].

A amostra era predominantemente casada (60,4%), com média de 7,4 anos de escolaridade e com renda familiar média de 3,4 salários mínimos por mês. Estudo de Cirelli e colaboradores localizou resultados similares entre 309 pacientes com IC e em seguimento ambulatorial[246]. Nesse, 54,5% dos pacientes eram casados, 39,1% tinham entre quatro e sete anos de escolaridade, 56,3% relataram ter renda familiar entre um e três salários mínimos por mês[246]. Estudo publicado em 2014 com pacientes brasileiros também encontrou resultados semelhantes com 61,1% de pacientes

casados ou com companheiro permanente, 65,0% com um a oito anos de escolaridade, e renda familiar média de 2,5 salários mínimos[247].

Ao extrapolar as comparações entre amostras de diferentes países, os resultados são diferentes. Estudo de Nordgren e Söderlund conduzido na Suécia verificou que 53,6% dos pacientes eram casados, 75,4 % tinham mais de 11 anos de escolaridade, 81,7% recebiam o equivalente a mais de 10 salários mínimos por mês (em comparação com o Brasil)[245].

No que tange ao tempo de diagnóstico da IC, a média foi de 9,9 anos. Esse resultado é diferente em relação a outros estudos conduzidos com pacientes brasileiros, cuja média de tempo de diagnóstico foi de 5,0[247] e 6,9 anos[246]. Esse achado sugere que os pacientes da etapa de validação clínica eram mais experientes com o processo de doença.

Em relação à região de proveniência dos pacientes, a maioria era da região Sudeste do Brasil (60,0%). O I Registro Brasileiro de IC (Estudo BREATHE) também reportou que a maioria dos pacientes eram provenientes da região Sudeste (51,6%)[25].

A capacidade cognitiva, no presente estudo, foi uma variável de caracterização clínica e não foi considerada um critério de exclusão dos pacientes, como no estudo de Galdeano, que realizou a validação clínica do DE “Conhecimento deficiente” com relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio[253]. Optou-se por também incluir os pacientes que não contemplassem o escore mínimo do exame MEEM pois os RE podem ser utilizados para pacientes com capacidade cognitiva preservada ou não.

Acredita-se que dispor de uma medida de avaliação do conhecimento que possa ser utilizada em pacientes com capacidade cognitiva preservada ou não é um avanço e uma necessidade, uma vez que pacientes com capacidade cognitiva prejudicada são, habitualmente, excluídos desse tipo de estudo[254,255]. Além disso, os pontos de corte de instrumentos de avaliação da capacidade cognitiva são, de certa forma, arbitrários e muitas vezes não ajustados às características culturais de outras populações além daquela onde o instrumento foi originalmente testado[256].

A dificuldade em avaliar a capacidade cognitiva em pacientes com baixo nível de escolaridade, como evidenciado na população brasileira, vêm sendo descrita por

autores nos últimos anos[256-257]. Pontos de corte mais baixos do MEEM, por exemplo, têm sido propostos para pacientes com poucos anos de estudo e com valores bem discrepantes variando de 18/19 e 23/24 pontos, segundo a ausência ou presença de instrução formal, respectivamente[256].

Em 2009, Valle e colaboradores conduziram estudo com o objetivo de examinar os fatores associados ao desempenho no MEEM de 1606 pacientes idosos e com baixa escolaridade[257]. A média de idade dos participantes era de 69,2 anos, sendo a maioria do sexo masculino (60,0%). Aqueles com idade entre 60 e 69 anos (44,0%) obtiveram escore > 22 pontos[257].

Os pacientes que participaram da etapa de validação clínica deste estudo apresentaram prejuízo da capacidade cognitiva, evidenciado pelo baixo escore do MEEM (média de 25,4 pontos). A IC é reconhecidamente uma condição que é acompanhada por prejuízo cognitivo[258,259]. Estudo que avaliou a capacidade cognitiva em pacientes com IC, no mesmo hospital em que foi realizada a coleta de dados dessa tese, identificou que a média de pontos no MEEM foi de 22,9[259]; escore inferior ao encontrado entre os pacientes da etapa de validação clínica.

Quanto às características clínicas relacionadas à doença, houve predominância da etiologia valvar (27,6%), seguida da etiologia isquêmica (27,2%). Embora no I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (estudo BREATHE)[25], a etiologia isquêmica tenha sido a mais comum, não é surpresa que, em um estudo brasileiro a etiologia valvar tenha sido a mais prevalente. No Brasil, as doenças valvares resultantes da febre reumática influenciam na morbimortalidade de pacientes com IC[260]. Estudos apontam que a febre reumática aguda acomete, aproximadamente, 471 mil pessoas por ano, entre as quais 74,3% resultam em mortes majoritariamente em países de baixa e média renda econômica- como o Brasil[261].

Ainda a respeito das características clínicas da IC nos pacientes da validação clínica, a fração de ejeção média era de 40,9%, com prevalência da classe funcional II (64,4%), classificação clínico-hemodinâmica B (51,6%), e estágio C (59,6%) no momento da entrevista. Em relação à fração de ejeção e a classificação clínico-hemodinâmica, os achados da tese são similares ao estudo BREATHE, com média

de 38,8% de fração de ejeção, maior incidência da classificação B, ou perfil clínico hemodinâmico quente e úmido (67,4%)[25].

A respeito da classe funcional, os achados também são semelhantes a um ensaio clínico controlado e randomizado, conduzido em um hospital na região sul do Brasil, que identificou que 78,0% dos 51 pacientes internados com IC estavam em classe funcional I ou II[262].

Acerca do estágio da doença, carecem estudos brasileiros que utilizem essa classificação para estratificar pacientes hospitalizados. No entanto, estudo de Jorge e colaboradores que avaliou a prevalência dos estágios da IC de 633 pacientes registrados em programa de atenção primária no Brasil, verificou uma maior prevalência do estágio B (42,6%) da doença, o que difere dos achados da tese[263].

A comorbidade mais frequente foi a HAS (62,4%), seguida das arritmias (52,4%). No estudo BREATHE, as comorbidades mais frequentes foram HAS, DLP e diabetes, com 70,8%, 36,7% e 34,0% de frequência entre os 1261 pacientes incluídos no estudo[25]. No estudo de Cavalcante e colaboradores, além da hipertensão e diabetes, as doenças valvares também foram as comorbidades mais identificadas com 66,6%, 45,6% e 17,5% de incidência, respectivamente[264]. Estudo que avaliou as associações entre as características sociodemográficas e a qualidade de vida de pacientes com IC também identificou a HAS como comorbidade mais incidente na amostra (63,1%)[252]. Acerca da alta incidência de pacientes com arritmia, esse achado é semelhante ao apresentado pela literatura no que diz respeito às principais causas, bem como, fatores contribuintes de exacerbação da IC[265,266].

Com relação aos medicamentos, foram predominantes as prescrições de diuréticos de alça e tiazídicos (78,4%) e antagonistas de aldosterona (52,0%). Esses resultados são similares aos encontrados no estudo BREATHE que identificou que 89,9% dos pacientes faziam uso de diuréticos de alça e 46,2% de antagonistas de aldosterona[25]. Outro estudo com pacientes com IC identificou que os diuréticos também eram os medicamentos mais registrados nos prontuários dos pacientes com 52,4% de frequência nas prescrições[252].

Somente 29,6% dos pacientes estavam em uso de IECA e 13,6% de BRA. Esses achados são muito discrepantes com os encontrados em outro estudo, no qual

observou-se a prescrição de IECA para 42,2% dos pacientes e BRA para 23,5%[25]. Em relação aos dispositivos de estimulação cardíaca, 25,6% relataram que possuíam marca-passo, cardiodesfribrilador implantável ou ressincronizador. Esse achado é também difere em relação ao encontrado em outro estudo conduzido com pacientes brasileiros, no qual 4,8% dos 84 pacientes faziam uso de dispositivos de estimulação. No entanto, o referido estudo somente citava o uso de marca-passos pelos pacientes[252].

Conhecimento sobre a IC

O padrão de referência para avaliação do conhecimento dos pacientes foi o questionário sobre IC e o autocuidado. O escore médio obtido pelos pacientes desse estudo foi 8,8 ± 2,3, o que equivale dizer que, em média, os pacientes atingiram 63,0% do escore possível que é 14. Ainda, os escores variaram de dois a 13 pontos, sendo que nenhum paciente obteve o escore máximo. O desempenho dos pacientes foi inferior ao observado por Rabelo, Mantovani, Aliti e Domingues[91]. No estudo as autoras traduziram, adaptaram e validaram esse questionário. O escore médio obtido pelos pacientes foi 9,8 ± 2,1, sendo que quatro pacientes obtiveram 14 pontos[91].

Ensaio clínico randomizado conduzido com 36 pacientes com IC avaliou o conhecimento e autocuidado de pacientes após intervenção educacional por meio de monitoramento telefônico por seis meses e, aplicou o questionário validado por Rabelo e colaboradores[103]. O escore basal do questionário para os grupos intervenção e controle foi de 9,6 ± 2,4 e 9,7 ± 2,4, respectivamente[103].

Os estudos que aplicaram o questionário de avaliação do conhecimento sobre IC e o autocuidado apresentaram, no geral, escores basais menores em relação a outras escalas de avaliação do conhecimento. Escala japonesa de conhecimento da IC composta por 15 itens unidimensionais foi desenvolvida e suas propriedades psicométricas avaliadas por Kato e colaboradores em 2013[119]. Para validar a escala, 187 pacientes responderam ao instrumento e obtiveram escore médio de 10,9 ± 3,0 pontos, ou seja, obtiveram 72,6% do escore possível[119].

Estudo de Reilly e colaboradores desenvolveu e testou as propriedades psicométricas do teste de conhecimento de IC de Atlanta em 2009[135]. O teste é

composto por 27 itens, unidimensionais, dentre os quais quatro foram adaptados da escala proposta por Artinian[90]. Para validação do teste, 114 pacientes foram entrevistados e alcançaram, em média, 19,8 ± 3,3 pontos do total de 27 pontos possíveis, ou seja, 73,4% do escore total[135].

A outra medida de conhecimento do paciente sobre a IC, no presente estudo, foi avaliada pelo RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". Ao empregar o instrumento elaborado com os indicadores do RE, o EGR final médio foi de 2,4±0,5 com variação entre 1,3 e 4,4 pontos. De forma interessante, o escore médio obtido pelos participantes representa 25,0% do escore total possível. Ainda, em 86,0% dos indicadores analisados houve predominância das magnitudes de respostas "nenhum conhecimento" ou "conhecimento limitado".

Uma possível interpretação para obtenção de baixos escores de conhecimento em relação a outros questionários pode ser o grau de exigência dos avaliadores ao analisar as respostas dos pacientes aos itens do instrumento de coleta de dados da validação clínica. No treinamento, realizado previamente à coleta, foi orientado que os avaliadores deveriam comparar as respostas dos pacientes com as prováveis respostas de um paciente com o melhor conhecimento sobre a IC, tratamento e prevenção de complicações e exacerbações. Isso posto, é possível que os avaliadores tenham mantido um alto grau de expectativa em relação às respostas obtidas dos pacientes.

Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com o RE da NOC "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" e com o questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado

Idade e anos de estudo apresentaram associação com o escore do questionário padrão de referência e com o EGR. Em ambos os casos, verificou-se que os escores de conhecimento e idade tinham relação inversamente proporcional e a relação dos escores de conhecimento com o tempo de estudo foi diretamente proporcional. Isso sugere o impacto do envelhecimento e do tempo dedicado à educação formal na expressão dos pacientes acerca de seu conhecimento.

Estudo jordaniano cujo objetivo foi descrever a associação entre conhecimento sobre a IC e as características sociodemográficas de 236 pacientes (56,9±12,3 anos; 61,9% do sexo masculino) evidenciou resultados semelhantes em relação à associação da idade e da educação formal com o conhecimento sobre a IC[102].

Nele, 47,8% dos pacientes tinham nível superior e obtiveram 5,3 ± 3,9 pontos (de 25 pontos possíveis) na *Dutch Heart Failure Scale*. Os autores identificaram associações excelentes porém, negativa entre idade e conhecimento (r=-0,86) e, positiva entre anos de estudo e conhecimento (r=0,78)[102].

Pesquisadores brasileiros desenvolveram e validaram um questionário de conhecimento para pacientes com IC[41] que obteve resultados semelhantes ao estudo jordaniano. O instrumento, composto por 19 questões, foi aplicado a 96 pacientes (60,2 ± 11,6 anos; 64,5% do sexo masculino)[41]. O escore médio foi de 45,5 ± 8,3 pontos (do total de 57 pontos possíveis). Destaca-se que 31,2% tinham nível superior completo. Associações positivas foram identificadas, porém de força baixa entre a variável idade e conhecimento (r = 0,22) e, boa entre a variável escolaridade e conhecimento (r = 0,60)[41].

O tempo de diagnóstico teve associação somente com o EGR. Embora baixa, essa associação foi baixa sugerindo que, quanto maior o tempo de diagnóstico, maior o conhecimento sobre IC avaliado pelo RE. No estudo jordaniano citado anteriormente, observou-se o mesmo tipo de relação positiva entre essas variáveis, porém moderada (r = 0,41)[102]. No entanto, estudo de Davis e colaboradores que teve como objetivo avaliar a melhora no cuidados de pacientes com IC e com prejuízo cognitivo leve, não encontrou associação significativa entre o tempo de diagnóstico e o conhecimento da IC (p = 0,613)[125].

O número de comorbidades cardiovasculares apresentou associação negativa e fraca com o escore do questionário padrão de referência, apenas. Para cada comorbidade a mais, o escore total do questionário diminuía em 4,9%. Estudo com 612 pacientes com IC e diferentes níveis de conhecimento sobre a doença também verificou associação estatisticamente significativa entre a variável comorbidade e o conhecimento da IC (p= 0,03)[112]. Todavia, em outro estudo, não se identificou significância entre essa variável e o conhecimento do paciente sobre IC (p = 0,158)[125].

Entre as variáveis categóricas observou-se associação apenas do estado civil com o EGR. A associação entre estado civil e escore de conhecimento é controversa

na literatura. Cavalcante e colaboradores identificaram associação significativa entre pacientes casados e o conhecimento sobre a doença (p=0,049)[264]. O estudo jordaniano também verificou significância estatística entre o estado civil e conhecimento do pacientes, com p ≤ 0,01[102]. No entanto, estudo conduzido por Hwang, Moser e Dracup não identificou diferença significativa entre essas variáveis (p=0,07) ao estudarem as barreiras para pacientes com IC na promoção do autocuidado ao se considerar diferentes níveis de conhecimento[112]. Para os pacientes da etapa de validação clínica, a diferença foi observada especificamente para o estado civil divorciado quando comparado com solteiro e viúvo.

Não se observou associação entre sexo, cuidador familiar, estágio da IC e dispositivos de estimulação cardíaca, tanto com o EGR, quanto para o questionário padrão de referência. Como classe funcional e classificação clínico-hemodinâmica são medidas de classificação da doença dependentes da condição clínica do paciente no momento o qual são obtidas, não foram associadas com o EGR e com o questionário de avaliação do conhecimento sobre IC e o autocuidado.

O escore do questionário padrão de referência e do EGR foram semelhantes quando se comparou pacientes com capacidade cognitiva preservada ou não. Esse resultado sugere que, o prejuízo da capacidade cognitiva não deve ter influenciado os escores dessas avaliações. Ainda carecem estudos que analisem a relação do conhecimento entre pacientes com e sem prejuízo cognitivo.

Estudo conduzido por Karlsson e colaboradores avaliou o conhecimento e autocuidado de pacientes com IC e com diferentes níveis de capacidade cognitiva mensurada pelo MEEM, antes e após uma intervenção educativa implementada por enfermeiros[268]. Pacientes com um MEEM < 24,0 pontos obtiveram escores significativamente mais baixos no questionário de avaliação do conhecimento (1,6 ± 1,0 pontos) em comparação com aqueles que tiveram escores no MEEM > 24,0 (2,5 ± 1,2 pontos) no início do estudo. No entanto, não houve diferença entre os dois grupos após 6 meses[267].

Validação concorrente, estabilidade e confiabilidade do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Ao avaliar a associação entre os escores do RE com o questionário de conhecimento sobre IC e autocuidado, obteve-se coeficiente de correlação de 0,29 ($p < 0,001$), cuja associação foi positiva e moderada.

Albuquerque validou clinicamente o RE "Vínculo Pais-bebê" e utilizou o método de validação concorrente[240]. Para tanto, a autora desenvolveu definições constitutivas e operacionais dos 19 indicadores do RE, realizou validação de conteúdo com expertos e validação clínica com amostra de 101 mães e bebês (com até 12 meses) atendidos em unidades de saúde da família[240].

Para a validação clínica as mães foram entrevistadas por duas duplas de avaliadores com intervalo de uma semana entre as entrevistas. A primeira dupla aplicou instrumento, elaborado pela autora, que continha as DO validadas previamente[240]. A segunda dupla não teve acesso às DO, porém utilizou as DC e a escala de magnitudes de respostas do RE proposta pelo classificação NOC para a avaliação dos indicadores. Além do instrumento de coleta de dados para validação clínica dos indicadores do RE em questão, o Inventário de Percepção Vincular Materna (IPVM) foi utilizado como padrão de referência. O coeficiente de correlação entre o RE "Vínculo Pais-bebê" e o IPVM foi 0,357 ($p=0,004$)[240].

Em outros estudos, a validade do RE foi estimada por meio de outros procedimentos psicométricos e estatísticos. No estudo de Moreira e colaboradores a validação clínica dos oito indicadores do RE "Mobilidade" foi mensurada pelo teste de Friedman que avaliou a diferença de valores de mediana entre os quatro avaliadores que participaram do estudo[223]. Para os casos de diferença estatisticamente significante, foi conduzido o método da diferença mínima significante (DMS)[223]. Todos os indicadores do RE "Mobilidade" apresentaram diferença significativa pelo teste de Friedman ($p<0,05$) e foram considerados clinicamente válidos[223]. Além disso, houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições dos indicadores e a dupla sem as definições[223].

A validação cínica dos indicadores do RE "Comportamento de prevenção de quedas" também foi estimada pelo teste de Friedman e método DMS[225]. Entre os 20 indicadores do RE, 10 (50,0%) apresentaram diferenças estatísticas entre as inferências feitas pelos avaliadores que tiveram acesso as DC e DO e aqueles que não tiveram acesso ($p<0,05$)[225].

A concordância inter-avaliadores foi excelente na etapa de validação clínica, com coeficiente de correlação intra-classe de 0,87. Ao se considerar que, todos os avaliadores tiveram acesso as definições dos indicadores, o resultado sugere que as definições possibilitaram avaliações mais uniformes e consistentes.

Oliveira e colaboradores realizaram a validação clínica dos indicadores do RE "Estado de Deglutição" com 81 pacientes[70]. Nesse, as definições dos indicadores foram estabelecidas com base em resultados de uma revisão integrativa e consulta a outras fontes de dados. Quatorze expertos realizaram validação de conteúdo dos indicadores e, por fim, o RE foi validado clinicamente com 81 pacientes internados em unidade de terapia intensiva e com risco de aspiração [70]. O coeficiente de correlação intraclasse foi superior a 0,80 para todos os indicadores do RE entre os avaliadores que tiveram acesso às DC e DO[70].

Outro estudo conduzido por pesquisadores brasileiros obteve resultado similar na validação clínica do RE "Mobilidade" para pacientes com acidente vascular cerebral. A correlação intraclasse dos avaliadores com acesso às definições dos oito indicadores do referido RE foi acima de 0,80 para 62,5% dos indicadores, com exceção dos indicadores "Desempenho na transferência", "Movimentos dos músculos" e "Coordenação" que obtiveram coeficiente de correlação de 0,52; 0,60 e 0,77, respectivamente[223].

A consistência interna do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" foi de 0,943 e foi considerada muito alta. Esse resultado foi superior ao encontrado por Albuquerque ao avaliar a consistência interna dos indicadores do RE "Vínculo Pais-bebê" com alfa de Cronbach de 0,716[240]. Deve-se considerar que, para o cálculo da consistência interna do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca", foram analisadas 500 avaliações (250 por avaliador), No caso do RE "Vínculo Pais-bebê" só foi possível alcançar 41 mães, o que pode ter influenciado o desfecho dessa medida[240].

O questionário sobre conhecimento da IC e o autocuidado validado por Rabelo e colaboradores não teve a consistência interna mensurada pelos autores pois o questionário não foi considerado homogêneo. Segundo eles, as questões englobavam vários temas e, assim, cada grupo de questões foi considerado isolado

dos demais grupos[91]. No entanto, ao que parece, tal decisão não foi pautada em uma análise fatorial que demonstrasse a multidimensionalidade do instrumento.

O questionário original, proposto em 2001, obteve consistência interna de 0,61 o que foi considerado aceitável[90] para os autores em se tratando de um instrumento de medida em saúde. Até o presente momento, não existem outros questionários que avaliem o constructo de conhecimento do paciente com IC com tradução e validação para a língua portuguesa do Brasil.

Apesar da medida de consistência interna do RE ter sido avaliada como excelente, vale destacar que uma das principais críticas em relação ao valor de alfa de Cronbach é a susceptibilidade ao número de itens de uma escala[268]. Assim, deve-se ter cautela ao interpretar o valor de alfa obtido para o RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" que possui 50 itens. Ademais, alguns autores sugerem que, só é possível declarar a validade de um instrumento quando este é aplicado repetidamente em diferentes amostras, tornando-o mais confiável[268].

O desempenho dos pacientes em alguns itens, com conteúdo semelhante, do questionário de padrão de referência e dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" foi discrepante. Esses itens tratavam dos efeitos terapêuticos dos medicamentos, sinais e sintomas precoces da doença, dieta, ingestão recomendada de líquidos e importância da restrição do consumo de álcool. De fato, não é possível saber o que levou às diferenças observadas entre os acertos no questionário e a classificação do conhecimento do paciente pelas avaliadoras como "nenhum", "limitado" ou "moderado conhecimento".

No tocante ao indicador "Efeitos colaterais dos medicamentos", o conhecimento foi avaliado entre "nenhum" e "limitado" para 80,5% dos pacientes. Os itens correspondentes no questionário padrão de referência (Questões 4 e 6) atingiram índices de acertos de 67,3% e 77,9%, respectivamente. Em 2014 outro estudo obteve resultado similar ao identificar e compreender o conhecimento dos pacientes com IC sobre a doença e tratamento[131]. Nele, para 78,5% dos 42 pacientes, o tratamento farmacológico é considerado a principal ferramenta no manejo da IC[131]. Essa visão sobre os medicamentos, seus efeitos e benefícios pode ter influenciado no elevado conhecimento dos pacientes acerca do tópico na etapa de validação clínica.

Em relação ao conhecimento sobre a atividade física recomendada, em 52,2% das avaliações foram atribuídas magnitudes de resposta 2 e 3; outro achado semelhante ao do questionário padrão de referência no qual 41,5% dos pacientes erraram a resposta. Não foram identificados na literatura estudos que avaliassem o conhecimento de pacientes com IC acerca da atividade física recomendada de acordo com o estado de saúde. No entanto, sabe-se que quanto maior a prática de atividade física, maior a aptidão cardiorrespiratória e menor o tempo de sedentarismo, com redução na incidência da IC[269].

Ainda são necessários estudos que determinem as melhores recomendações de atividade para indivíduos mais gravemente acometidos pela IC[269]. A ausência dessas recomendações pode ter sido um fator limitante na educação dos pacientes que participaram da validação clínica. As diretrizes nacionais e internacionais sugerem que os programas de reabilitação cardíaca, incluindo a prática de exercícios físicos, devem fazer parte do tratamento da IC bem como para a prevenção de complicações[3]. Entretanto, ainda não são claros os limites da prática principalmente para pacientes em classes funcionais mais avançadas.

Mais de 65% dos pacientes não demonstraram ter conhecimento sobre as imunizações recomendadas, de acordo com a avaliação do RE. Esse tópico foi avaliado, parcialmente, na questão 13 do questionário padrão de referência e que cuja frequência de erros foi de 81,6%. Esses achados são similares aos verificados em um estudo indiano que avaliou a situação vacinal para Influenza de 320 pacientes com IC, além do conhecimento acerca da vacinação[270]. Somente 7,5% dos pacientes sabiam da influenza como uma doença com consequências adversas para seu tratamento da IC, 5,3% tinham conhecimento da gravidade da gripe e 12,5% sabiam da disponibilidade de uma vacina contra ela e sua disponibilidade em hospitais da região próximo à residência deles[271].

Pacientes com IC têm maior risco de hospitalização durante o inverno e os eventos cardiovasculares geralmente estão associados à infecção viral do influenza[271,272].

Ainda carecem estudos que avaliem o conhecimento sobre imunizações de pacientes com IC no Brasil, mas as diretrizes nacionais recomendam a vacinação como parte das medidas preventivas de morbidade cardiovascular, bem como, a orientação a ser realizada ao paciente com IC[3].

Dois tópicos sobre o conhecimento sobre a IC foram abordados somente no RE da NOC, mas se destacaram pela baixa porcentagem de conhecimento dos pacientes. Com relação ao conhecimento sobre grupos de apoio disponíveis, 61,4% dos 250 pacientes da validação clínica demonstraram não ter conhecimento a respeito.

A falta de reconhecimento dos pacientes sobre os benefícios do apoio de outros, em situação semelhante, também foi observada em outro estudo. Ensaio clínico controlado e randomizado testou um programa recíproco de apoio para 28 pacientes com IC[273]. O programa incluiu apoio de pares por telefone entre pacientes com IC juntamente com sessões de grupo opcionais lideradas por uma enfermeira de com experiência no cuidado de pacientes com a doença. Os participantes do grupo controle receberam uma sessão de grupo de IC liderada por uma enfermeira, além de encorajamento para acompanhamento da IC e materiais educacionais. Os participantes do grupo intervenção participaram do programa de suporte composto de sessões de grupo, telefonemas de outros pacientes e materiais educacionais[273].

Não houve diferenças significativas na qualidade de vida e no apoio social específico da IC depois de seis meses entre os grupos[273]. No entanto, os autores reforçaram a importância do apoio social no cenário do manejo da IC e, identificaram como barreira o baixo engajamento dos pacientes no programa. Uma das hipóteses deles foi que o tipo de suporte oferecido enfocou na melhoria do “autogerenciamento” da IC como uma forma de evitar exacerbações que levam a hospitalizações, um resultado difícil de ser medido pelos pacientes e dificultando a adesão à intervenção[273].

Acerca dos efeitos na sexualidade e adaptações para desempenho sexual, 46,2% e 74,7% dos pacientes demonstraram “nenhum conhecimento”, respectivamente. Esses achados são condizentes aos identificados em estudo que investigou as dificuldades sexuais percebidas e os fatores associados de pacientes recém diagnosticados com doenças cardíacas, dentre elas a IC[274]. As dificuldades em homens foram associadas a ser mais idoso (≥75 anos de idade; odds ratio [OR] = 1,97, IC95% = 1,13–3,43), ser portadores de insuficiência cardíaca (OR = 2,07; IC95% = 1,16–3,71), ter diabetes (OR = 1,80; IC95% = 1,15-2,82); HAS (OR = 1,43; IC95% = 1,06-1,93), em uso de beta-bloqueadores (OR = 1,37; IC95% = 1,02-1,86); ter nível

mais alto de ansiedade-traço (OR = 2,25; IC95% = 1,34-3,80) e depressão (OR = 2,74; IC95% = 1,38-5,43).

Nas mulheres, as dificuldades foram significativamente associadas à ansiedade (OR = 3,00, IC95% = 1,51-5,95)[274]. Além disso, somente 18,1% dos homens e 10,3% das mulheres informaram ter recebido aconselhamento sexual[274]. Esse resultado sugere que o aconselhamento aos pacientes com IC, independente do sexo, precisa ser otimizado e incluído na educação oferecida ao paciente.

Os indicadores do RE "Ações básicas do coração", "Dieta prescrita", "Benefícios de controle da doença", "Benefícios do descanso adequado", "Importância da abstinência do tabaco", "Risco associado a viagens", "Relação entre o estresse físico e emocional e a condição", "Sinais e sintomas da depressão", "Efeitos no estilo de vida", "Identificação do nome dos medicamentos em uso", "Uso correto dos medicamentos prescritos", "Curso usual do processo de doença" e "Ações para proporcionar a morte digna" foram avaliados, majoritariamente, com magnitudes de resposta entre 3 e 5, indicando conhecimento "moderado" a "amplo.

O estudo de desenvolvimento e validação da *Japanese Heart Failure Knowledge Scale*[119] abordou alguns dos tópicos dos indicadores supracitados. Nesse, somente 33,0% dos 187 pacientes avaliados responderam corretamente sobre uma das ações básicas do coração- de trocar oxigênio e gás carbônico[119]. Outra questão da escala japonesa diz respeito ao tabagismo, no qual 91,0% dos pacientes responderam "não" para o item "Tabagismo é bom para pacientes com IC porque promove a circulação de sangue"[119].

Cerca de 79,0% dos pacientes responderam "sim" ao item "Excesso de trabalho e estresse às vezes fazem com que a IC piore"[119]. Em relação ao indicador "Dieta prescrita", 92,0% dos pacientes responderam "não" ao item com conteúdo semelhante na escala japonesa, "Pacientes com IC devem ter uma dieta rica em sal"[119].

Os indicadores "Benefícios de controle da doença", "Benefícios do descanso adequado", "Risco associado a viagens, "Sinais e sintomas da depressão", "Efeitos no estilo de vida", "Identificação do nome dos medicamentos em uso", "Uso correto dos medicamentos prescritos", "Curso usual do processo de doença" e "Ações para proporcionar a morte digna" não foram localizados em outros instrumentos de avaliação do conhecimento da IC. Logo, percebe-se a necessidade de condução de

mais estudos, em diferentes populações e que avaliem o conhecimento desses indicadores especificamente.

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A seleção inicial das citações recuperadas e o estabelecimento das correspondências entre atributos e indicadores, apenas por uma das revisoras, podem ter contribuído para um possível viés de seleção das citações e, viés de confundimento no estabelecimento das similaridades e correspondências.

Vale destacar que, os prováveis novos indicadores foram avaliados por grupo de expertos, bem como a correspondência entre os atributos e rótulos de indicadores. Todos os expertos concordaram com os agrupamentos realizados. No entanto, reconhece-se que uma segunda opinião sobre a correspondência dos atributos com os indicadores e o estabelecimento das definições dos indicadores poderia ter contribuído para maior uma fidedignidade das correspondências.

No que tange a seleção de enfermeiros e pacientes expertos na etapa de validação de conteúdo, deve-se considerar que as amostras utilizadas foram de conveniência, o que compromete a validade externa dos resultados. Além disso, não foi avaliada a provável influência da desejabilidade social nas respostas dos pacientes.

No que diz respeito a avaliação dos indicadores do RE realizada por dupla de avaliadores, apesar do treinamento e teste piloto realizado antes da coleta de dados, não se pode garantir que vieses de informação não tenham ocorrido. Esses vieses podem ser associados à experiência dos avaliadores e às interferências no ambiente clínico (como interrupção da entrevista por outros profissionais de saúde ou familiares) que podem ter afetado a concentração dos avaliadores na etapa de validação clínica.

Ademais, a utilização da ideia de uma pessoa de referência com o melhor conhecimento possível pode ter aumentado as expectativas das avaliadoras em relação às respostas dos pacientes, culminando na atribuição das magnitudes 1 e 2 para muitos indicadores, inclusive para aqueles que tiveram grande percentual de acertos no questionário padrão de referência.

6.7 IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, ENSINO E PESQUISA

O conhecimento do paciente com IC em relação ao manejo de sua doença é um aspecto fundamental do tratamento e que tem sido relacionado a melhores desfechos em saúde. Nesse contexto, os resultados deste estudo têm contribuições para a pratica clínica, ensino e pesquisa.

A principal contribuição desse estudo para a disciplina de enfermagem é a disponibilização de uma medida válida, confiável e reprodutível para avaliar o conhecimento do paciente no manejo da IC que pode ser utilizada inclusive em pacientes com prejuízo cognitivo.

Os indicadores validados representam características mensuráveis do conhecimento do paciente sobre o manejo da IC. Por isso, constituem aspectos essenciais que devem ser ensinados a estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem e abordados na educação admissional e permanente de profissionais de enfermagem.

Apesar dessa contribuição, permanece o desafio de acordar na disciplina qual é o melhor nível de conhecimento esperado de um paciente com IC sobre o manejo de sua doença. O estabelecimento desse tipo de critério é importante porque se trata da referência contra a qual os enfermeiros devem comparar o conhecimento expresso pelo paciente que está sendo avaliado.

Outra contribuição relevante foi a proposição da participação do paciente como experto na etapa de validação de conteúdo e o desenvolvimento de um método para tal. Embora a participação do paciente no processo de tomada de decisão clínica não seja inédita, essa foi a primeira vez em que houve a participação do paciente em estudos de validação dos fenômenos de enfermagem. No entanto, reconhecesse que o método deve ser refinado e critérios de seleção dos pacientes expertos precisam ser mais bem discutidos.

Por fim, esse estudo abre uma discussão sobre a necessidade de estudos de avaliação da acurácia dos indicadores dos resultados de enfermagem em diferentes contextos culturais, de modo a guiar as decisões dos enfermeiros na seleção de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem.

.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Este estudo obteve estimativas de validade de conteúdo e clínica de 50 indicadores do RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”, dentre os quais 45 são aprovados para uso pela NOC e cinco são novos.

Todos os indicadores desse RE aprovados para uso pela NOC corresponderam a, pelo menos, um atributo identificado na revisão de escopo, o que indica evidências na literatura que os sustentam; prováveis novos indicadores foram sugeridos a partir de atributos identificados na literatura que não correspondiam aos indicadores aprovados pela NOC.

Para todos os indicadores, tanto os já aprovados pela NOC quanto os prováveis novos, foram estabelecidas definições conceituais e operacionais, além de questões para os pacientes válidas.

Na etapa de validação de conteúdo, 50 indicadores foram classificados como primários e cinco como secundários. Além disso, cinco indicadores foram considerados sobrepostos a outros. Assim, 50 indicadores, sendo 46 primários e quatro secundários, foram analisados em ambiente clínico real.

Com relação à validação clínica, os resultados deste estudo sugerem que o RE e o questionário de conhecimento sobre IC e o autocuidado são influenciados por variáveis sociodemográficas, em especial, idade e tempo dedicado à educação formal. Ademais, foi constatado que o prejuízo da capacidade cognitiva não teve influência nos escores dos instrumentos utilizados para a avaliação do conhecimento. O RE da NOC parece ser influenciado também pelo tempo de diagnóstico da IC e o questionário de conhecimento sobre IC e o autocuidado, pelo número de comorbidades cardiovasculares. Ademais, o EGR do RE teve correlação positiva e moderada com o escore do questionário padrão de referência e apresentou excelentes medidas de estabilidade e consistência interna.

Diante do exposto, é possível afirmar que o RE “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” (1835) reúne evidências moderada de validade concorrente, excelente de estabilidade entre avaliadores e muito alta de confiabilidade na perspectiva clínica e de conteúdo. Seus indicadores são, portanto, características

mensuráveis, válidas, estáveis e confiáveis do conhecimento de pacientes com IC sobre a doença, tratamento e prevenção da progressão da doença e complicações.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1 Kaufman R, Azevedo VMP, Xavier RMA, Geller M, Chaves RBM, Castier MB. Insuficiência cardíaca: análise de 12 anos da evolução em internações hospitalares e mortalidade. Int J Cardiovasc. Sci. [Internet]. 2015 [acesso em 5 de fevereiro de 2018]; 28(4):276-81. Disponível em: http://www.onlineijcs.org/sumario/28/pdf/v28n4a03.pdf DOI: 0.5935/2359-4802.20150040

2 American Heart Association (AHA). Heart disease, stroke death rates increase following decades of progress. [Internet]. 2018 [cited 2018 February 5]. Available from: https://www.heart.org/en/news/2018/05/01/heart-disease-stroke-death-rates-increase-following-decades-of-progress

3 Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2018 [acesso em 5 de fevereiro de 2018]; 111(3):436-539. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf

4 Brasil. Ministério da Saúde; Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília. [Internet]. 2016 [acesso em 18 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def

5 Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet. 2006; 368:1005–11. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69208-8

6 Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.Heart Disease and stroke statistics-2018 Update: a report from the American Heart Association.Circulation. [Internet]. 2018 [cited 2019 February 5]. 137: e67–e492. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000558 DOI: 10.1161/CIR.0000000000000558

7 Ruiz MA, Greco OT, Jacob JLB, Ardito RV, Lago MR, Greco RL, et al. Insuficiência cardíaca: do tratamento farmacológico à terapia-celular. Relampa. [Internet] 2007 [acesso em 14 de fevereiro de 2019]. 20(3): 185-95. Disponível em: http://relampa.org.br/details/44/pt-BR

8 Püschel VAA, Pinheiro CF, Peruchi F. Cuidar do adulto e do idoso com doença cardiovascular: abordagem psicossocial. Rev Pau Enf. 2006; 25: 189-95.

9 Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of self-care in the patient with heart failure. Curr Cardiol Rep. 2012; 14: 265-75. DOI: 10.1007/s11886-012-0 267-9

10 Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MMPCC, Paraboni CC. et al. Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure:

randomized Clinical Trial HELEN-I. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013. [cited 2019 January 22]; 21(spe): 20-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700004 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700004

11 Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. J Cardiovasc Nurs.[Internet]. 2016 [cited 2019 February 7]. 31(3):226-35. Available from: https://journals.lww.com/jcnjournal/Fulltext/2016/05000/The_Situation_Specific_Theory_of_Heart_Failure.7.aspx DOI: 10.1097/JCN.0000000000000244

12 Sally CI, Robyn AC, Finlay AM, Stewart S, Cleland JGF. Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. Eur J Heart Fail. [Internet]. 2011 [cited 2019 February 5]. 13: 1028–40. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1093/eurjhf/hfr039 DOI: https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr039

13 Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart. [Internet]. 2005 [cited 2019 February 5]. 91(7):899-906. Available from: https://heart.bmj.com/content/heartjnl/91/7/899.full.pdf DOI: http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2004.048389

14 Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora UnB; 1997.

15 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

16 Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde (NOC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

17 Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes válidos. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet] 2008. [acesso em 10 de fevereiro de 2019]. 10 (2):513-20. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm

18 Rothman M, Burke L, Erickson P, Leidy NK, Patrick DL, Petrie CD. Use of existing patient-reported outcome (PRO) instruments and their modification: the ISPOR Good Research Practices for Evaluating and Documenting Content Validity for the Use of Existing Instruments and Their Modification PRO Task Force Report. Value Health. 2009, 12(8):1075-83. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00603.x

19 Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2011; 8: 30–41. DOI: 10.1038/nrcardio.2010.165

20 American Heart Association (AHA). Heart Disease and Stroke Statistics- 2014 Update.Circulation. [Internet]. 2014 [acesso em 01 de novembro de 2015]. 28: e28-e292. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e28.full

21 Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. Heart & Lung. 2009;38(3):253–61. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.001

22 Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. [Internet]. 2013 [cited 2019 February 20]. 128: e240–e327. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e31829e8776 DOI: https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776

23 Bennett JA, Riegel B, Bittner V, Nichols J. Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. Heart & Lung. 2002;31(4):262-70. DOI: https://doi.org/10.1067/mhl.2002.124554

24 Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil Epidemiológico, Clínico e Terapêutico da Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. Arq.Bras.Cardiol. [Internet]. 2010 [acesso em 24 de fevereiro de 2019]. 95(3): 392-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001300016 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000102

25 Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardez-Pereira S, Berwanger O, et al. Estudo BREATHE- I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares Arq.Bras.Cardiol. [Internet] 2014 [acesso em 9 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150031.pdf DOI: 10.5935/abc.20150031

26 Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2011. [acesso em 22 de novembro de 2015]; 32 (3): 590-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300022&lng=pt. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300022

27 Nohria A, Tsang SW, Fang JC, Lewis EF, Jarcho JA, Mudge GH, et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. J. Am. Coll.Cardiol. 2003;41(10):1797-804. DOI: https://doi.org/10.1016/S0735-1097(03)00309-7

28 Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc. Nurs. 2005; 4(3):198-206. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010

29 Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. Enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 22 de novembro de 2015]; 21(2): 243-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002008000200002&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200002

30 Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com insuficiência cardíaca: uma medida genérica. São Paulo Med. J. [Internet]. 2010. [acesso em 22 de novembro de 2015]; 128(4):192-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000400003&lng=pt DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S151631802010000400003

31 Heo S, Moser DK, Lennie TA, Zambroski CH, Chung ML. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. Heart & Lung. 2007;36(1):16-24. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.06.003

32 Albert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. Heart Fail Rev. 2017; 22(1):25-39. DOI: 10.1007/s10741-016-9581-4.

33 Artinian NT, Harden JK, Kronenberg MW, Vander JS, Daher E, Stephens Q, et al. Pilot study of a web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. Heart & Lung. 2003;32(4):226-33. DOI: https://doi.org/10.1016/s0147-9563(03)00026-8

34 Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. Int J Nurs Stud. 2009;46(8):1143-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011

35 Betihavas V, Davidson PM, Newton PJ, Frost SA, Macdonald PS and Stewart S. What are the factors in risk prediction models for rehospitalization for adults with chronic heart failure? Australian Critical Care. 2012; 25: 31-40. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.07.004

36 Austin J, Williams R, Ross L, Moseley L, Hutchison S. Randomized controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. European Journal of Heart Failure. 2005; 7: 411–417. DOI:10.1016/j.ejheart.2004.10.004

37 Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments: Methods, Materials and Outcomes Used in the Clinical Trial. The Journal of cardiovascular nursing. 2015;30(401):S25-S34. DOI:10.1097/JCN.0000000000000255

38 Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. Revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do autocuidado entre pacientes portadores de insuficiência Cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [acesso em 22 de novembro de 2015]. 23(4): 753-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400753&lng=pt. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612

39 Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impacto da educação sistemática de enfermagem no conhecimento da doença e autocuidado em uma clínica de insuficiência cardíaca no Brasil: um estudo experimental prospectivo. OBJN. 2007 [acesso em 06 de novembro 2015]; ol6(3). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676

40 Boyde M, Turner C, Thompson DR, Stewart SJ. Educational interventions for patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. Cardiovasc Nurs. 2011;26(4): E27-35. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181ee5fb2.

41 Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2014. [acesso em 22 de novembro de 2015]. 102(4): 364-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000400007&lng=en DOI: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140032.

42 Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. *In:* Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001; p: 41-62.

43 Garcia TB, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery. Rev Enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 27 de março de 2019]. 13(1):188-93. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf

44 Lucena AF, Almeida MA. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC NO Processo de enfermagem. In: Lucena AF, Silva ERR. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

45 Pesut DJ. Reflective Clinical Reasoning. In L.C. Haynes, H. K. Butcher, & T.A. Boese: Nursing in Contemporary Society Issues, Trends and Transition to Practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

46 American Nurses Association (ANA). Recognized terminologies and data element sets. United States of America. [Internet] 2006 [cited 2019 January 23]. Available from: http://nursingworld.org/npii/terminologies.htm

47 NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11ªEd. Porto Alegre: Artmed; 2018.

48 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

49 Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes. 6ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

50 Seganfredo DH, Almeida MA. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 29 de novembro de 2015].19(1): 34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100006&lng=en&tlng=en DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100006

51 Hoskins LM. Clinical Validation, Methodologies for Nursing Diagnoses Research. In: Carrol Johnson RM, editors. Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Eighth Conference; 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

52 Ferhing RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung [cited 2019 February 25]. 1987; 16(6):625-9. Available from: https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://br.search.yahoo.com/&httpsredir=1&article=1026&context=nursing_fac

53 Seabra PRC, Sá LO, Amendoeira J. Consequências da dependência de substâncias: uma contribuição para validação do resultado NOC. Revista REME. [Internet]. 2013 [acesso em 28 de fevereiro de 2019]. 17 (3): 673-9. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/680

54 Parker L, Lunney M. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing diagnoses. 1998; 9 (4). DOI: https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.1998.tb00184.x

55 Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev Rene. [Internet]. 2011 [acesso em 01 de março de 2019]. 12(2): 424-31. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254/3285

56 Garbin LM, Rodrigues CC, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2009 [acesso em 01 de março de 2019]. 30(3): 508-15. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8216/6971

57 Silva NCM, Oliveira, ARS, Carvalho EC. Conhecimento produzido sobre os resultados da “Nursing Outcomes Classification – NOC”: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [acesso e 01 de março de 2019]. 36(4):104-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00104.pdf DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983- 1447.2015.04 .53339

58 Head BJ, Aquilino ML, Johnson M, Reed D, Maas M, Moorhead S. Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC).J Nurs Scholarsh. 2004;36(3):251-9. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04046.x

59 Holsbach I. Validação de resultados de enfermagem para o diagnóstico de dor aguda (trabalho de conclusão de curso). Porto Alegre, 2009. f:il

60 Almeida MA, Seganfredo DH, Unicovsky Margarita R. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2010 [acesso em 23 de dezembro de 2015]; 44(4): 1059-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342010000400029&lng=pt&tlng=pt. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400029

61 Almeida MA, Seganfredo DH, Barreto LNM, Lucena AF. Validation of indicators of the nursing outcomes classification for hospitalized adults at risk of infection. Texto contexto - Enferm. [Internet].2014 [acesso em 23 de dezembro de 2015]; 23(2): 309-317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200309&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/01040707201400330012

62 Pelletier LR, Stichler JF. Action brief: Patient engagement and activation: A health reform imperative and improvement opportunity for nursing. Nurs Outlook. 2013; 61: 51-54. DOI: https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.11.003

63 Wheat H, Horrell J, Valderas JM, Close J, Fosh B, Lloyd H. Can practitioners use patient reported measures to enhance person centred coordinated care in practice? A qualitative study. Health and Quality of Life Outcomes. 2018; 16: 223. DOI: https://doi.org/10.1186/s12955-018-1045-1

64 Weed LL, Zimny NJ. The problem-oriented system, problem-knowledge coupling, and clinical decision making. Physical Therapy. 1989; 69(7):565-68. DOI: https://doi.org/10.1093/ptj/69.7.565

65 Florin J. Patient participation in clinical decision making in nursing- – a collaborative effort between patients and nurses. [dissertation] 2007. [cited 2019 April 19]. Available from: http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:137380/FULLTEXT01.pdf

66 Levin RF, Lunney , Krainovich-Miller B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2004;15(4), 114-22. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2004.tb00008.x

67 Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs. 2013; 32(2): 223–31. DOI:10.1377/hlthaff.2012.1133.

68 Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. 2ª Ed. Philadelphia: W.B Sauders, 2000.

69 Santos FAAS. Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem “Integridade Tissular”: um estudo com portadores de úlcera venosa [tese] 2011. [acesso em 09 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2085

70 Oliveira ARS. Validação dos resultados de enfermagem “Estado de deglutição” e “Prevenção de aspiração” de pacientes após acidente vascular cerebral [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013

71 Menezes SSC, Corrêa CG, Silva RCG e Cruz DAML. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2015. [acesso em 23 de janeiro de 2017]. 49 (6): 1032-39. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000601032&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080623420150000600021

72 Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J. Soc. Res. Meth. [Internet]. 2005 [cited 2017 November 23];8(1):19-32. Available from: https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf

73 Peters MD, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil, Parker D. Methodology for JBI scoping review. Reviewers' manual. 2015 [cited 2017 November 23]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

74 Wilson J. A atividade da análise. In: Pensar com conceitos. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

75 Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

76 Bloom BS, Englehart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. The Taxonomy of educational objectives, handbook I: The Cognitive domain. New York: David McKay Co., Inc; 1986.

77 Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al. A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Pearson, Allyn & Bacon; 2001.

78 Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Nursing diagnoses related to skin: operational definitions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012 [cited 2018 December 12]. 20(5): 863-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500007&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S010411692012000500007

79 Guimarães HCQCP, Pena SB., Lopes JL, Lopes CT, Bottura ALLB. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. Int. J. Nurs. Knowledge. 2016; 27(3): 130-5. DOI:10.1111/2047-3095.12089

80 R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. [Internet].2018. [cited 2019 April 18]. Available from: https://www.R-project.org/.

81 Pereira MA. Tensão do papel de cuidador: aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC em cuidadores familiares de idosos dependentes. 2015. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

82 Brucki SMD, Nitrini R, Paulo Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-81. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014.

83 Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica. 1998; 25 (5): 206-13.

84 Marlon D, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? Revista Gestão Organizacional. [Internet]. 2013 [acesso em 5 de março de 2019]. 6(3): 161-74. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A1615.pdf

85 Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 02 de março de 2019] ;16(7): 3061-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800006&lng=en DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006

86 Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res. Nurs. Health. 1997; 20(3):269-74. DOI: https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

87 Cavalcante LDW, Oliveira GOB, Almeida PC, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. Rev. esc. Enferm. USP. [Internet]. 2015 [acesso em 02 de março de 2019]. 49(1): 14-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100014&lng=pt. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100002

88 Instituto do Coração (InCor). Quem somos / Estrutura / Números. [Internet]. 2019 [acesso em: 07 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/conheca-estrutura/numeros

89 Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston, MA: Pearson; 2013.

90 Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange PM. What do patients know about their heart failure? Applied Nursing Research. 2002. 15 (4): 200-8. DOI: https://doi.org/10.1053/apnr.2002.35959

91 Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem.[Internet]. 2011 [acesso em 02 de abril de 2019]. 19(2): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_08.pdf

92 Siegel S. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento / Sidney Siegel. N. John Castellan Jr; tradução Sara Ianda Correa Carmona – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed; 2006.

93 Crawley MJ. Mixed effects models in the R book. Chichester: Wiley-Blackwell; 2012.

94 Zar J. Biostatistical Analysis. Upper Saddle River-NJ: Prentice-Hall, 4ªed; 1999.

95 Fleiss JL, Levin B, Paik MO. Statistical Methods for rates and proportions. Jon Wiley & Sons: New Jersey, 3rd ed; 2003.

96 Freitas ALP, Rodrigues SG. Avaliação da Confiabilidade de Questionários: uma Análise Utilizando o Coeficiente de Alpha de Cronbach, XII SIMPEP – Simpósio de Engenharia de Produção, Bauru: Brasil; 2015.

97 DeVellis R.F. Scale development: Theory and application. Newbury Park, CA: Sage; 2012.

98 Ghisi GL, Grace SL, Thomas S, Evans MF, Oh P. Development and psychometric validation of a scale to assess information needs in cardiac rehabilitation: The INCR Tool. Patient Educ Couns. 2013;91(3):337-43. DOI: 10.1016/j.pec.2013.01.007.

99 Canto DF, Almeida MA. Resultados de enfermagem para padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada em terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(4): 137-45. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400018

100 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. [acesso em 23 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

101 Galvão TF, Pansani TSA. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24 (2): 335-42. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017

102 Tawalbeh LI, Al Qadire M, Ahmad MM, Aloush S, Abu Sumaqa Y, Halabi M. Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. Research in Nursing and Health. 2017; 40 (4): 350-9. DOI: https://doi.org/10.1002/nur.21805

103 Oliveira J. Impacto do monitoramento telefônico na avaliação do conhecimento e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.

104 Rosen D, Berrios-Thomas S, Engel RJ. Increasing self-knowledge: Utilizing tele-coaching for patients with congestive heart failure. Social work in health care. 2016; 55 (9):711-19. DOI: https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1191581

105 Vieira AM, Costa IZ, Oh P, Lima GGM. Questionnaires Designed to Assess Knowledge of Heart Failure Patients: A Systematic Review. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 31 (5):469-78. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000281

106 Azzolin KO, Lemos DM, Lucena AF, Silva ERR. Intervenções de enfermagem no domicílio melhoram conhecimento sobre a doença e tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2015; 23 (1): 44-50. DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2523

107 Clark RA, Fredericks B, Buitendyk NJ, Adams MJ, Howie-Esquivel J, Dracup K, et al. Development and feasibility testing of an education program to improve

knowledge and self-care among Aboriginal and Torres Strait Islander patients with heart failure. Rural and Remote Health. [Internet] 2015 [cited 2018 April 5]; 15 (3231). Available from: www.rrh.org.au/journal/article/3231

108 Davis KK, Dennison RCH, Szanton SL, Hayat MJ, Allen JK. Predictors of heart failure self-care in patients who screened positive for mild cognitive impairment. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 30 (2): 152-60. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000130

109 Hagglund E, Lynga P, Frie F, Ullman B, Persson H, Melin M. et al. Patient-centred home-based management of heart failure. Findings from a randomized clinical trial evaluating a tablet computer for self-care, quality of life and effects on knowledge. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2015; 49 (4): 193-99. DOI: https://doi.org/10.3109/14017431.2015.1035319

110 Lamarca FRRS. Convivendo com a insuficiência cardíaca: uma análise do conhecimento como fator relevante para a qualidade de vida. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.

111 Yu CS, Chan C, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. Heart & Lung. 2015; 44 (5): 400-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.05.004

112 Boyoung H, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. Health Psychology. 2014; 33 (7): 588-96. DOI: 10.1037/a0033419

113 Carr HJ, McDermott A, Tadbiri H, Uebbing AM, Londrigan M. The effectiveness of computer-based learning in hospitalized adults with heart failure on knowledge, re-admission, self-care, quality of life and patient satisfaction: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014; 12(5): 430-465. DOI: 10.11124/jbisrir-2013-984

114 Chen AM, Yehle KS, Albert N M, Ferraro KF, Mason H L, Murawski MM.et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2014; 10 (2): 378-86. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.07.001

115 Clark A P, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M. et al. Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2014; 30 (4S): S3-S13. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000169

116 Dracup K, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt T, Southard J, Paul SM. et al. Rural Patients' Knowledge About Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;29(5):423-8. DOI: 10.1097/JCN.0b013e31829cbcf3

117 Liu MH, Wang CH, Huang YY, Cherng WJ, Wang KW. A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure. J Nurs Res. 2014 ; 22(2):136-45.

118 Boyde M, Song S, Peters R, Turner C, Thompson DR, Steward S. Pilot testing of a self-care education intervention for patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012; 12(1):39-46. DOI: https://doi.org/10.1177/1474515111430881

119 Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, Hatakeyama A, Tsuji T, Kumagai Y, et al. Development and psychometric properties of the Japanese heart failure knowledge scale. Int Heart J. 2013;54(4):228-33. DOI: https://doi.org/10.1536/ihj.54.228

120 Martins RR. Eficácia de palestras na sala de espera na produção de conhecimento em pacientes portadores de insuficiência cardíaca [monografia]. Bahia: Faculdade de Medicina: Universidade Federal da Bahia; 2012.

121 Montañez WC, Arenas MO. Intervenciones educativas de enfermería en pacientes ambulatorios con falla cardiaca. Enferm. Global. [Internet]. 2013. [acesso em 06 de abril de 2018]; 12(31): 52-67. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000300004&lng=es.

122 Pedroso APO, Martins LCS, Almeida JS, Saccomann, ICRS. Conhecimento da doença em pacientes com insuficiência cardíaca. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 2013; 23 (3 Supl A):27-33.

123 Bertuzzi D, Souza EN, Moraes MA, Mussi C, Rabelo ER. The knowledge of patients with heart failure in the homecare context: an experimental study. Online Braz J Nurs [Periodic Online]. 2012 [cited 2019 April 6]; 11 (3):572-82 . Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3736

124 Davis KK. Disease specific knowledge, self-care, and health care ultilization in heart failure patients with mild cognitive impairment. [thesis]. United States: John Hopkins University; 2012.

125 Davis KK, Mintzer M, Dennison CRH, Hayat MJ, Rotman S. Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. Eur J Heart Fail. 2012;14(9):1041-9. DOI: 10.1093/eurjhf/hfs096

126 Kommuri NV, Johnson M L, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2012; 86(2):233-8. DOI: 10.1016/j.pec.2011.05.019.

127 Baker DW, DeWalt DA, Schillinger D, Hawk V, Ruo B, Bibbins-Domingo K, et al. “Teach to Goal”: Theory and Design Principles of an Intervention to Improve Heart Failure Self-Management Skills of Patients with Low Health Literacy. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:73-88. DOI: 10.1080/10810730.2011.604379.

128 Baker DW, Dewalt DA, Schillinger D, Hawk V, Ruo B, Bibbins-Domingo K, et al. The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. J Card Fail. 2011;17(10):789-96. DOI: 10.1016/j.cardfail.2011.06.374

129 Dilles A, Heymans V, Martin S, Droogné W, Denhaerynck K, De Geest Sabina. Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011;10(3):187-93. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2010.07.001

130 Aguado O, Morcillo C, Delas J, Rennie M, Bechich S, Schembari A, et al. Long-term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure. Heart & Lung. 2010; 39(6 Suppl):S14-22. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2010.04.010.

131 Freitas MTS, Püschel VAA. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. Rev Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 [acesso em 30 de novembro de 2017]; 47(4):922-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0922.pdf. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400021

132 Linhares JCC, Aliti GB, Castro RA, Silva ERR. Prescribing and Conducting Non-Pharmacological Management of Patients With Decompensated Heart Failure Admitted to a University Hospital Emergency. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2010 [cited 2017 November 20]. 18(6): 1145-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600015&lng=en

133 Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Ekman I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. J Cardiovasc Nurs. 2009; 24(4):308-15. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181a4be30

134 Hill C. Acute heart failure: too sick for discharge teaching? Crit Care Nurs Q. 2009; 32(2):106-11. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27ccd

135 Reilly CM, Higgins M, Smith A, Gary RA Robinson J, Clark PC, et al. Development, psychometric testing, and revision of the Atlanta heart failure knowledge test. J Cardiovasc Nurs. 2009; 24(6): 500–9. DOI:10.1097/JCN.0b013e3181aff0b0

136 Yehle KS, Sands LP, Rhynders PA, Newton GD. The effect of shared medical visits on knowledge and self-care in patients with heart failure: a pilot study. Heart & Lung. 38(1):25-33. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2008.04.004

137 Yera-Casas AM, Mateos-Higuera SDO, Ferrero-Lobo J, Páez-Gutiérrez TD. Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. Enferm Clin 2009; 19 (4) :191-8. DOI: 10.1016/j.enfcli.2008.11.003

138 Artalejo RF, Guallar-Castillon P, Montoto CO, Conde Herrera M, Carreno Ochoa C, Tabuenca M, et al. El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad

predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. Revista Clínica Española. 2008; 208 (6): 269-275. DOI: https://doi.org/10.1157/13123185

139 Kollipara UK, Jaffer O, Amin A, Toto KH, Nelson LL, Schneider R, et al. Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. The American Journal of Cardiology. 2008; 102(9):1212-5. DOI: 10.1016/j.amjcard.2008.06.047

140 Rodriguez KL, Appelt CJ, Switzer GE, Sonel AF, Arnold RM. "They diagnosed bad heart": a qualitative exploration of patients' knowledge about experiences with heart failure. Heart & Lung. 2008; 37(4):257-65. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2007.09.001

141 Albert NM, Buchsbaum R, Li J. Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. Patient Educ Couns.2007; 69(1-3):129-39. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.007

142 Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO, Gonzalez SB. Impact of nursing systematic education on disease knowledge and self-care at a heart failure clinic in Brazil: prospective an interventional study. Online Brazilian Journal of Nursing. [Internet] 2007 [cited 2019 24 Match 2019]. 6 (3). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1039/278

143 Juilliere Y, Trochu JN, Jourdain P, Roncalli J, Gravoueille E, Guibert H, et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the French I-CARE Project. International Journal of Cardiology. 2006; 113: 355 – 63. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2005.11.067

144 Linné AB, Liedholm H. Effects of an interactive CD-program on 6 months readmission rate in patients with heart failure - a randomized, controlled trial [NCT00311194]. BMC Cardiovascular Disorders. 2006; 6:30. DOI: 10.1186/1471-2261-6-30

145 Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. European Heart Journal. 2006; 27 (4): 434–40. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603

146 Aliti GB. Estratégias de Enfermagem para Educação de Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca: Estudo Randomizado Comparando Abordagem Individual versus Orientação em Grupo. [Internet]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [acesso em 09 de dezembro de 2017]. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstrem/handle/10183/8401/000575208.pdf?sequence=1

147 Arcand JA, Brazel S, Joliffe C, Choleva M, Berkoff F, Allard JP, et al. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. Am Heart J. 2005; 150(4):716 e1-716e5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.02.016

148 Baker DW, Asch SM, Keesey JW, Brown JÁ, Chan KS, Joyce G.et al. Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. J Card Fail. 2005; 11(6):405-13. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2005.03.010

149 Baker DW, Brown J, Chang KS, Dracup KA, Keeler EB. A telephone survey to measure communication, education, self-management, and health status for patients with heart failure: the Improving Chronic Illness Care Evaluation (ICICE). Journal of Cardiac Failure. 2005; 11 (1): 36-42. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2004.05.003

150 Caldwell MA, Peters KJ, Dracup KA. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. American Heart Journal. 2005; 150 (5): 983.e7-983.e12. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.08.005

151 Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005; 4(2):107-11. DOI: 10.1177/1474515113510810

152 Karlsson MR, Edner M, Henriksson P, Mejhert M, Persson H, Grut M, et al. A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. Patient Education and Couseling. 2005; 58 (2): 146-53. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.005

153 Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. Circulation. 2005; 111:179-85. DOI: 10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8

154 Lainscak M, Keber I. Validation of self-assessment patient knowledge questionnaire for heart failure patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005; 4: 269 – 72. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.04.010

155 Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Van Veldhuisen DJ. Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005; 4: 273 – 77. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.07.003

156 DeWalt DA, Pignone M, Malone R, Rawls C, Kosnar MC, George G, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. Patient Education and Counseling. 2004; 55(1):78-86. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.06.002

157 González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2004; 4: 61-9. DOI: 10.1016/S1474-5151Ž03.00129-4

158 Crowther M. Optimal management of outpatients with heart failure using advanced practice nurses in a hospital-based heart failure center. Clinical Practice. 2003; 15 (6): 260-5. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2003.tb00396.x

159 Gómez PG, Otero CM, Perera NR, Sánchez IG, Agudo P. Qué información tienen los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca sobre su tratamiento? Anales de medicina interna. 2003; 20 (2): 59-62. DOI: 10.4321/S0212-71992003000200002

160 Gorski LA, Johnson K. A disease management program for heart failure: collaboration between a home care agency and a care management organization. Lippincott's Case Management. 2003; 8 (6): 265-73.

161 Gwadry-Sridhar F, Guyatt GH, Arnold JM, Massel D, Brown J, Nadeau L, et al. Instruments to measure acceptability of information and acquisition of knowledge in patients with heart failure. The European Journal of Heart Failure. 2003; (5): 783–91. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(03)00158-2

162 Tracey J, Bramley D. The acceptability of chronic disease management programmes to patients, general practitioners and practice nurses. The New Zeland Medical Journal. 2003; 116 (1169): 1-8.

163 Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster SA, Gamble GD, Pearl A, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. The European Journal of Heart Failure. 2003; 5: 371-80. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(03)00039-4

164 Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange PM. Self-care behaviors among patients with heart failure. Heart & Lung. 2002; 31 (3): 161-72. DOI: https://doi.org/10.1067/mhl.2002.123672

165 Rogers A, Addington-Hall JM, McCoy AS, Edmonds PM, Abery AJ, Coats AJ.et al. A qualitative study of chronic heart failure patients' understanding of their symptoms and drug therapy. European Journal of Heart Failure. 2002; 4: 283-7. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(01)00213-6

166 Horan M, Barrett F, Mulqueen M, Maurer B, Quigley P, McDonald KM. The basics of heart failure management: are they being ignored? European Journal of Heart Failure. 2000; 2 101- 5. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(99)00073-2

167 Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy AS, Bulpitt C, Coats AJ, et al. A qualitative study of chronic heart failure patients' understanding of their symptoms and drug therapy. European Journal of Heart Failure. 2002; 4: 283- 7. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(01)00213-6

168 Heidenreich PA, Ruggerio CM, Massie BM. Effect of a home monitoring system on hospitalization and resource use for patients with heart failure. American Heart Journal. 1999; 138 (4): 633-40. DOI: https://doi.org/10.1016/S0002-8703(99)70176-6

169 Luniewski M, Reigle J, White B. Card sort: an assessment tool for the educational needs of patients with heart failure. American Journal of Critical. 1999; 8 (5): 297-302.

170 Linne AB, Liedholm H, Israelsson B. Effects of systematic education on heart failure patients' knowledge after 6 months: a randomised, controlled trial. European Journal of Heart Failure. 1999; 1: 219- 27. DOI: https://doi.org/10.1016/S1388-9842(99)00041-0

171 Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med. 1999; 159: 1613-1619.

172 Caldwell GG, Berg P, Pritchard C, Lewis JN. Quality improvement in the diagnosis and treatment of heart failure by participating Indiana and Kentucky hospitals. Evaluation & The health professions. 1998; 21 (4): 461-71.

173 Bushnell FK. Self-care teaching for congestive heart failure patients. Journal of Gerontological Nursing. 1992; 18 (10): 27-32.

174 American Heart Association (AHA). Heart Failure: Causes of heart failure. 2017 [Internet]. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/CausesAndRisksForHeartFailure/Causes-of-HeartFailure_UCM_477643_Article.jsp#.We5QQf5hnIU

175 American Heart Association (AHA). Heart Failure: Diagnosing heart failure. 2017 [Internet]. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/DiagnosingHeartFailure/Diagnosing-Heart-Failure_UCM_002047_Article.jsp#.WbMyT8iGOUk

176 Tang YD, Katz SD. Anemia in chronic heart failure: prevalence, etiology, clinical correlates, and treatment options. Circulation. 2006;113(20):2454-61. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.583666

177 Ministério da Saúde. Coração. [Internet] 2016. [acesso em 26 de outubro de 2017]. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-carministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21676-coracao

178 American Heart Association (AHA). Heart Failure: Diagnosing heart failure. - Common tests for heart failure. 2017 [Internet]. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/DiagnosingHeartFailure/Common-Tests-for-Heart-Failure_UCM_306334_Article.jsp#.We-21v6lzIU

179 Boyde M, Peters R. Education material for heart failure patients: what works and what does not? Curr. Heart Fail Rep. 2014; 11(3). DOI: 10.1007/s11897-014-0200-1

180 Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy AS, Bulpitt C, Coats A, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. BMJ; 2000; 321:605. DOI: 10.1136/bmj.321.7261.605

181 Barretto ACP et al. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2002 [acesso em 27 de novembro de 2017]; 79 (Suppl 4): 1-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2002001800001&lng=en DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2002001800001

182 Clayton BC, Stock YN. Farmacologia na prática de enfermagem. 15ª Edição. Editora Elsevier, 2012.

183 Sahade V, Montera VSP. Tratamento nutricional em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Nutr.[Internet] 2009 [acesso em 26 de novembro de 2017].22(3): 399-408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000300010&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000300010

184 Yabuta C, Cardoso E, Isosaki M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. Rev Bras. Nutr. Clin. 2003; 21(1):33 -7.

185 Mendes MA. Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2008.

186 Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez: revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et al.] – Porto Alegre: Artmed, 2015.

187 Dessotte CAM, Silva FS, Furuya RK, Ciol MA, Hoffman JM, Dantas RAS. Sintomas depressivos somáticos e cognitivos-afetivos entre pacientes com doença cardíaca: diferenças por sexo e idade. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(2):15. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0287.2544

188 Pena FM, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. Insuf.Card. [Internet]. 2011 [acesso em 27 de novembro de 2017]. (6) 4:170-78. Disponível em: http://www.insuficienciacardiaca.org/html/v6n4/body/v6n4a04_PG.htm

189 American Heart Association (AHA). Stress and Heart Health. 2017 [Internet]. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/StressManagement/HowDoesStressAffectYou/Stress-and-Heart-Health_UCM_437370_Article.jsp#.We_A7f6lzIU

190 Rodrigues SLL, Rodrigues RCM, São-João TM, Pavan RBB, Padilha KM, Gallani M-C. Impact of the disease: acceptability, ceiling and floor effects and reliability of an instrument on heart failure. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 [acesso em 26 de novembro de 2017]; 47(5): 1090-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501090&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500012

191 Blumenthal JÁ, Babyak MA,O'Connor C, Keteyian S, Landzberg J, Howlett J,et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. JAMA. 2012; 308: 465- 74.

192 Jayadevappa R, Johnson JC, Bloom BS, Sanford N, Desai S, Chhatre S, et al. Effectiveness of Transcendental Meditation on Functional Capacity and Quality of Life of African Americans with Congestive Heart Failure: A Randomized Control Study. Ethnicity and Disease [Internet]. 2007 [cited 2017 December 10]. 17: 72-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048830/pdf/nihms29698.pdf

193 While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. British Journal of Community Nursing. 2009; 14 (2): 54-9. DOI: 10.12968/bjcn.2009.14.2.3876

194 Pun S, Coates V, Benzie I. Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients and providers perspectives: literature review. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness. 2002; 1 (1): 4-19. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.01000.x

195 Oliveira SKP, Lima FET, Pessoa VLMP, Caetano JÁ, Meneses LST, et al. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Ciênc. Méd. [Internet]. 2013 [acesso em 23 de dezembro de 2017]. 22(1):23-30. Disponível em: http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1998/1756

196 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Espaço Saúde Respiratória: Oximetria de pulso [Internet]. 2017. [acesso em 27 de novembro de 2017]. Disponível em: https://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-oximetria-de-pulso

197 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Espaço Saúde Respiratória: Oxigenoterapia [Internet]. 2017. [acesso em 27 de novembro de 2017]. Disponível em: https://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-oxigenoterapia/

198 Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral Sociedade Brasileira de Clínica Médica Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional na Insuficiência Cardíaca Congestiva.[Internet]. 2011. [acesso em 26 de novembro de 2017]. Disponível em: http://www.diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_na_insuficiencia_cardiaca_congestiva.pdf

199 American Heart Association (AHA). Heart Failure: Lifestyle changes for heart failure. 2017 [Internet]. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/TreatmentOptionsForHeartFailure/Lifestyle-Changes-for-Heart-Failure_UCM_306341_Article.jsp#.We-3JP6lzIU

200 Barreto ACP, Ramires JAF. Insuficiência cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. 1998; 71 (4): 635-42. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X1998001000014

201 Rocha LA, Silva LF. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [acesso em 04 de outubro de 2017]. 11(3):484-93. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.html

202 Melo AS. Validação dos diagnósticos de enfermagem “disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes” [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2004.

203 Ferraz AS, Junior PY. Prescrição do exercício físico para pacientes com insuficiência cardíaca. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. [Internet]. 2006 [acesso em 05 de outubro de 2017]. 9 (1): 13- 33. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/09/Artigo_10_Prescricao_do_Exercicio.pdf

204 Carvalho VO. A escala de Borg como ferramenta de automonitorização e auto adaptação do esforço em pacientes com insuficiência cardíaca na hidroterapia e no solo: estudo randomizado, cego e controlado [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

205 Vasconcelos APS, Said HC, Oliveira IR, Marques PSL. Terapia ocupacional na reabilitação cardíaca: intervenção na insuficiência cardíaca congestiva - classe de funcionalidade III e IV. [monografia]. Lins: Unisalesiano; 2009.

206 Gonçalves A, Nunes L, Sapeta P. Controle da dispneia: estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio em um contexto de cuidados paliativos: revisão sistemática da literatura. [dissertação]. Portugal: Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2012.

207 Bosco R, Demarchi A, Rebelo FPV, Carvalho T. O efeito de um programa de exercício físico aeróbio combinado com exercícios de resistência muscular localizada na melhora da circulação sistêmica e local: um estudo de caso. Rev Bras. Med. Esporte.[Internet] 2014 [acesso em 1 de fevereiro de 2018]. 10 (1): 56-62. Disponível em: http://scielo.br/pdf/%0D/rbme/v10n1/05.pdf

208 Martinez JAB, Rodrigues HBO, Portelinha AM. Uma posição incomum para alívio postural da dispneia. J. Bras. Pneumol.[Internet] 2011 [acesso em 28 de novembro de 2017]. 37(6): 829-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000600020&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000600020.

209 American Heart Association (AHA). American Heart Association's Recommendations for Physical Activity in Adults. [Internet]. 2018 [cited 2018 February 1]. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@fc/documents/downloadable/ucm_469557.pdf.

210 Allida SM, Hayward CS, Newton PJ. Thirst in heart failure: what do we know so far? Curr Opin Support Palliat Care. 2018; 12(1):4-9. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000314

211 Yera-Casas AM, Mateos-Higuera SO, Ferrero-Lobo J, Páez-Gutiérrez TD. Evaluation of an educational intervention in elderly patients with heart failure performed by nurses using a standardized care plan. Enfermería Clínica; 2009; 19(4):191-8.

212 Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. Circ Heart Fail. 2008; 1(2):115-24. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870

213 American Heart Association (AHA). Heart Failure: Managing heart failure symptoms. [Internet]. 2017 [cited 2017 October 23]. Available from:: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/WarningSignsforHeartFailure/Managing-Heart-Failure-Symptoms_UCM_477708_Article.jsp#.WfEIbUle7IU

214 Van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? Eur J Heart Fail. 2005; 7(1):5-17. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.04.007

215 American Heart Association (AHA). Alcohol and Heart Health. [Internet]. 2015. [cited 2017 October 23]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/HealthyEating/Nutrition/Alcohol-and-Heart-Health_UCM_305173_Article.jsp#.We-0Bf6lzIU

216 Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAS, Silva CAR, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J. Bras. Pneumol [Internet]. 2004 [acesso em 24 de outubro de 2017]; 30 (Suppl 2): S1-S76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002

217 Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. [Internet] 2009 [cited 2017 November 27]; 24(6):485-97. Available from: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=nrs

218 Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: 5ª Ed. Editora Positivo.2014.

219 Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009;24(6):485-97. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0

220 Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagn Tratamento.[Internet]. 2009 [acesso em 25 de novembro de 2018]. 14(2):89-1. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf

221 Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. Rev Bras Med. [Internet]. 2006 [acesso em 25 de novembro de 2018]. 63(1/2): 42-6. Disponível em:

222 Melo RP. Resultado de enfermagem “Equilíbrio Hídrico” no pós-operatório de cirurgia cardíaca: análise do conceito e construção de definições operacionais. [tese] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.

223 Moreira RP, Araújo TL, Lopes MVO, Cavalcante TF, Guedes NG, Chaves ES, et al. Validação clínica do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. Rev Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37 (4): :e54688. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983- 1447.2016.04.54688

224 Souza RO. Definições operacionais para o resultado de enfermagem “Eficácia da Bomba Cardíaca” - subsídios para a construção de um instrumento. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2012.

225 Araújo JNM, Fernandes APNL, Silva AB, Moura LA, Ferreira Jr MA, Vitor AF. Clinical validation of fall prevention behavior in a hospital environment. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 24 de abril de 2019]. 71(4):1841-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0212

226 Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Healthy Information and Libraries Journal. 2009; 26: 91-108. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

227 Do TNP, Do QH, Cowie MR, Ha NB, Do VD, Do TH, et al. Effect of the Optimize Heart Failure Care Program on clinical and patient outcomes – The pilot implementation in Vietnam. IJC Heart & Vasculature. 2019; 22: 169-73. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2019.02.010

228 Awoke MS, Baptiste DL, Davidson P, Roberts A, Himmelfarb CD. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. Contemporary Nurse. 2019; 11: 1-12. DOI: 10.1080/10376178.2019.1568198

229 Kim J, An M, Heo S, Shin M. Attitudes toward advance directives and prognosis in patients with heart failure: a pilot study. 2019 [Epub ahead to print]. [cited 2019 May 16]. Available from: http://kjim.org/upload/kjim-2018-158.pdf. DOI: https://doi.org/10.3904/kjim.2018.158

230 Formiga F, Chivite D, Ortega C, Casas S, Ramón JM, Pujol R. End-of-life preferences in elderly patients admitted for heart failure. QJM. 2004; 97:803-8.

231 Araújo M, Neto IG, Abril R, Rodrigues R. Cuidados Paliativos nas Insuficiências de Órgão Avançadas. Medicina Interna, 2017; 24 (3): 228-34. DOI: 10.24950/rspmi/51/2017

232 Diaz LJR, Cruz DALM, Silva RCG. Resultados de enfermagem relacionados ao cuidador familiar: validação de conteúdo por expertos brasileiros e colombianos. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso de 19 maio de 2019]. 26(2):e4820015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-07072017000200301&lng=en&tlng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017004820015

233 Hardiker NR, Hoy D, Casey A. Standards for Nursing Terminology. Journal of the American Medical Informatics Association. 2000. 7 (6): 523–28. DOI: https://doi.org/10.1136/jamia.2000.0070523

234 Henry SB, Mead CN. Nursing classification systems-necessary but not sufficient for representing “What nurses do” for inclusion in computer-based patient record systems. J. Am. Med. Inform. Assoc. 1997; 4(3): 222–232. DOI: 10.1136/jamia.1997.0040222

235 Moss J, Damrongsak M, Gallichio K. Representing critical care data using the clinical care classification. Amia. Annu. Symp. Proc. [Internet] 2005 [cited 2019 May 30]: 545–49. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560509/pdf/amia2005_0545.pdf

236 Zielstorff R. Characteristics of a good nursing nomenclature from an informatics perspective. Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 1998 [cited 2019 May 19]. 3 (2). Available from: www.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol31998/no2sept1998/characteristicsofnomenclaturefrominformaticsperspective.aspx

237 Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs. Res. 1986; 35(6):382-85.

238 Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. Psychol Assess [Internet]. 1995 [cited 2019 May 23]. 7(3):238-247. Available from: http://personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Haynes_1995.pdf

239 Oh H, Moorhead S. Validation of the knowledge and self-management nursing outcomes classification for adults with diabetes. Comput. Inform. Nurs. 2019; 37(4):222-28. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000495

240 Albuquerque JG. Construção e validação das definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem vínculo mãe-bebê: estudo com mães de bebês de até 12 meses [tese].Fortaleza: Universidade de Pernambuco; 2014. [acesso em 09 de dezembro de 2015]. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12608

241 Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. Journal of Advanced Nursing. 2005; 51(2): 140-49. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03477.x

242 Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15, 1498-1508. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x

243 Ribas Jr RC, Moura MLS, Hutz CS. Brazilian adaptation of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Avaliação Psicológica [Internet]. 2004 [cited 2019 May 20]; 3(2), 83-92. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v3n2/v3n2a03.pdf

244 Farré N, Vela E, Clèries M, Bustins M, Cainzos-Achirica M, et al. Real world heart failure epidemiology and outcome: A population-based analysis of 88,195 patients. PLOS ONE. 2017; 12(2): e0172745. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172745

245 Nordgren L, Söderlund A. Received and needed social support in relation to sociodemographic and socio-economic factors in a population of people on sick leave due to heart failure. Esc. Heart Fail. 2017; 4(1): 46–55. DOI: 10.1002/ehf2.12121

246 Cirelli MA, Lacerda MS, Lopes CT, Lopes JL, Barros ALBL. Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. Archives of Psychiatric Nursing. 2018; 32 (2): 235-41. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.008

247 Souza EM, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Silva LB, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. European Journal of Heart Failure. 2014; 16: 1002-08. DOI: https://doi.org/10.1002/ejhf.125

248 Jani BD, Mair FS, Roger VL, Weston SA, Jiang R, et al. Comorbid Depression and Heart Failure: A Community Cohort Study. PLoS ONE.[Internet]. 2016 [2019 May 20]. 11(6): e0158570. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0158570&type=printable. DOI:10.1371/ journal.pone.0158570

249 Mahramus TL, Penoyer DA, Sole ML, Wilson D, Chamberlain L, Warrington W. Clinical nurse specialist assessment of nurses' knowledge of heart failure. Clin. Nurse Spec. 2013; 27(4):198-204. DOI: 10.1097/NUR.0b013e3182955735

250 Delaney C, Apostolidis B, Lachapelle L, Fortinsky R. Home care nurses' knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure. Heart & Lung. 2011; 40 (4): 285-92. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.12.005

251 Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States- A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation. 2013; 6(3): 606-19. DOI: https://doi.org/10.1161/HHF.0b013e318291329a

252 Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, et al. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [acesso de 22 maio de 2019]; 8(2): e65885. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200410&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885

253 Galdeano LM. Validação clínica do DE "Conhecimento deficiente" em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

254 Crespillo-García E, Rivas-Ruiz E, Fernández PC, Munõz GC, Suárez EA. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calid. Asist. 2013;28(1):56-62. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.009

255 Chen AMH, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL Murawski MM, et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2014; 10 (2): 378–86. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.07.001

256 Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2006 [acesso em 22 de maio de 2019]. 40(4):712-9. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n4/712-719/pt

257 Valle EA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini-Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2009 [acesso em 22 maio 2019]. 25 (4): 918-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/23.pdf

258 Almeida OP, Tamai S. Congestive heart failure and cognitive functioning amongst older adults. Arq. Neuro-Psiquiatr.[Internet]. 2001 [acesso em 22 maio de 2019]. 59(B): 324-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000300003&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000300003

259 Fraser KS, Heckman GA, McKelvie RS, Harkness K, Middleton LE, Hughson RL. Cerebral hypoperfusion is exaggerated with an upright posture in heart failure: impact of depressed cardiac output. JACC Heart Fail. 2015;3(2):168-75. DOI: 10.1016/j.jchf.2014.07.017

260 Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nature.[Internet]. 2016 [cited 2019 May 22]. 13: 368-78. Available from: https://www.nature.com/articles/nrcardio.2016.25.pdf. DOI: 10.1038/nrcardio.2016.25

261 Carapetis JR, Beaton A, Cunningham MW, Guilherme L, Ganesan K, Mayosi BM, et al. Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Nature Reviews Disease Primers. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 27]. 2 (Epub). Available from: https://www.nature.com/articles/nrdp201584.pdf. DOI:10.1038/nrdp.2015.84

262 Zuchinali P, Souza GC, Pimentel M, Chemello D, Zimerman A, et al. Short-term Effects of High-Dose Caffeine on Cardiac Arrhythmias in Patients With Heart Failure A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 27]. 176(12):1752-9. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.6374

263 Jorge AL, Rosa ML, Martins WA, Correia DM, Fernandes LC, Costa JÁ, et al. The prevalence of stages of heart failure in primary care: a population-based study. J Card. Fail. 2016;22(2):15. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2015.10.017

264 Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. Rev. Bras. Enferm.[Internet] 2018 [acesso em 22 de maio de 2019]. 71(6): 2604-11. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202604&lng=en. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480

265 Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiade M, et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. Arch Intern Med.[Internet]. 2008 [cited 2019 May 22]. 168(8):847–54. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414564 DOI: 10.1001/archinte.168.8.847

266 Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, Ahmed A, Fonarow GC, Boxer R, et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. Circ. Heart Fail. 2015;8:655–687. DOI: 10.1161/HHF.0000000000000005

267 Karlsson MR, Edner M, Henriksson P, Mejhert M, Persson H, Grut M, et al. A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. Patient Educ. Couns. 2005; 58(2):146–53. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.005

268 Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia.[Internet]. 2006 [acesso em 23 de maio de 2019] 4(1): 65-90. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706

269 Nayor M, Vasan RS. Preventing heart failure: the role of physical activity. Current Opinion Cardiol. 2015, 30:543–550. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000206

270 Koul PA, Ali S, Mir H, Ahmad SJ, Bhat AS, Bhat MA. Influenza vaccination in north Indian patients with heart failure. Indian Heart Journal. 2017; 69 (1): 28-31. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ihj.2016.07.012

271 Reichert TA, Simonsen L, Sharma A, Pardo SA,Fedson DS, Miller MA. Influenza and the winter increase in mortality in the United States, 1959–1999. Am J Epidemiol. 2004;160: 492-502. DOI: https://doi.org/10.1093/aje/kwh227

272 Modin D, Jørgensen ME, Gislason G, Jensen JS, Køber L, Claggett B, et al. Influenza Vaccine in Heart Failure. Circulation. [Internet]. 2019 [cited 2019 May 23] 29;139(5):575-86. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036788

273 Heisler M, Halasyamani L, Cowen ME, Davis MD, Resnicow K, Strawderman RL, et al .Randomized controlled effectiveness trial of reciprocal peer support in heart failure. Circ Heart Fail. 2013; 6 (2): 246-53. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000147

274 Rundblad L, Zwisler AD, Johansen PP, Holmberg T, Schneekloth N, Giraldi A. Perceived Sexual Difficulties and Sexual Counseling in Men and Women Across Heart Diagnoses: A Nationwide Cross-Sectional Study. J Sex Med. 2017; 14 (6):785-796. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.04.673

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DE REVISÃO DE ESCOPO

Título	Autores	Periódico	País de publicação	Ano de Publicação	Idioma de publicação	Local de realização do estudo	Objetivos	Método	Atributos	Definições dos atributos identificadas
									Atributo A1	Definição A1
									Atributo A2	Definição A2

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS E DAS QUESTÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Prezado (a) enfermeiro (a),

Este instrumento de coleta de dados integra a etapa de validação das definições conceituais e operacionais e dos itens relacionados aos indicadores do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" de um estudo que tem como objetivo validar tais indicadores.

Por favor, preencha os dados de caracterização demográfica e acadêmica/profissional (parte A). Não deixe nenhuma resposta em branco. A parte B de validação das definições conceituais e operacionais e das questões sobre a importância dos indicadores será preenchida em reuniões a serem realizadas com outros membros do grupo de pesquisa DIREnf.

Muito obrigada,

Natany da Costa Ferreira

Parte A: Caracterização demográfica e acadêmica/profissional

Sexo Feminino ( ) Masculino ( ) Idade (em anos completos) _____

Tempo de experiência profissional (em anos completos) _____

Tempo de experiência no ensino de enfermagem em cardiologia ou cardiovascular e em classificações de enfermagem (em anos completos) ____

Maior titulação acadêmica	( ) Graduação	( ) Especialização	( ) Pós Doutorado
	( ) Mestrado	( ) Doutorado	

Experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular ( ) sim ( ) não

Tempo de experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular (em anos completos) ____

Área de atuação profissional (pode assinalar mais de uma alternativa)	( ) Ensino	( ) Pesquisa	( ) Assistência

Experiência no uso do processo de enfermagem	( ) Nenhuma	( ) Pouca	( ) Nem muito, nem pouca	( ) Muita
Experiência no uso de linguagem padronizada	( ) Nenhuma	( ) Pouca	( ) Nem muito, nem pouca	( ) Muita
Experiência no uso de resultados da NOC na assistência, no ensino ou na pesquisa	( ) Nenhuma	( ) Pouca	( ) Nem muito, nem pouca	( ) Muita

Artigos publicados sobre classificações de enfermagem em revistas de referência ( ) sim ( ) não

Periódico em que publicou: _____

Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular ( ) sim ( ) não

Parte B: Validação das definições conceituais e operacionais e das questões sobre a importância dos indicadores do resultado "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Nessa parte, você deverá avaliar as definições conceituais e operacionais e as questões sobre a importância dos indicadores do resultado "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" em reuniões a serem realizadas com o grupo de pesquisa DIREnf conforme contato eletrônico realizado pela pesquisadora previamente.

Para fazer seu julgamento, por favor, considere:

1) a definição do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC): "alcance da compreensão transmitida sobre insuficiência cardíaca, seu tratamento e a prevenção de exacerbações";

2) que a definição conceitual deve descrever o significado teórico ou abstrato do indicador;[1**]

3) que a definição operacional (DO) descreve comportamentos físicos por meio dos quais o indicador se expressa; isto é, fornece a informação ***do que*** será medido e de ***como*** a medida será realizada**.

4) que a questão deve captar a percepção dos pacientes acerca da importância de cada indicador.

Você deverá avaliar as definições conceituais e as questões sobre importância de acordo com os critérios de simplicidade e clareza. As definições operacionais deverão ser avaliadas de acordo com os critérios simplicidade, clareza, comportamental, precisão e amplitude. Veja as definições desses critérios no quadro a seguir**.

[1**] Pasquali, L. (2010). Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed.

Simplicidade	A definição expressa uma única ideia
Clareza	A definição é inteligível para todos os indivíduos
Comportamental	A definição expressa um comportamento, não uma abstração ou construto
Precisão	A definição permite distinguir o indicador dos demais
Amplitude	A definição discrimina indivíduos de diferentes níveis de magnitude do indicador

Para sua avaliação, você deverá considerar uma escala de 3 pontos, na qual (-1) discordo totalmente; (0) não discordo, nem concordo; (1) concordo totalmente. Quando assinalar "(-1) discordo totalmente" ou "(0) não discordo, nem concordo", por favor, forneça uma justificativa, dizendo o que você alteraria ou quais são suas sugestões para melhorar as definições de modo que elas satisfaçam os critérios analisados.

Código do indicador- Nome do indicador **Definição conceitual:**	
Simplicidade (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Clareza (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Definição operacional:	
Simplicidade: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Clareza: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Comportamental: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Precisão: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Amplitude: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, respondeu -1 ou 0):
Questão relacionada à importância do indicador:	
Simplicidade: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):
Clareza: (-1) (0) (+1)	Sugestões (necessárias, se respondeu -1 ou 0):

*****Ao todo foram 59 indicadores

APÊNDICE C- CARTA CONVITE AOS EXPERTOS PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS E QUESTÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Prezado (a) enfermeiro (a),

Esta carta tem a finalidade de convidá-lo (a) para participar como experto da etapa de validação das definições conceituais e operacionais e das questões sobre a importância dos indicadores de um resultado de enfermagem do projeto de pesquisa Validação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" (1835). Trata-se do meu projeto de doutorado direto, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Rita de Cassia Gengo e Silva, e tem como objetivo validar o referido resultado de enfermagem.

Se aceitar este convite, você receberá o instrumento de caracterização demográfica e acadêmica/profissional. Por favor, peço que o instrumento preenchido para o seguinte endereço de e-mail: natany.ferreira@usp.br

O prazo para devolução será de 15 dias. Dentro deste prazo você receberá por SMS datas das reuniões presenciais a serem realizadas com demais expertos a modo de validar as definições e as questões sobre a importância dos indicadores desse resultado de enfermagem. Caso não possa comparecer a alguma reunião, peço que comunique por e-mail o mais breve possível.

Agradeço sua valiosa colaboração.

Natany da Costa Ferreira

Aluna de Doutorado Direto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto

Escola de Enfermagem da USP

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA DE ANÁLISE PRELIMINAR DOS PROVÁVEIS NOVOS INDICADORES DO RE "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Iniciais do experto: _____

1. Título do provável novo indicador: Curso usual da doença

Atributos identificados na revisão de escopo	Prognóstico da doença, Gravidade da doença	
Definição conceitual validada	O indivíduo reconhece a evolução da insuficiência cardíaca com base no diagnóstico médico	
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito sobre a expectativa de vida, cronicidade, diretivas avançadas e os programas de reabilitação da insuficiência cardíaca	
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer a evolução da insuficiência cardíaca com base no diagnóstico médico?	
Pergunta	**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

2. Título do provável novo indicador: Conceito da doença

Atributos identificados na revisão de escopo	Prognóstico da doença, Gravidade da doença
Definição conceitual validada	O indivíduo define o que é a insuficiência cardíaca
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito de que insuficiência cardíaca é uma condição na qual o coração não consegue bombear sangue suficiente de acordo com as necessidades do corpo
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer o que é a insuficiência cardíaca?

Pergunta	SIM	NÃO
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

3. Título do Indicador: Ações para promover a morte digna

Atributos identificados na revisão de escopo	Cuidados de vida avançados, Diretivas avançadas
Definição conceitual validada	O indivíduo reconhece as ações para promover a dignidade no término da vida
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito das ações para promover a dignidade no término da vida (diretivas avançadas, modelo de cuidado, atenção espiritual, resolução de conflitos, perdão ou outros)
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer as ações para promover a dignidade no término da vida?

Pergunta	SIM	NÃO
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

4. Título do provável novo indicador: Estratégias para controlar pressão arterial

Atributos identificados na revisão de escopo	Monitorização da pressão arterial, Controle da pressão arterial	
Definição conceitual validada	O indivíduo reconhece os métodos para o controle do aumento da pressão arterial	
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito dos métodos de controle da pressão arterial como aferir e registrar com frequência a pressão arterial e comunicar profissional de saúde se valores acima de 140 X 90 mmHg	
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer os métodos para o controle do aumento da pressão arterial?	
Pergunta	**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

5. Título do Indicador: Consultas recomendadas com profissionais de saúde

Atributos identificados na revisão de escopo	Visitas regulares a fornecedores de cuidados e Seguimento médico regular
Definição conceitual validada	O indivíduo reconhece a importância de ser acompanhado frequentemente por profissionais de saúde por meio de consultas agendadas durante tratamento da insuficiência cardíaca
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito sobre acompanhamento frequente com profissionais de saúde, com ciência sobre como contatá-los para acompanhamento, para apresentar novas informações e/ou relatar piora dos sintomas
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer sobre o acompanhamento frequente por profissionais de saúde por meio de consultas agendadas durante tratamento da insuficiência

	cardíaca?	
Pergunta	**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

6. Título do Indicador: Nome correto dos medicamentos prescritos

Atributos identificados na revisão de escopo	Nome correto dos medicamentos e Identificação do nome correto dos medicamentos	
Definição conceitual validada	O indivíduo lista o nome dos medicamentos em uso	
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito do nome dos medicamentos em uso (furosemida, digoxina, atenolol ou outros)	
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer o nome dos medicamentos em uso?	
Pergunta	**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?		
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?		
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?		
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

7. Título do Indicador: Administração correta dos medicamentos prescritos

Atributos identificados na revisão de escopo	Descrição da administração correta dos medicamentos, Ingestão de medicamentos de forma adequada e Descrição da dosagem correta dos medicamentos		
Definição conceitual validada	O indivíduo lista o uso correto dos medicamentos prescritos		
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito de como usar os medicamentos prescritos (via de administração, horário e dose)		
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você saber usar corretamente os medicamentos prescritos?		
Pergunta		**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?			
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?			
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?			
4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?			
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?			
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?			
Sugestões dos experto:			

8. Título do Indicador: Causas da reinternação

Atributos identificados na revisão de escopo	Motivos de reinternação e Motivos de rehospitalização		
Definição conceitual validada	O indivíduo reconhece as causas das rehospitalizações durante o tratamento da insuficiência cardiaca		
Definição operacional validada	Relato verbal ou escrito dos motivos de rehospitalizações como edema pulmonar ou desconforto respiratório na posição sentada, saturação de oxigênio arterial < 90%, ou outros		
Questão para paciente validada	O quanto é importante para você conhecer as causas das rehospitalizações durante o tratamento da insuficiência cardiaca?		
Pergunta		**SIM**	**NÃO**
1. O rótulo do provável novo indicador é adequado para designar os atributos identificados na revisão de escopo?			
2. O rótulo do provável novo indicador expressa uma única ideia?			
3. O rótulo do provável novo indicador é claro?			

4. O rótulo do provável novo indicador expressa um estado, comportamento ou percepção?		
5. O rótulo do provável novo indicador expressa um conceito diferente de outros indicadores deste resultado de enfermagem?		
6. Este provável novo indicador pode ser mensurado?		
Sugestões dos experto:		

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS EXPERTOS NA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Prezado (a) enfermeiro (a),

Este instrumento de coleta de dados integra a etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca" de um estudo que tem como objetivo validar tais indicadores.

Por favor, preencha os dados de caracterização demográfica e acadêmica/profissional (parte A) e de validação de conteúdo (parte B). Não deixe nenhuma resposta em branco.

Muito obrigada,

Natany da Costa Ferreira

Parte A: Caracterização demográfica e acadêmica/profissional

Sexo Feminino ( ) Masculino ( ) Idade (em anos completos) _____

Tempo de experiência profissional (em anos completos) _____

Tempo de experiência no ensino de enfermagem em cardiologia ou cardiovascular e em classificações de enfermagem (em anos completos) ____

Maior titulação acadêmica ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Pós Doutorado ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular ( ) sim ( ) não

Tempo de experiência em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular (em anos completos) _____

Área de atuação profissional (pode assinalar mais de uma alternativa) ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Assistência

Experiência no uso do processo de enfermagem ( ) Nenhuma ( ) Pouca ( ) Nem muito, nem pouca ( ) Muita

Experiência no uso de linguagem padronizada ( ) Nenhuma ( ) Pouca ( ) Nem muito, nem pouca ( ) Muita

Experiência no uso de resultados da NOC na assistência, no ensino ou na pesquisa ( ) Nenhuma ( ) Pouca ( ) Nem muito, nem pouca ( ) Muita

Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa em enfermagem em cardiologia ou cardiovascular ( ) sim ( ) não

Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa em processo de enfermagem ou linguagem padronizada em enfermagem ( ) sim ( ) não

Parte B: Validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Nessa parte, você deverá avaliar o quão relevante os indicadores são para indicar a presença do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". Na lista abaixo, há indicadores da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e outros que foram identificados por meio de revisão de escopo.

Para fazer seu julgamento, por favor, considere:

1) a definição do resultado de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC): "alcance da compreensão transmitida sobre insuficiência cardíaca, seu tratamento e a prevenção de exacerbações"[2*]

2) as definições operacionais que descrevem comportamentos por meio dos quais o indicador se expressa**. As definições conceituais e operacionais estão sendo fornecidas apenas para auxiliar no seu julgamento. É importante ressaltar que seu julgamento não se refere às definições, mas à pertinência do indicador para sugerir a presença do resultado.

3) a definição do resultado de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC): "alcance da compreensão transmitida sobre insuficiência cardíaca, seu tratamento e a prevenção de exacerbações" [1*]

4) a definição de pertinência adotada neste estudo: grau em que o indicador é consistente com o resultado***

Para cada indicador será oferecido um espaço para que você registre suas sugestões.

[1*] Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

** Pasquali, L. (2010). Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed.

***PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição Especial

No final deste instrumento, você encontrará espaço para sugerir a inclusão de indicadores.

Por favor, considerando uma escala de 5 pontos, marque com um “X” a casela que corresponde ao seu julgamento sobre o quão pertinente cada indicador é para avaliar o resultado “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”, sendo: “1= não pertinente”; “2= pouco pertinente”; “3=moderadamente pertinente”; “4= muito pertinente” e “5- extremamente pertinente”.

183501- Causas e fatores contribuintes	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos principais fatores etiológicos da insuficiência cardíaca (doença arterial coronariana, hipertensão arterial, anormalidades nas valvas cardíacas, ou outros)					
Sugestões:					

183502- Sinais e sintomas da doença precoces	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas iniciais da insuficiência cardíaca (falta de ar, tosse persistente, edema, ou outros)					
Sugestões:					

183503- Benefícios do controle da doença	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de vantagens do controle da doença (diminuição das crises de descompensação da doença, do número de readmissões hospitalares, além da melhora na qualidade de vida ou outros)					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a finalidade dos exames diagnósticos para o manejo da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da finalidade dos testes diagnósticos (exames laboratoriais, clínicos, de imagem, ou outros) no manejo da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183504- Ações básicas do coração	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve a principal função do coração					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de que o coração bombeia sangue para todo o corpo					
Sugestões:					

183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece que o estresse físico e o emocional como fatores que podem agravar o quadro de insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de como o estresse físico e o emocional podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais (depressão, ansiedade, perda de autocontrole, convívio familiar e social, ou outros)					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183543- Sinais e sintomas da depressão	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica os sinais e sintomas da depressão					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas da depressão (fadiga, perda do apetite, perda de peso, ou outros)					
Sugestões:					

183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado (dispneia e/ou do aumento da frequência cardíaca, tosse, hipotensão arterial ou outros)					
Sugestões:					

183532- Efeitos no estilo de vida	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece mudanças no estilo de vida decorrentes da doença					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das mudanças no estilo de vida (hábito alimentar, ingestão de líquidos, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, alteração de padrão de sono e repouso, de comportamento, sexualidade ou outros) decorrentes da doença					
Sugestões:					

183534- Efeitos na sexualidade	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual decorrentes da doença					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual (relação íntima com parceiro ou pessoa significativa, mudanças na libido, manutenção do ato sexual, ou outros) decorrentes da doença					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183539- Barreiras ao autocuidado	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os fatores que dificultam o autocuidado					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de fatores que dificultam o autocuidado (conhecimento insuficiente da doença, dificuldade econômica, ou outros)					
Sugestões:					

183540- Estratégias para controlar a dispneia	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a dispneia					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de diuréticos, dieta hipossódica, restrição hídrica, ou outros) para evitar ou aliviar a dispneia					
Sugestões:					

183541- Estratégias para controlar a taquicardia	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a taquicardia					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração ou outros) para evitar ou aliviar a taquicardia					
Sugestões:					

183542- Estratégias para controlar o edema	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar o edema					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, dieta hipossódica, restrição hídrica, ou outros) para evitar ou aliviar o edema					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183515- Estratégias para controlar a ansiedade	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a ansiedade					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração, ou outros) para evitar ou aliviar a ansiedade					
Sugestões:					

183516- Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os tratamentos para melhorar a função do coração.					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre os tratamentos farmacológicos (digitálicos, inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), betabloqueadores, inotrópicos ou outros) e não farmacológicos (controle hídrico, dieta, atividade física, cessação de tabagismo ou outros) para melhorar a função do coração.					
Sugestões:					

183548- Atividade física recomendada	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica a prática da atividade física recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de que a prática de atividade física recomendada por profissionais de saúde (atividade aeróbica de intensidade moderada no mínimo 30 minutos por dia, atividade física vigorosa no mínimo 3 vezes na semana por 25 minutos) é parte do tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183551- Dieta prescrita	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve as recomendações da sua dieta em função da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da dieta recomendada por profissional de saúde (em termos de controle da ingestão de sódio, quantidade de carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, álcool e suplementos nutricionais) para o tratamento da insuficiência cardíaca					

Natany da Costa Ferreira

Sugestões:					
183552- Ingestão recomendada de líquidos	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve as recomendações da quantidade de líquidos que deve ser ingerida diariamente em função da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da quantidade de líquidos recomendada por profissional de saúde para o tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183527- Efeitos terapêuticos do medicamento	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os efeitos desejados dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de efeitos esperados dos medicamentos (melhora da capacidade funcional, de palpitação. taquicardia, edema ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183528- Efeitos colaterais do medicamento	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os efeitos não intencionais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos efeitos não intencionais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183529- Efeitos adversos do medicamento	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os efeitos prejudiciais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos efeitos prejudiciais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais,					

cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					
183532- Técnicas de auto monitoramento	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 Extrema-mente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as formas de monitorar a própria doença					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do que deve fazer para acompanhar a evolução da insuficiência cardíaca (peso diário, quantidade de sal na dieta e dos líquidos ingeridos, verificação do edema em tornozelos ou outros)					
Sugestões:					

183556- Como utilizar a oximetria de pulso	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve como utilizar oxímetro de pulso					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de como colocar oxímetro de pulso no dedo, realizar leitura e interpretar os resultados					
Sugestões:					

183557- Uso correto do oxigênio	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve o uso correto de oxigênio suplementar					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de como usar dispositivos ventilatórios para ofertar oxigênio suplementar					
Sugestões:					

183536- Grupos de apoio disponíveis	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece a existência de grupos de suporte para o tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre a disponibilidade de grupos de apoio como fonte de informação e meio de compartilhar experiências e vivências entre pacientes, familiares ou profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde (piora dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, dúvidas, consultas regulares a profissionais de saúde ou outras)					
Sugestões:					

183544- Aconselhamento disponível para depressão	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 Moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a existência do acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão.					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de que sabe da existência do acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão					
Sugestões:					

183533- Adaptações do desempenho de papel	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de comportamento e expressão nos contextos sociais					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, no desempenho de papéis sociais (de mãe/pai, filho/a, esposo/a, ou outros)					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183559- Adaptações para viagens	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários em sua rotina para realizar deslocamentos de curta, média, longa distância e duração, decorrentes da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários para realizar deslocamentos (preparo para o trajeto, seleção de destinos e meios de transporte, ou outros) decorrentes da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183535- Adaptações para desempenho sexual	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de sexualidade ou na função sexual					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários na vida sexual (frequência de relações sexuais, escolha do tipo de sexo, posicionamento, esforço durante o ato sexual, ou outros) decorrentes da insuficiência cardíaca					
Sugestões:					

183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações clínicas da insuficiência cardíaca progressiva					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas do avanço da insuficiência cardíaca (piora da capacidade funcional, aumento da dispneia, piora do padrão de sono/repouso, ou outros)					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183538- Sinais e sintomas de complicações	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica as alterações no sistema cardiovascular ou em outros sistemas corporais como decorrentes das mudanças fisiopatológicas do coração ou do tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das complicações da insuficiência cardíaca (lesão renal aguda, choque, arritmia, ou outros)					
Sugestões:					

183507- Sinais e sintomas de anemia	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações de anemia					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das manifestações de anemia como dispneia, fadiga, intolerância ao exercício físico, ou outros					
Sugestões:					

183545- Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 Moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as ações necessárias para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das ações para promover a estabilidade das funções vitais dos órgãos (controle da ingestão de sal e água, pesagem diária, verificação de edema, ou outros)					
Sugestões:					

183517- Estratégia para promover a circulação periférica	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para promoção da circulação periférica					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos de promoção da circulação periférica (uso de meias elásticas compressivas, realização de					

exercícios ativos e passivos em membros, evitar o uso de roupas apertadas, ou outros)
Sugestões:

183546- Benefícios do descanso adequado	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das vantagens de incluir períodos de descanso na sua rotina diária (recuperação da energia fisiológica e psicológica)					
Sugestões:					

183547- Benefícios do exercício regular	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens de realizar exercício físico habitualmente					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das vantagens de realizar exercício físico habitualmente (controle de fatores de risco cardiovascular, melhora da capacidade funcional, da habilidade para realizar as atividades de vida diária, ou outros)					
Sugestões:					

183549- Estratégias de prevenção do esforço excessivo	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para evitar esforço físico acima do tolerado.					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos para evitar esforço físico acima do tolerado (planejamento das atividades, adaptação de espaço físico, ou outros)					
Sugestões:					

Natany da Costa Ferreira

183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia (inclusão de períodos de descanso na rotina, planejamento e adaptação das atividades diárias, ou outros)					
Sugestões:					

183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 Moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para aumentar a capacidade de resistir às ações patogênicas de organismos					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos para aumentar a capacidade de resistir às infecções (ingestão suficiente de nutrientes, realização de atividade física, imunizações, sono e repouso, ou outros)					
Sugestões:					

183550- Imunizações recomendadas	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a imunização recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca (Influenza e Pneumococos)					
Sugestões:					

183524- Fatores que contribuem para mudança de peso	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve os fatores que contribuem para mudança do peso corporal no contexto da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de fatores que contribuem para mudanças de peso corporal (retenção de líquido, mudanças no apetite, náuseas ou outros)					
Sugestões:					

183525- Estratégias para controle do peso	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 Moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal no contexto da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal (pesagem diária, controle de líquidos, manejo de diuréticos, ou outros)					
Sugestões:					

183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 Moderada-mente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para melhorar a adesão à dieta recomendada					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos para melhorar a adesão a dieta recomendada (adição de temperos naturais em substituição ao cloreto de sódio, aparência da preparação, temperatura adequada dos alimentos, ou outros)					
Sugestões:					

183553- Importância da abstinência do tabaco	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a importância de se privar do tabaco					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da importância de se privar do tabaco					
Sugestões:					

183554- Estratégias para cessação do tabagismo	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para cessação do tabagismo					

Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos métodos para cessação do tabagismo (sabe onde buscar ajuda, estratégias farmacológicas ou não farmacológicas)					
Sugestões:					
183555- Importância da restrição do álcool	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a importância do consumo limitado de álcool					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da importância de limitar o consumo de álcool					
Sugestões:					

183558- Risco associado a viagens	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca, relacionadas aos deslocamentos de curta, média, longa distância e duração					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca (complicações, agudização da doença, barreiras para o autocuidado e adesão ao tratamento, ou outros)					
Sugestões:					

Novo indicador- Curso usual do processo de doença	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a evolução habitual da insuficiência cardíaca					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da evolução da insuficiência cardíaca (doença crônica, com períodos alternados de melhora e piora dos sintomas e que pode se tornar refratária ao tratamento)					
Sugestões:					

Novo indicador- Identificação do nome dos medicamentos em uso	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo identifica o nome dos medicamentos em uso.					

Definição operacional: Relato verbal ou escrito do nome dos medicamentos em uso (furosemida, digoxina, atenolol ou outros)
Sugestões:

Novo indicador- Uso correto dos medicamentos prescritos	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo descreve o uso correto dos medicamentos prescritos					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de como usar os medicamentos prescritos (via de administração, horário e dose)					
Sugestões:					

Novo indicador- Ações para promover a morte digna	**Pertinência**				
	( ) 1 não pertinente	( ) 2 pouco pertinente	( ) 3 moderadamente pertinente	( ) 4 muito pertinente	( ) 5 extremamente pertinente
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as ações para promover a dignidade no término da vida					
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das ações para promover a dignidade no término da vida (diretivas avançadas, modelo de cuidado, atenção espiritual, ou outros)					
Sugestões:					

Se você tiver sugestão de novos indicadores, por favor, preencha o quadro abaixo (um quadro para cada novo) indicador

Nome do indicador:
Definição conceitual:
Definição operacional:

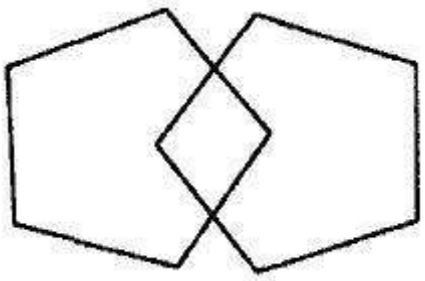
APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PACIENTES NA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Iniciais: _____RGHC: _____

Parte A- Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Pacientes

- **Capacidade cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)**

Orientação temporal (pergunte ao indivíduo; dê um ponto para cada resposta correta)		
Que dia é hoje?	( ) acertou	( ) errou
Em que mês estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que ano estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que dia da semana estamos?	( ) acertou	( ) errou
Qual a hora aproximada (considere a variação de mais ou menos uma hora)?	( ) acertou	( ) errou
Orientação espacial (pergunte ao indivíduo; dê um ponto para cada resposta correta)		
Em que local estamos?(consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)	( ) acertou	( ) errou
Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	( ) acertou	( ) errou
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	( ) acertou	( ) errou
Em que cidade nós estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que Estado nós estamos?	( ) acertou	( ) errou
Memória imediata (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros)		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo		
( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	( ) 3 acertos
Cálculo (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir)		
Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria?	( ) 93	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 86	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 79	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 72	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 65	( ) errou
Evocação das palavras (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente)		

Por favor, quais foram as três palavras que pedi para repetir?		
( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	( ) 3 acertos
Nomeação (dê 1 ponto para cada acerto)		
Como é o nome: apontar para uma caneta e para um relógio		
( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	
Repetição (dê 1 ponto somente se a repetição for perfeita)		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá		
( ) acertou	( ) errou	
Comando (dê 1 ponto para cada acerto; se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		
Pegue este papel com a mão direita	( ) acertou	( ) errou
Dobre-o ao meio	( ) acertou	( ) errou
Coloque-o no chão	( ) acertou	( ) errou
Leitura (dê 1 ponto somente se o sujeito ler a frase e fizer o que está sendo solicitado; não auxilie se pedir ajuda, ou se apenas ler a frase e não realizar a tarefa)		
Mostre o papel com a frase "Feche os olhos"		
( ) acertou	( ) errou	
Frase (dê 1 ponto se a frase estiver completa, com início, meio e fim – não considere os erros gramaticais; se o sujeito não compreender, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer)		
( ) acertou	( ) errou	
Cópia de desenho (dê 1 ponto somente se houver dois pentágonos interseccionados, isto é, 10 ângulos, formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos)		
Mostre a figura 	**Peça para copiar a figura**	
( ) acertou	( ) errou	
Pontuação total no MEEM:		

Não incluir o participante, se: ≤ 20 pontos para analfabetos; ≤ 25 pontos, se 1 a 4 anos de escolaridade; ≤ 26,5 pontos, se 5 a 8 anos de escolaridade; ≤ 28 pontos, se 9 a 11 anos de escolaridade; ≤ 29 pontos, se 11 ou mais anos de escolaridade

- **Variáveis sociodemográficas e clínicas**

Sexo	Feminino ( )	Masculino ( )	Idade: _____	Anos de estudo: _____	
Estado Civil	Solteiro ( )	Casado ( )	Divorciado ( )	Viúvo ( )	
Renda familiar	_____ SM				
Naturalidade	Norte ( )	Nordeste ( )	Centro-Oeste ( )	Sul ( )	Sudeste ( )
	Outro país, qual: _____				
Há quantos anos sabe que tem IC?_____			**FEVE**	_____%	
Tem cuidador familiar? Se sim, quem?_____					
Medicamentos em uso _____ _____					
Classe Funcional segundo equipe de saúde na admissão	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )	
Classe Funcional segundo equipe de saúde na entrevista	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )	
Estágio	A ( )	B ( )	C ( )	D ( )	
Perfil clínico-hemodinâmico na admissão	A ( )	B ( )	C ( )	L ( )	
Perfil clínico-hemodinâmico na entrevista	A ( )	B ( )	C ( )	L ( )	
Etiologia	Isquêmica ( )	Hipertensiva ( )	Valvular ( )	Alcóolica ( )	
	Outras, descrever: _____				
Comorbidades cardiovasculares	Hipertensão arterial ( )	Arritmia ( )	Doença arterial coronariana ( )		
	Doença valvar ( )	Outras, descrever: _____			
Comorbidades de outros sistemas orgânicos	Diabetes ( )	DLP ( )	Doença pulmonar ( )	LRA/C ( )	
	Outras _____				
Dispositivos	Marcapasso definitivo ( )	Marcapasso temporário ( )	CDI ( )		
	Outros, descrever:_____				

Parte B – Avaliação da importância dos indicadores do RE "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"

Iniciais do nome:_____RGHC: _____

1. O quanto é importante para você conhecer as causas da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
2. O quanto é importante para você conhecer os sintomas da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
3. O quanto é importante para você conhecer os benefícios de ter sua doença controlada?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
4. O quanto é importante para você saber para que servem os exames diagnósticos para o manejo da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
5. O quanto é importante para você conhecer a principal função do coração?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
6. O quanto é importante para você saber que o estresse físico e o estresse emocional podem influenciar no tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
7. O quanto é importante para você saber que a insuficiência cardíaca pode alterar suas emoções e relacionamentos?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
8. O quanto é importante para você conhecer os sintomas da depressão?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
9. O quanto é importante para você conhecer quais são os sintomas que podem surgir quando você faz esforço físico a mais do que você aguenta?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
10. O quanto é importante para você conhecer as mudanças nos seus hábitos por causa da doença?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
11. O quanto é importante para você conhecer as mudanças na vida sexual decorrentes da doença?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
12. O quanto é importante para você conhecer os motivos que deixam mais difícil você cuidar de você mesmo?			

( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
14. O quanto é importante para você conhecer aquilo que você pode fazer para evitar ou melhorar a sensação de estar com os batimentos do coração acelerados?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
15. O quanto é importante para você conhecer aquilo que você deve fazer para evitar ou melhorar o inchaço nas pernas?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
16. O quanto é importante para você conhecer aquilo que você deve fazer para evitar ou melhorar a sensação de sede?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
17. O quanto é importante para você conhecer aquilo que você deve fazer para evitar ou melhorar a ansiedade?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
18. O quanto é importante para você conhecer os tratamentos para melhorar a função do coração?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
19. O quanto é importante para você conhecer que a prática da atividade física recomendada por profissionais de saúde é parte do tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
20. O quanto é importante para você conhecer as recomendações dos profissionais de saúde sobre os tipos de comida que você pode comer?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
21. O quanto é importante para você conhecer as recomendações dos profissionais de saúde sobre a quantidade de líquidos que você pode ingerir diariamente?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
22. O quanto é importante para você conhecer os efeitos que os remédios devem fazer no seu organismo no tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
23. O quanto é importante para você conhecer os efeitos colaterais dos remédios utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
24. O quanto é importante para você conhecer as complicações que os remédios utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca podem causar?			

( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
25. O quanto é importante para você saber como avaliar se a sua doença está controlada?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
26. O quanto é importante para você saber como usa o aparelho que mede o oxigênio no sangue?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
27. O quanto importante para você saber usar corretamente os equipamentos de oxigênio?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
28. O quanto é importante para você conhecer que existem grupos de apoio para o tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
29. O quanto é importante para você saber em que situações você deve procurar ajuda de um profissional de saúde?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
30. O quanto é importante para você saber que existe acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
31. O quanto é importante para você conhecer as mudanças nas funções que você tem como mãe, pai, esposa, irmã (utilizar o que for apropriado para o participante) por causa da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
32. O quanto é importante para você conhecer as mudanças que precisa fazer quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, igreja (utilizar o que for apropriado para o participante), ou para passear e até mesmo viajar por causa da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
33. O quanto é importante para você conhecer as adaptações que você pode fazer para manter sua vida sexual parecida com o que era antes da doença?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
34. O quanto é importante para você conhecer os sintomas da piora da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
35. O quanto é importante para você conhecer as complicações da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante

356. O quanto é importante para você conhecer os sintomas da falta de ferro no sangue?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
37. O quanto é importante para você conhecer as atitudes saudáveis apara manter seu corpo funcionando bem?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
38. O quanto é importante para você conhecer o que você deve fazer para promover a circulação do sangue das pernas?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
39. O quanto é importante para você conhecer as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
40. O quanto é importante para você conhecer as vantagens de realizar exercício físico habitualmente?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
4'. O quanto é importante para você conhecer o que você deve fazer para evitar esforço físico acima do tolerado?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
42. O quanto é importante para você conhecer o que você deve fazer para equilibrar períodos de atividade e descanso?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
43. O quanto é importante para você conhecer os o que você deve fazer para aumentar a resistência contra as infecções?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
44. O quanto é importante para você conhecer as vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
45. O quanto é importante para você conhecer os fatores que contribuem para mudança do seu peso por causa da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
46. O quanto é importante para você conhecer o que você deve fazer para controlar o ganho ou a perda do peso por causa da insuficiência cardíaca?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
47. O quanto é importante para você conhecer o que você deve fazer para seguir a dieta recomendada?			

( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
48. O quanto é importante para você saber que não deve fumar?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
49. O quanto é importante para você conhecer os o que você deve fazer para parar de fumar?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
50. O quanto é importante para você saber que deve limitar o consumo de álcool?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
51. O quanto é importante para você conhecer os riscos, decorrentes da insuficiência cardíaca, relacionados aos deslocamentos de curta, média, longa distância e duração?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
52. O quanto é importante para você saber como a insuficiência cardíaca avança?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
53. O quanto é importante para você conhecer o nome dos medicamentos em uso?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
54. O quanto é importante para você saber usar corretamente os medicamentos prescritos?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante
55. O quanto é importante para você conhecer o que você ou seus familiares podem fazer para manter sua dignidade até os últimos instantes de vida?			
( ) Nada importante	( ) Pouco importante	( ) Importante	( ) Muito importante

Comentários:

_____

_____

_____

APÊNDICE G- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Título da pesquisa: Validação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca"
Pesquisador Principal: Natany da Costa Ferreira.
Departamento/Instituto- Escola de Enfermagem da USP-SP

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar dessa pesquisa que tem como objetivo verificar se os pacientes com insuficiência cardíaca têm conhecimento sobre a doença e seu tratamento de acordo com uma classificação utilizada por enfermeiros no processo de cuidar. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa garantir seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Se concordar em participar, eu vou olhar seu prontuário para conhecer e anotar algumas informações sobre sua doença e seu tratamento. Em seguida, você deverá responder algumas perguntas para dois enfermeiros. É importante que você saiba que os enfermeiros devem fazer as perguntas exatamente como consta no roteiro deles e que não poderão fornecer informações adicionais a você, além daquelas que estão nesse roteiro. Também é importante que você saiba que os enfermeiros não conversarão entre si sobre as respostas que você forneceu. Tudo isso deverá levar em torno de uma hora. Participar deste estudo não implicará em qualquer tipo de ônus, gastos ou ganho financeiro. A recusa em participar não lhe trará qualquer tipo de prejuízo, desvantagem ou constrangimento. Contudo, caso se sinta prejudicado de alguma forma por participar dessa pesquisa, você terá direito a solicitar ressarcimento de despesas junto ao pesquisador responsável. Os pesquisadores garantem a assistência integral e gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes direta ou indiretamente da participação no estudo.

Rubrica do participante:_____. Rubrica do pesquisador: _____

Todas as informações coletadas são sigilosas e confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Portanto, garantimos a você o sigilo do seu nome durante a realização da pesquisa e na divulgação de seus resultados, que será realizada apenas nos meios científicos. Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Natany da Costa Ferreira, orientada pela Profª. Drª. Rita de Cassia Gengo e Silva, que pode ser encontrado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Telefone(s) 3061-7544, e-mail natany.ferreira@usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo: Validação do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”. Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável Natany da Costa Ferreira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal _____

Data / /

Assinatura do responsável pelo estudo_____

Data / /

Rubrica do participante:_____. Rubrica do pesquisador: _____

APÊNDICE H- CARTA CONVITE AOS EXPERTOS PARA A ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Prezado (a) enfermeiro (a),

Esta carta tem a finalidade de convidá-lo (a) para participar como experto da etapa de validação de conteúdo do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca", que integra o projeto de pesquisa Validação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". Trata-se do meu projeto de doutorado direto, sob orientação da Profª. Drª. Rita de Cassia Gengo e Silva, e tem como objetivo validar o referido resultado de enfermagem.

Se aceitar este convite, você receberá o instrumento de coleta de dados. Por favor, peço que devolva o instrumento preenchido para o seguinte endereço de e-mail: natany.ferreira@usp.br

O prazo para devolução será de 15 dias.

Agradeço sua valiosa colaboração.

Natany da Costa Ferreira

Aluna de Doutorado Direto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto

Escola de Enfermagem da USP

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

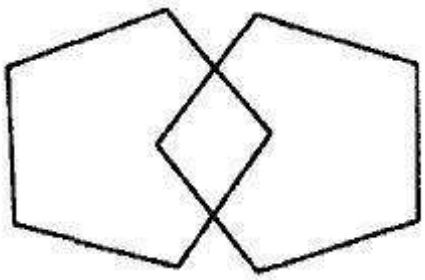
Iniciais:_____ **RGHC:** _____

Sexo	Feminino ( )	Masculino ( )	**Idade:** _____	**Anos de estudo:** _____

Parte A- Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Pacientes

- **Capacidade Cognitiva: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

Orientação temporal (pergunte ao indivíduo; dê um ponto para cada resposta correta)		
Que dia é hoje?	( ) acertou	( ) errou
Em que mês estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que ano estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que dia da semana estamos?	( ) acertou	( ) errou
Qual a hora aproximada (considere a variação de mais ou menos uma hora)?	( ) acertou	( ) errou
Orientação espacial (pergunte ao indivíduo; dê um ponto para cada resposta correta)		
Em que local estamos?(consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)	( ) acertou	( ) errou
Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	( ) acertou	( ) errou
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	( ) acertou	( ) errou
Em que cidade nós estamos?	( ) acertou	( ) errou
Em que Estado nós estamos?	( ) acertou	( ) errou
Memória imediata (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros)		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo		
( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	( ) 3 acertos
Cálculo (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir)		
Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria?	( ) 93	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 86	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 79	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 72	( ) errou
E se tirarmos mais 7?	( ) 65	( ) errou
Evocação das palavras (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente)		
Por favor, quais foram as três palavras que pedi para repetir?		

( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	( ) 3 acertos
Nomeação (dê 1 ponto para cada acerto)		
Como é o nome: apontar para uma caneta e para um relógio		
( ) 1 acerto	( ) 2 acertos	
Repetição (dê 1 ponto somente se a repetição for perfeita)		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá		
( ) acertou	( ) errou	
Comando (dê 1 ponto para cada acerto; se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		
Pegue este papel com a mão direita	( ) acertou	( ) errou
Dobre-o ao meio	( ) acertou	( ) errou
Coloque-o no chão	( ) acertou	( ) errou
Leitura (dê 1 ponto somente se o sujeito ler a frase e fizer o que está sendo solicitado; não auxilie se pedir ajuda, ou se apenas ler a frase e não realizar a tarefa)		
Mostre o papel com a frase "Feche os olhos"		
( ) acertou	( ) errou	
Frase (dê 1 ponto se a frase estiver completa, com início, meio e fim – não considere os erros gramaticais; se o sujeito não compreender, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer)		
( ) acertou	( ) errou	
Cópia de desenho (dê 1 ponto somente se houver dois pentágonos interseccionados, isto é,10 ângulos, formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos)		
Mostre a figura 	**Peça para copiar a figura**	
( ) acertou	( ) errou	
Pontuação total no MEEM:		

Não incluir o participante, se: ≤ 20 pontos para analfabetos; ≤ 25 pontos, se 1 a 4 anos de escolaridade; ≤ 26,5 pontos, se 5 a 8 anos de escolaridade; ≤ 28 pontos, se 9 a 11 anos de escolaridade; ≤ 29 pontos, se 11 ou mais anos de escolaridade.

- **Variáveis sociodemográficas e clínicas**

Estado Civil	Solteiro ( )	Casado ( )	Divorciado ( )	Viúvo ( )	
Renda familiar	_____ SM				
Naturalidade	Norte ( )	Nordeste ( )	Centro-Oeste ( )	Sul ( )	Sudeste ( )
	Outro país, qual: _____				
Há quantos anos sabe que tem IC?	_____	**FEVE**	_____%		
Tem cuidador familiar? Se sim, quem?_____					
Medicamentos em uso _____ _____ _____					
Classe Funcional segundo equipe de saúde na admissão	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )	
Classe Funcional segundo equipe de saúde na entrevista	I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )	
Estágio	A ( )	B ( )	C ( )	D ( )	
Perfil clínico-hemodinâmico na admissão	A ( )	B ( )	C ( )	L ( )	
Perfil clínico-hemodinâmico na entrevista	A ( )	B ( )	C ( )	L ( )	
Etiologia	Isquêmica ( )	Hipertensiva ( )	Valvular ( )	Alcóolica ( )	
	Outras, descrever: _____				
Comorbidades cardiovasculares	Hipertensão arterial ( )	Arritmia ( )	Doença arterial coronariana ( )		
	Doença valvar ( )	Outras, descrever: _____			
Comorbidades de outros sistemas orgânicos	Diabetes ( )	DLP ( )	Doença pulmonar ( )	LRA/C ( )	
	Outras, descrever: _____				
Dispositivos	Marcapasso definitivo ( )	Marcapasso temporário ( )	CDI ( )		
	Outros, descrever:_____				

Parte B- Questionário de avaliação sobre conhecimento da Insuficiência Cardíaca e o autocuidado

Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):[08 telas]

1. A insuficiência cardíaca é um problema no qual:
a. existe excesso de sangue no organismo
b. o coração é fraco e não é capaz de bombear sangue suficiente
c. os vasos sanguíneos do coração estão obstruídos
d. não sabe

2.Complete com a resposta correta. É importante que pacientes com insuficiência cardíaca se pesem regularmente no mesmo horário, diariamente, e que anotem seu peso. Você deve procurar auxílio médico ou da equipe de enfermagem se aumentar mais do que _____ kg em uma semana:
a. 2kg
b. 6kg
c. 10kg
d. não sabe

3.Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos usados por pacientes com insuficiência cardíaca. Esses medicamentos atuam:
a. na remoção do excesso de líquidos e sais do organismo
b. na dilatação dos vasos sanguíneos do organismo
c. promovendo bombeamento cardíaco mais forte
d. não sabe
e. não se aplica

4.Inibidores da enzima conversora de angiotensina (por exemplo, captopril, enalapril) são medicamentos que podem gerar certos sinais ou sintomas chamados “efeitos

colaterais". Você deve avisar seu médico ou equipe de enfermagem se tiver os seguintes efeitos colaterais:

a. depressão ou tristeza

b. tremores ou calafrios

c. tosse

d. não sabe

e. não se aplica

5.Pessoas que apresentam insuficiência cardíaca tomam um remédio denominado digoxina, para que:

a. seus rins produzam mais urina

b. os vasos sanguíneos do organismo dilatem

c. o coração bata mais fortemente

d. não sabe

e. não se aplica

6.O acúmulo de digoxina no organismo leva ao surgimento de sinais e sintomas denominados "efeitos colaterais". Você deve informar seu médico ou equipe de enfermagem se aparecer qualquer desses efeitos colaterais. Na lista abaixo, assinale um efeito colateral comum da digoxina:

a. eritema (uma mancha avermelhada) nos braços e pernas

b. perda de apetite ou gosto ruim na boca

c. feridas na boca

d. não sabe

e. não se aplica

7.A seguir estão listados possíveis sintomas devidos à insuficiência cardíaca.

Qual sintoma não pertence a essa lista?

a. falta de ar – fôlego curto

b. inchaço dos pés, mãos ou abdômen

c. perda inesperada de peso

d. não sabe

8.Pessoas com insuficiência cardíaca usam diurético (lasix - furosemida) para que:
a. seus rins produzam maior quantidade de urina
b. os batimentos cardíacos sejam mais regulados
c. o coração bombeie mais fortemente
d. não sabe

9.Se você tem insuficiência cardíaca e consome bebidas alcoólicas, tais como cerveja, vinho ou destilados, deve parar de beber ou ingerir:
a. não mais do que 1 dose por dia
b. não mais do que 2 doses por dia
c. não mais do que 3 doses por dia
d. não sabe
e. não consome bebida alcoólica

10.Quais alimentos abaixo não contribuem na soma de líquidos ingeridos por dia?
a. melancia
b. pão
c. laranja
d. não sabe

11.Sabendo que a atividade física faz bem para a saúde, na sua condição de saúde, você:
a. pode praticar qualquer atividade física, sem restrições
b. pode praticar atividade física, se estiver com a doença estável, não se esforçando demasiadamente
c. não pode praticar exercícios físicos de forma alguma
d. não sabe

12. Visto que o sódio (sal) provoca retenção de líquidos no organismo, pessoas com insuficiência cardíaca precisam consumir menos sódio (sal). Assinale o alimento da lista, a seguir, que contém a menor quantidade de sal:
a.sopas prontas ou em saquinho
b. alimentos em conserva (exemplo: milho, ervilha, pepino, cenoura)

c. frutas e verduras frescas

d. não sabe

13.Comer menos sal ajuda seu coração a bater melhor. Que mais você pode fazer para melhorar sua insuficiência cardíaca? (assinale todas as alternativas que considerar corretas):

a. perder peso se estiver com excesso de peso

b. não fumar

c. tomar vacina contra a gripe e pneumonia

d. não sabe

14.Pessoas com insuficiência cardíaca podem se sentir melhor se seguirem o plano de tratamento recomendado pelo médico ou equipe de enfermagem. Manter esse programa de tratamento é a melhor maneira de evitar a hospitalização. Os motivos que levam os pacientes a apresentar sintomas de insuficiência cardíaca e voltarem a ser hospitalizado são (assinale a alternativa correta):

a. usar pouco sal na dieta

b. controlar o peso frequentemente

c. não tomar os medicamentos diariamente

d. não sabe

APÊNDICE J - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA”

Prezado (a) avaliador (a),

Este instrumento de coleta de dados integra a etapa de validação clínica do estudo: Validação do resultado de enfermagem “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”. Nessa etapa, o objetivo é verificar se os indicadores deste resultado de enfermagem fornecem critérios úteis para a avaliação do conhecimento do paciente sobre a doença, tratamento e prevenção da insuficiência cardíaca. Para tanto, nessa etapa, pretende-se analisar a magnitude de resposta dos pacientes aos indicadores do resultado “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca” em ambiente clínico real.

Diariamente, em horário pré-estabelecido entre você e a pesquisadora responsável, você receberá uma lista com os nomes e outros dados de identificação dos pacientes selecionados para participar do estudo, além de uma pasta organizadora com instrumentos de coleta de dados impressos.

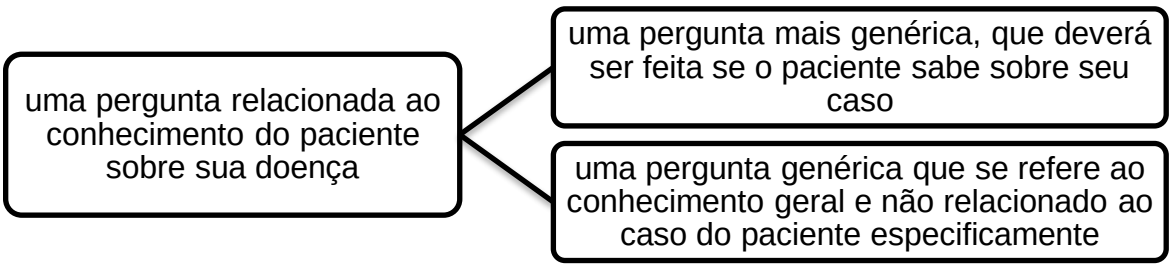
Para a coleta de dados dos pacientes você precisará dos seguintes materiais: caneta, instrumento de coleta de dados e envelope pardo para guardar instrumentos preenchidos. A pesquisadora fornecerá todos esses materiais a você previamente a sua coleta. Para circulação no hospital e interação com o paciente, você deverá utilizar jaleco branco, pois isso é uma exigência da instituição.

Alguns aspectos da interação inicial com o paciente foram padronizados:

1- Cumprimente o paciente e se apresente como enfermeira colaboradora da pesquisa Validação do resultado de enfermagem: “Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca”;
2- Relembre o paciente de que a Enfermeira Natany forneceu informações sobre a pesquisa e obteve seu aceite para participar dessa pesquisa;
3- Enfatizar o objetivo dessa etapa do estudo, que é verificar o que o paciente sabe sobre a insuficiência cardíaca. Destacar que vamos reunir as informações do paciente com as dos demais para que ajudem os profissionais de saúde a se prepararem melhor para cuidar de pessoas com insuficiência cardíaca;

4- Relembrar o paciente que serão feitas algumas perguntas e que ele não deve se sentir envergonhado para responder. Se não entender a pergunta, o paciente deve ficar à vontade para dizer que não entendeu. Se não souber responder, é só dizer que não sabe, isso não tem problema nenhum. Ao final, as dúvidas serão esclarecidas.
5- Esclarecer que serão necessários de 45 a 60 minutos para participação.

Então, poderá ter início a coleta de dados, utilizando este instrumento. Nele, constam 50 indicadores. Foram estabelecidas perguntas para nortear a avaliação de cada indicador. Essas perguntas devem ser feitas aos pacientes por uma das avaliadoras, e conforme descritas neste instrumento, mas se for necessário para ajudar na sua decisão, você poderá fazer perguntas complementares. Quando você fizer perguntas complementares, por favor, assinale o campo correspondente e anote a pergunta que fez. Observe que as perguntas para avaliação de cada indicador foram organizadas, sempre que possível, obedecendo uma sequência:



Se ao fazer a pergunta o paciente não entender, é possível fornecer uma explicação, conforme consta neste instrumento de coleta de dados. Se ainda assim, o participante não entender a pergunta, assinale que o paciente tem magnitude 1 de conhecimento e o informe que a Enfermeira Natany retornará para responder as dúvidas. Explique ao paciente que o esclarecimento não é possível neste momento, em função de interferência que isso poderá trazer no estudo.

Considerando a definição estrutural do resultado em estudo (veja abaixo), com base em sua experiência e comparando o paciente a uma pessoa de referência (pessoa do mesmo sexo e idade, com melhor conhecimento sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e prevenção de complicações), você deverá fazer o julgamento sobre a magnitude do conhecimento do paciente com relação a cada indicador. A magnitude de resposta (magnitude do conhecimento) varia, para cada indicador, da seguinte forma: 1- nenhum conhecimento; 2- conhecimento limitado; 3-

conhecimento moderado; 4- conhecimento substancial; 5- conhecimento vasto. Escolha uma das magnitudes de resposta para cada indicador e assinale neste instrumento.

Ao finalizar a coleta de dados, agradeça ao paciente e pergunte se há outras dúvidas ou comentários. Registre todos os comentários ou dúvidas dos pacientes para cada indicador no espaço reservado. Se os comentários ou dúvidas forem gerais, haverá um espaço reservado para o registro.

Os seus comentários sobre cada indicador ou comentários gerais também devem ser registrados neste instrumento nos locais designados. Os instrumentos de coleta de dados preenchidos deverão ser colocados em envelope pardo e entregues à pesquisadora responsável no mesmo dia. Os avaliadores não devem compartilhar informações sobre os pacientes relacionadas à pesquisa.

A seguir, você encontrará a definição estrutural do resultado em estudo que devem ser utilizadas para nortear seu julgamento acerca da magnitude de resposta dos indicadores.

DEFINIÇÃO ESTRUTURAL DO RESULTADO CONHECIMENTO CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (1835)

(MOORHEARD et al, 2016)

Iniciais_____**IH:**_____

183504- Ações básicas do coração		
Definição conceitual: O indivíduo descreve a principal função do coração **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de que o coração bombeia sangue para todo o corpo		
Perguntar ao paciente: ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer qual a função do coração? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) saberia me dizer outras funções do coração? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) saberia me dizer para que serve o coração? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que se refere a que do coração faz para manter o a pessoa viva e saudável. ( ) Pergunta complementar, especificar:	**Magnitude da resposta**	
	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as ações básicas do coração
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as ações básicas do coração
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as ações básicas do coração
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as ações básicas do coração
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as ações básicas do coração
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183501- Causas e fatores contribuintes		
Definição conceitual: O indivíduo descreve as causas e os fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das causas e dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (doença arterial coronariana, hipertensão arterial, anormalidades nas valvas cardíacas, ou outros)		
Perguntar ao paciente: ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as causas ou os fatores que levaram o(a) senhor(a) a ter insuficiência cardíaca? ( ) Se o participante souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer outras causas e fatores que podem levar as pessoas a ter insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as causas e fatores que levam uma pessoa a ter insuficiência cardíaca?	**Magnitude da resposta**	
	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere aos motivos que o(a) levaram a desenvolver insuficiência cardíaca ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as causas e fatores contribuintes da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183502- Sinais e sintomas da doença precoces		
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações iniciais da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas iniciais da insuficiência cardíaca (falta de ar, tosse persistente, edema, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas da insuficiência cardíaca que levaram o(a) senhor(a) a procurar o médico pela primeira vez? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas que pessoas com a mesma doença podem ter e que fazem elas procurarem o médico pela primeira vez? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas que levam uma pessoa com insuficiência cardíaca a procurar o médico pela primeira vez? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sentiu no início da doença que levaram a procurar o médico ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca precoces
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a finalidade dos exames diagnósticos para o manejo da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito da finalidade dos testes diagnósticos (exames laboratoriais, clínicos, de imagem, ou outros) no manejo da insuficiência cardíaca		

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) já fez exames por causa da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer para que servem os exames que o(a) senhor(a) faz? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) conhece outros exames que podem ser realizados por pessoas com insuficiência cardíaca e para que servem? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer para que servem os exames que pessoas com insuficiência cardíaca fazem? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao objetivo dos exames que o médico costuma solicitar para o acompanhamento da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o papel dos testes diagnósticos para o controle da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

Novo indicador- Identificação do nome dos medicamentos em uso		
Definição conceitual: O indivíduo identifica o nome dos medicamentos em uso **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito do nome dos medicamentos em uso (furosemida, digoxina, atenolol ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer qual o nome dos medicamentos que o senhor(a) usa no tratamento da sua insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer o nome de outros medicamentos que pessoas com insuficiência cardíaca usam para tratar a doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer nomes de medicamentos que uma pessoa com insuficiência cardíaca usa para tratar a doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os nomes dos remédios que ele deve tomar para tratar a insuficiência cardíaca.	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca

( ) Pergunta complementar, especificar:	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o nome dos medicamentos em uso no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
Novo indicador- Uso correto dos medicamentos prescritos		
Definição conceitual: O indivíduo descreve o uso correto dos medicamentos prescritos **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de como usar os medicamentos prescritos (via de administração, horário e dose)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer como usar os medicamentos prescritos no tratamento da sua insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: O senhor(a) sabe me dizer qual medicamentos o senhor não pode tomar no mesmo horário e por que? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer como usar os medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os remédios que ele deve tomar para tratar a insuficiência cardíaca como hora de cada um, quantidade, etc. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o uso correto dos medicamentos prescritos no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183527- Efeitos terapêuticos do medicamento		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os efeitos esperados dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos efeitos esperados dos medicamentos (melhora da capacidade funcional, de palpitação. taquicardia, edema ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	

( ) O senhor poderia me dizer quais são os efeitos que os remédios para o tratamento da sua insuficiência cardíaca podem fazer para melhorar seu organismo? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros efeitos que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca devem fazer no seu organismo das pessoas com a doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais os efeitos que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca devem fazer no organismo de uma pessoa com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que os remédios devem melhorar no organismo por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos terapêuticos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183528- Efeitos colaterais do medicamento		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os efeitos não intencionais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito sabe dos efeitos não intencionais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais efeitos colaterais que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem fazer no seu organismo? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros efeitos colaterais que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem no organismo de pessoas com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais os efeitos colaterais que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem fazer no organismo de uma pessoa com insuficiência cardíaca?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os efeitos indesejados que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem causar no corpo dele(a). ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos colaterais dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183529- Efeitos adversos do medicamento		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as respostas prejudiciais dos medicamentos utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos efeitos prejudiciais dos medicamentos (alterações neurológicas e de humor, gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias, renais ou outros) utilizados no tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais as complicações que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem fazer no seu organismo? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras complicações que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem fazer no organismo de pessoas com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais complicações que os remédios para tratamento da insuficiência cardíaca podem fazer no organismo de uma pessoa com insuficiência cardíaca? ( )Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os problemas que os remédios podem causar no corpo dele(a). ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos adversos dos medicamentos na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183551- Dieta prescrita		
Definição conceitual: O indivíduo descreve as recomendações da sua dieta em função da insuficiência cardíaca		

Definição operacional: Relato verbal ou escrito da dieta recomendada por profissional de saúde (em termos de controle da ingestão de sódio, quantidade de carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, álcool e suplementos nutricionais) para o tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se o médico ou outro profissional da saúde lhe disse os tipos de comida que pode comer como parte do tratamento da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) Quais são os tipos de comida que o(a) senhor(a) pode comer de acordo com o que médico ou outro profissional da saúde disse? E quais os tipos de comida eles disseram que o(a) senhor(a) não pode comer por causa da insuficiência cardíaca? ( )Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outros tipos de comida que pessoas com insuficiência cardíaca podem comer? E o quais tipos de comida elas devem evitar por causa da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os tipos de comida que pessoas com insuficiência cardíaca podem comer? E quais tipos de comida elas devem evitar por causa da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que médico ou outro profissional da saúde diz que ele(a) pode ou não comer para manter a doença controlada. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a dieta prescrita na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183552- Ingestão recomendada de líquidos		
Definição conceitual: O indivíduo descreve as recomendações da quantidade de líquidos que deve ser ingerida diariamente em função da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito do controle da ingestão recomendada por profissional de saúde para o tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se o(a) senhor(a) tem alguma restrição ou precisa fazer algum controle da quantidade de líquidos que ingere diariamente? (S) (N)	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca

( ) Como o(a) senhor(a) controla a quantidade de líquido que pode ingerir diariamente? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer o que outras pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para controlar a quantidade de líquidos que podem ingerir diariamente? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que outras pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para controlar a quantidade de líquidos que podem ingerir diariamente ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao quanto que o médico diz que ele(a) pode beber de líquido por dia. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a ingestão recomendada de líquidos na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183503- Benefícios de controle da doença

Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens em manter a insuficiência cardíaca controlada
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das vantagens do controle da doença (diminuição das crises de descompensação da doença, do número de readmissões hospitalares, além da melhora na qualidade de vida, ou outros)

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os benefícios de ter sua insuficiência cardíaca controlada? ( )Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros benefícios que pessoas com a mesma doença podem ter ao manter a doença controlada? ( )Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os benefícios que uma pessoa tem se mantiver a doença controlada? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere às vantagens que ele(a) pode ter ao controlar a insuficiência cardíaca ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios de controle da insuficiência cardíaca

	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183532- Técnicas de automonitoramento		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as formas de monitorar a própria doença **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito do que deve fazer para acompanhar a evolução da insuficiência cardíaca (peso diário, quantidade de sal na dieta e dos líquidos ingeridos, verificação do edema em tornozelos, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor (a) deve fazer para avaliar se a insuficiência cardíaca está controlada? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras formas que pessoas com insuficiência cardíaca podem usar para avaliar se a doença está controlada? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para avaliar se a doença está controlada? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe fazer para saber se a insuficiência cardíaca não está piorando. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as técnicas de automonitoramento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183539- Barreiras ao autocuidado		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os fatores que dificultam o autocuidado na insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de fatores que dificultam o autocuidado (conhecimento insuficiente da doença, dificuldade econômica, física, cognitiva, de acesso aos serviços de saúde, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os motivos que deixam mais difícil o senhor(a) cuidar de si mesmo em relação a sua saúde? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros motivos que deixam mais difícil o senhor(a) cuidar de si mesmo em relação a saúde delas? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os motivos que deixam mais difícil uma pessoa com insuficiência cardíaca cuidar de si mesmo em relação a saúde ? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que torna difícil fazer as coisas que médicos e enfermeiras disseram que precisava ser feito para cuidar da saúde ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as barreiras ao autocuidado na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante: **Comentários do avaliador:**		

183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das manifestações clínicas ao realizar esforço físico em quantidade ou intensidade acima do tolerado (dispneia e/ou do aumento da frequência cardíaca, tosse, hipotensão arterial, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas que podem surgir quando o senhor (a) faz esforço físico a mais do que o senhor(a) aguenta? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas que podem surgir quando pessoas com insuficiência cardíaca fazem esforço físico a mais do que elas aguentam? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas que podem surgir quando uma pessoa com insuficiência cardíaca faz esforço físico a mais do que ele (a) aguenta? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode sentir quando se esforça fisicamente mais do que o coração aguenta. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de esforço excessivo
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as manifestações clínicas da insuficiência cardíaca progressiva **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos sinais e sintomas do avanço da insuficiência cardíaca (piora da capacidade funcional, aumento da dispneia, piora do padrão de sono/repouso, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas que indicam a piora da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas que pessoas com insuficiência cardíaca podem desenvolver que indicam a piora da doença?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva

( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode desenvolver que indica piora da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode sentir quando a insuficiência cardíaca está descontrolada. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183538- Sinais e sintomas de complicações		
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações das afecções secundárias à insuficiência cardíaca tornando o quadro clínico mais complexo **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das manifestações das complicações da insuficiência cardíaca (redução de volume urinário, alteração de nível de consciência, dispneia intensa e persistente ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas de complicações da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas de complicações da insuficiência cardíaca que pessoas com a doença podem ter? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas de complicações da insuficiência cardíaca que uma pessoa com a doença pode ter? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode sentir quando a insuficiência cardíaca está comprometendo outros órgãos. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de complicações da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183507- Sinais e sintomas de anemia		
Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações de anemia		

Definição operacional: Relato verbal ou escrito das manifestações de anemia como dispneia, fadiga, intolerância ao exercício físico, ou outros		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se alguma vez teve pouco ferro no sangue? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas da falta de ferro no sangue? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas da falta de ferro no sangue? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) que senhor(a) acha que pessoas com falta de ferro no sangue sentem? ( )Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode sentir quando o ferro está baixo no sangue ou quando tem anemia. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas de anemia
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de anemia
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas de anemia
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas de anemia
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas de anemia
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para melhorar a adesão à dieta recomendada **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para melhorar a adesão a dieta recomendada (adição de temperos naturais em substituição ao cloreto de sódio, aparência da preparação, temperatura adequada dos alimentos, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para seguir a dieta recomendada para o tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para seguir a dieta recomendada para o tratamento da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para seguir a dieta recomendada para o tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe fazer para comer a comida que o	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca

médico ou outro profissional de saúde orientou para o tratamento da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para aumentar a aceitação da dieta na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183525- Estratégias para controle do peso		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal no contexto da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para controlar o ganho ou a perda de peso corporal (pesagem diária, controle de líquidos, manejo de diuréticos, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para controlar o ganho ou a perda do peso por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para controlar o ganho ou a perda do peso por causa da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para controlar o ganho ou a perda do peso por causa da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para evitar emagrecer demais ou engordar por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controle do peso na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183542- Estratégias para controlar o edema		
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar o edema na insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, dieta hipossódica, restrição hídrica, ou outros) para evitar ou aliviar o edema		

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se suas pernas já ficaram inchadas por causa da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) O que o senhor(a) poderia fazer para evitar ou melhorar o seu inchaço nas pernas? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para evitar ou melhorar o inchaço nas pernas? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para evitar ou melhorar o inchaço nas pernas? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para não ter ou aliviar o inchaço que ele(a) tem nas pernas. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar o edema na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
Novo indicador- Estratégias para controlar a sede		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para controlar ou aliviar a sede na insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para alívio da sede (gelo triturado, pequenos goles de água gelada, gotas de limão na água gelada, ou outros) para controlar ou aliviar a sede		
Perguntar ao paciente: ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os métodos que o senhor(a) pode usar para evitar ou melhorar a sua sede por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros métodos que pessoas com insuficiência cardíaca podem usar para evitar ou melhorar a sede por causa da doença?	**Magnitude da resposta**	
	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os métodos que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode usar para evitar ou melhorar a sede por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe fazer para diminuir a sensação sede ou de secura na garganta. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a sede no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183540- Estratégias para controlar a dispneia		
Definição conceitual: O indivíduo conhece métodos para evitar ou aliviar a dispneia na insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de métodos (uso de diuréticos, dieta hipossódica, restrição hídrica, ou outros) para evitar ou aliviar a dispneia		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se já sentiu alguma vez falta de ar por causa da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) O que o senhor(a) pode fazer para evitar ou melhorar a sua sensação de falta de ar? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para evitar ou melhorar a sensação de falta de ar? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para evitar ou melhorar a sensação de falta de ar? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para não ter ou aliviar a sensação de falta de ar (respiração curta, falta de fôlego) ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a dispneia na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183541- Estratégias para controlar a taquicardia		
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a taquicardia na insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração ou outros) para evitar ou aliviar a taquicardia		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se já sentiu alguma vez os batimentos do coração acelerados por causa da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para evitar ou melhorar a sua sensação de estar com os batimentos do coração acelerados? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para evitar ou melhorar a sua sensação de estar com os batimentos do coração acelerados? ( )Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para evitar ou melhorar a sensação de estar com os batimentos do coração acelerados? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para não ter ou aliviar a sensação que ele(a) tem de batedeira no coração. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para controlar a taquicardia na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183515- Estratégias para controlar a ansiedade		
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para evitar ou aliviar a ansiedade **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de métodos (uso de medicamentos, técnicas de relaxamento, respiração, ou outros) para evitar ou aliviar a ansiedade		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se já se sentiu ansioso(a)? (S) (N) ( ) O que o(a) senhor(a) poderia fazer para evitar ou melhorar a ansiedade?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para evitar ou melhorar a ansiedade? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para evitar ou melhorar a ansiedade? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para não ter ou evitar a ansiedade. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a as estratégias para controlar a ansiedade na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183517- Estratégias para promover a circulação periférica		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para promoção da circulação periférica **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos de promoção da circulação periférica (uso de meias elásticas compressivas, realização de exercícios ativos e passivos em membros, evitar o uso de roupas apertadas, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para promover a circulação do sangue nas suas pernas? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros métodos que podem ser usados para promover a circulação do sangue nas pernas quando uma pessoa tem insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para promover a circulação do sangue nas pernas? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para aumentar, melhorar ou evitar problemas na circulação de sangue nas pernas. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para promover a circulação periférica na insuficiência cardíaca

	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183521- Estratégias para aumentar a resistência à infecção		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para aumentar a capacidade de resistir às ações patogênicas de organismos **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para aumentar a capacidade de resistir às infecções (ingestão suficiente de nutrientes, realização de atividade física, imunizações, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para aumentar a resistência contra as infecções? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para aumentar a resistência contra as infecções? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para aumentar a resistência contra as infecções? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe fazer para aumentar a capacidade que o corpo dele(a) tem para combater as bactérias ou vírus. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para aumentar a resistência à infecção
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183550- Imunizações recomendadas		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a imunização recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca (Influenza e Pneumococo)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se existe alguma vacina que pacientes com insuficiência cardíaca devem tomar como parte do tratamento da doença? (S) (N)	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca

( ) Se o participante responder sim, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as vacinas recomendadas como parte do tratamento da insuficiência cardíaca? ( )Se o paciente souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quando o(a) senhor (a) deve tomar as vacinas recomendadas como parte do seu tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) tomou alguma vacina esse ano? (S) (N) ( ) Se o participante responder sim, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer por que o(a) senhor(a) tomou essa(s) vacina(s)? ( )Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre as vacinas que o médico ou outro profissional de saúde orientam para tomar como parte do tratamento da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as imunizações recomendadas na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183557- Uso correto do oxigênio		
Definição conceitual: O indivíduo descreve o uso correto de oxigênio suplementar. **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de como usar dispositivos ventilatórios para ofertar oxigênio suplementar.		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se já precisou usar oxigênio alguma vez? (S) (N) ( ) Se o paciente nunca usou oxigênio, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer qual a maneira correta que pessoas que precisam deveriam usar equipamentos de oxigênio? ( ) Se o paciente já usou oxigênio, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer qual a maneira correta de usar equipamentos de oxigênio? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre como usar oxigênio. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o uso correto do oxigênio
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o uso correto do oxigênio
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o uso correto do oxigênio
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o uso correto do oxigênio
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o uso correto do oxigênio
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183548- Atividade física recomendada		
Definição conceitual: O indivíduo identifica a prática da atividade física recomendada como parte do tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de que a prática de atividade física recomendada por profissionais de saúde (atividade aeróbica de intensidade moderada no mínimo 30 minutos por dia) é parte do tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se o médico ou outro profissional da saúde lhe disse para fazer atividade física como parte do tratamento da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) Qual foi a orientação sobre fazer atividade física que o senhor recebeu? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras atividades físicas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer como parte do tratamento da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as atividades físicas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer como parte do tratamento da doença? ( )Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer de exercício físico que o médico recomenda no tratamento da doença dele(a). ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre atividade física recomendada na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183546- Benefícios do descanso adequado		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das vantagens de incluir períodos de descanso na sua rotina diária (recuperação da energia fisiológica e psicológica)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as vantagens de incluir períodos de descanso em sua rotina diária?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras vantagens que pessoas com insuficiência cardíaca podem ter se incluírem períodos de descanso na rotina diária? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as vantagens que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode ter ao incluir períodos de descanso na rotina diária? ( )Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os pontos positivos de descansar em alguns momentos do dia. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios do descanso adequado na insuficiência cardíaca
	( )-	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183547- Benefícios do exercício regular		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as vantagens de realizar exercício físico habitualmente **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das vantagens de realizar exercício físico habitualmente (controle de fatores de risco cardiovascular, melhora da capacidade funcional, da habilidade para realizar as atividades de vida diária, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as vantagens de realizar exercício físico habitualmente? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras vantagens que pessoas com IC podem ter ao realizarem exercício físico habitualmente? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as vantagens que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode ter ao realizar exercício físico habitualmente? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os pontos positivos de ter o hábito de fazer atividade física. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os benefícios do exercício regular na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta

Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para equilibrar atividades de consumo e de recuperação de energia (inclusão de períodos de descanso na rotina, planejamento e adaptação das atividades diárias, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para equilibrar períodos de atividade e descanso? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para equilibrar períodos de atividade e descanso? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para equilibrar períodos de atividade e descanso? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para ter algumas horas de descanso durante a rotina de atividades do dia. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para equilibrar atividade e repouso
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183553- Importância da abstinência do tabaco		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a importância de se privar do tabaco **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito da importância de se privar do tabaco		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) fuma? (S) (N) ( ) Se o participante responder sim, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer por que seria importante parar de fumar?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros motivos por que pessoas com IC não devem fumar? ( ) Se o participante responder não, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer por que uma pessoa com insuficiência cardíaca não deve fumar? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere aos efeitos prejudiciais do cigarro no organismo. ( ) Pergunta complementar, especificar:	(r)2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a importância da abstinência do tabaco na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183554- Estratégias para cessação do tabagismo		
Definição conceitual: O indivíduo conhece os métodos para cessação do tabagismo **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito dos métodos para cessação do tabagismo (sabe onde buscar ajuda, estratégias farmacológicas ou não farmacológicas)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) Se o participante <u>é fumante</u>, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que o senhor(a) pode fazer para tentar parar de fumar? ( )Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outros métodos que pessoas com insuficiência cardíaca podem usar para tentar parar de fumar? O(a) senhor(a) saberia me dizer se existe alguma coisa que outras pessoas que não têm insuficiência cardíaca podem fazer para tentar parar de fumar que o(a) senhor(a) não poderia fazer por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o participante <u>não é fumante ou se não souber</u>, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que uma pessoa com insuficiência cardíaca poderia fazer para tentar parar de fumar? O(a) senhor(a) saberia me dizer se existe alguma coisa que outras pessoas que não têm insuficiência cardíaca podem fazer para tentar parar de fumar que não poderiam ser feitas por alguém que tem insuficiência cardíaca?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as estratégias para cessação do tabagismo na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) pode fazer para largar o cigarro. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183555- Importância da restrição do álcool		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a importância do consumo limitado de álcool **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito da importância de limitar o consumo de álcool		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) bebe bebida alcoólica? (S) (N) ( ) Se o participante responder sim, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer por que seria importante não ingerir bebida alcóolica ou ingerir apenas em quantidade que o profissional de saúde orientou que poderia? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros motivos por que pessoas com insuficiência cardíaca não devem beber ou devem limitar a quantidade de bebida que bebem? ( ) Se o participante responder não, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer por que uma pessoa com insuficiência cardíaca não deve beber ou deve limitar a quantidade de bebida que bebem? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere aos efeitos prejudiciais do álcool no organismo. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a importância da restrição do álcool no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183558- Risco associado a viagens		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca, relacionadas aos deslocamentos de curta, média, longa distância e duração **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das ameaças à saúde, decorrentes da insuficiência cardíaca (complicações, agudização da doença, barreiras para o autocuidado, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	

( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os riscos que o senhor(a) pode ter quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, igreja (utilizar o que for apropriado para o participante), ou para passear e até mesmo viajar por causa da sua insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outros riscos que pessoas com insuficiência cardíaca podem ter quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, igreja (utilizar o que for apropriado para o participante), ou para passear e até mesmo viajar por causa da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são riscos que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode ter quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, etc. por causa da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre os riscos de sair de casa para qualquer lugar por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os riscos associados a viagens no tratamento da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183559- Adaptações para viagens		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários em sua rotina para realizar deslocamentos de curta, média, longa distância e duração, decorrentes da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários para realizar deslocamentos (preparo para o trajeto, seleção de destinos e meios de transporte, e outros) decorrentes da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as mudanças que o senhor(a) precisa fazer quando sai de casa para o trabalho, escola, supermercado, igreja (utilizar o que for apropriado para o participante), ou para passear e até mesmo viajar por causa da sua insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras mudanças que pessoas com insuficiência cardíaca precisam fazer para sair de casa e ir a algum lugar para passear e até mesmo viajar por causa da insuficiência cardíaca?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as mudanças que uma pessoa com insuficiência cardíaca precisa fazer quando sai de casa para o trabalho, escola, etc. por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) precisa fazer quando sair de casa para ir trabalhar ou ir em qualquer lugar por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as adaptações para viagens por causa da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183534- Efeitos na sexualidade		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual decorrentes da doença **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das mudanças no padrão de sexualidade ou na função sexual (relação íntima com parceiro ou pessoa significativa, mudanças na libido, manutenção do ato sexual, orgasmo ou outros) decorrentes da doença		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se teve mudanças na sua vida sexual por causa da insuficiência cardíaca? Quais foram essas mudanças? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras mudanças que podem acontecer na vida sexual de pessoas com insuficiência cardíaca por causa da doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as mudanças que podem acontecer na vida sexual de pessoas com insuficiência cardíaca por causa da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que se refere à interferência da insuficiência cardíaca na vida sexual. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos na sexualidade
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos na sexualidade
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos na sexualidade
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos na sexualidade
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos na sexualidade
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
183535- Adaptações para desempenho sexual		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de sexualidade ou na função sexual **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários na vida sexual (frequência de relações sexuais, escolha do tipo de sexo, posicionamento, ou outros) decorrentes da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente: ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se teve de fazer adaptações para manter sua vida sexual parecida com o que era antes da insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) Se o participante responder sim, perguntar: Quais foram as adaptações que o senhor(a) fez para manter sua vida sexual parecida com o que era antes da insuficiência cardíaca ? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras mudanças que	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca

pessoas com insuficiência cardíaca podem fazer para manter a vida sexual parecida com o que era antes da insuficiência cardíaca ? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são mudanças que uma pessoa com insuficiência cardíaca pode fazer para manter a vida sexual dela parecida com o que era antes da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere o que ele(a) pode fazer para ter uma vida sexual saudável apesar das limitações que a insuficiência cardíaca pode causar. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações para desempenho sexual por causa da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição

Definição conceitual: O indivíduo reconhece que o estresse físico e o emocional podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de como o estresse físico e o emocional podem influenciar no manejo da insuficiência cardíaca

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer de que forma o estresse físico e emocional podem interferir no tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras formas que o estresse físico e emocional pode interferir no tratamento de pessoas com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer de que forma o estresse físico e emocional podem interferir no tratamento de pessoas com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere às situações de estresse relacionado a problemas físicos ou emocionais que ele(a) pode sofrer e que afetam o tratamento da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre a relação entre o estresse físico e emocional e a insuficiência cardíaca

	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca

Definição conceitual: O indivíduo reconhece que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de que a insuficiência cardíaca tem repercussões psicossociais (depressão, ansiedade, perda de autocontrole, convívio familiar e social, ou outros)

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer como a insuficiência cardíaca pode alterar suas emoções e relacionamentos? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer como insuficiência cardíaca pode alterar as emoções e relacionamentos das pessoas que têm essa doença? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer como a insuficiência cardíaca pode alterar as emoções e relacionamentos de pessoas que têm a doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que se refere a como a insuficiência cardíaca afeta os sentimentos dele(a) e o relacionamento dele(a) na convivência com amigos e familiares. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta

Comentários ou dúvidas do participante:

Comentários do avaliador:

183543- Sinais e sintomas da depressão

Definição conceitual: O indivíduo identifica as manifestações da depressão
Definição operacional: Relato verbal ou escrito os sinais e sintomas da depressão (fadiga, perda do apetite, perda de peso, ou outros)

Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) já teve depressão? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são os sintomas da depressão? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outros sintomas da depressão?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os sinais e sintomas da depressão
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas da depressão
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os sinais e sintomas da depressão

( ) Se o paciente não souber, perguntar: O que o senhor(a) acha que pessoas com depressão sentem? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que se refere ao que ele(a) pode sentir quando está deprimido. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os sinais e sintomas da depressão
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os sinais e sintomas da depressão
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
183544- Aconselhamento disponível para depressão		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a existência do acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito de que sabe da existência do acompanhamento profissional como parte do tratamento da depressão		
Perguntar ao paciente: ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se o senhor(a) sabe que existe acompanhamento profissional para depressão para pacientes com insuficiência cardíaca como parte do tratamento? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer onde encontrar acompanhamento profissional para depressão? ( ) Se o participante referiu anteriormente ter tido depressão, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer como o acompanhamento profissional para depressão pode ajudar o(a) senhor(a) no tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o participante referiu anteriormente não ter tido depressão, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer como o acompanhamento profissional para tratamento da depressão pode ajudar outras pessoas com depressão no tratamento da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre consultas com psicólogos ou terapeutas para tratar a depressão. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra ter conhecimento limitado sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra ter conhecimento moderado sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra ter conhecimento substancial sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra ter conhecimento vasto sobre aconselhamento disponível para depressão na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183533- Adaptações do desempenho de papel		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, em seu padrão de comportamento e expressão nos contextos sociais **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito sobre os ajustes necessários, decorrentes da insuficiência cardíaca, no desempenho de papéis sociais (de mãe/pai, filho/a, esposo/a, ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais foram as mudanças nas funções que senhor(a) tem como mãe, pai, esposo(a), irmã(ão) (utilizar o que for apropriado para o participante) por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras mudanças nas funções que as pessoas têm como mãe, pai, esposo(a), irmã(ão) por causa da sua insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as mudanças nas funções que uma pessoa tem como mãe, pai, esposo(a), irmã(ão)por causa insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que mudou ou pode mudar na vida dele(a) como mãe, pai, esposo(a), irmã(ão) por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as adaptações do desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as adaptações do desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as adaptações do desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as adaptações do desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as adaptações do desempenho de papel decorrentes da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183536- Grupos de apoio disponíveis		
Definição conceitual: O indivíduo conhece a existência de grupos de suporte para o tratamento da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito sobre a disponibilidade de grupos de apoio como fonte de informação e meio de compartilhar experiências e vivências entre pacientes, familiares ou profissionais de saúde no tratamento da insuficiência cardíaca		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer se o senhor(a) sabe que existem grupos de apoio para o tratamento da sua insuficiência cardíaca? (S) (N) ( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que estes grupos de apoio podem fazer para ajudar o(a) senhor(a) no tratamento da insuficiência cardíaca?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca

( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que estes grupos de apoio podem fazer para ajudar outras pessoas com insuficiência cardíaca no tratamento da doença? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre grupos de ajuda no tratamento da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre grupos de apoio disponíveis na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta

183532- Efeitos no estilo de vida		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece mudanças no estilo de vida decorrentes da doença **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das mudanças no estilo de vida (hábito alimentar, ingestão de líquidos, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool, alteração de padrão de sono e repouso, de comportamento, sexualidade ou outros) decorrentes da doença		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer quais foram as mudanças nos seus hábitos por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante), o(a) senhor(a) poderia me dizer outras mudanças que as pessoas precisam fazer nos seus hábitos por causa da insuficiência cardíaca ? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer quais são as mudanças que uma pessoa precisa fazer em seus hábitos por causa da insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que deve ser modificado no dia-a-dia por causa da insuficiência cardíaca. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre os efeitos no estilo de vida
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre os efeitos no estilo de vida
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre os efeitos no estilo de vida
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre os efeitos no estilo de vida
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre os efeitos no estilo de vida
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das situações em que deve procurar ajuda de um profissional de saúde (piora dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, dúvidas, consultas regulares a profissionais de saúde ou outras)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer em quais situações o senhor(a) deve procurar ajuda de um profissional de saúde? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer o que um profissional de saúde pode fazer para ajudar outras pessoas com insuficiência cardíaca? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer o que um profissional de saúde pode fazer para ajudar uma pessoa com insuficiência cardíaca?	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca

( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre em que momento ele(a) deve procurar ajuda de um médico ou outro profissional da saúde. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
	( )5	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre quando obter ajuda de um profissional de saúde na insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		
Novo indicador- Curso usual do processo de doença		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece a evolução habitual da insuficiência cardíaca **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito da evolução da insuficiência cardíaca (doença crônica, com períodos alternados de melhora e piora dos sintomas e que pode se tornar refratária ao tratamento)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer como a sua insuficiência cardíaca pode avançar? ( ) Se o paciente souber, perguntar: Além de (repetir a resposta do participante) o(a) senhor(a) poderia me dizer outras coisas que indicam o avanço da insuficiência cardíaca em outras pessoas? ( ) Se o paciente não souber, perguntar: O(a) senhor(a) poderia me dizer coisas que indicam o avanço da insuficiência cardíaca em outras pessoas? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre coisas que indicam o avanço da insuficiência cardíaca com o tempo. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre o curso usual do processo de insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre o curso usual do processo de insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre o curso usual do processo de insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre o curso usual do processo de insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre o curso usual do processo de insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

Novo indicador- Ações para proporcionar a morte digna		
Definição conceitual: O indivíduo reconhece as ações para proporcionar a dignidade no término da vida **Definição operacional:** Relato verbal ou escrito das ações para proporcionar a dignidade no término da vida (diretivas avançadas, modelo de cuidado, atenção espiritual, resolução de conflitos, perdão ou outros)		
Perguntar ao paciente:	**Magnitude da resposta**	
( ) O(a) senhor(a) poderia me dizer o que pode ser feito para manter a dignidade de pessoas com insuficiência cardíaca que estão nos últimos instantes de vida? ( ) Além de (repetir a resposta do participante), o que o(a) senhor(a) poderia fazer para manter sua dignidade quando estiver nos últimos instantes de vida? ( ) O que os seus familiares e amigos poderiam fazer para manter sua dignidade quando estiver nos últimos instantes de vida? ( ) O que profissionais da saúde poderiam fazer para manter sua dignidade quando estiver nos últimos instantes de vida? ( ) Se o paciente tiver dúvida sobre esta pergunta, esclarecer que a pergunta se refere ao que ele(a) sabe sobre o que ele(a) próprio(a), os parentes e os amigos dele(a) podem fazer para respeitarem seus desejos antes de morrer. ( ) Pergunta complementar, especificar:	( )1-	O indivíduo demonstra não ter nenhum conhecimento sobre as ações para proporcionar a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
	( )2-	O indivíduo demonstra conhecimento limitado sobre as ações para proporcionar a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
	( )3-	O indivíduo demonstra conhecimento moderado sobre as ações para proporcionar a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
	( )4-	O indivíduo demonstra conhecimento substancial sobre as ações para proporcionar a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
	( )5-	O indivíduo demonstra conhecimento vasto sobre as ações para proporcionar a morte digna no cenário da insuficiência cardíaca
	( )	O indivíduo não entendeu a pergunta
Comentários ou dúvidas do participante:		
Comentários do avaliador:		

Agradeça a participação do participante lembrando que a insuficiência cardíaca, como qualquer outra doença crônica não tem cura, e por isso é importante pensar em como lidar com a morte, por mais que seja um assunto que não gostamos de falar.

Comentários gerais do paciente:_____
_____
_____
_____

Comentários gerais do avaliador:_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE K- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO CLÍNICA

Título da pesquisa: Validação do resultado de enfermagem "Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca""
Pesquisador Principal: Natany da Costa Ferreira.
Departamento/Instituto- Escola de Enfermagem da USP-SP

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar dessa pesquisa que tem como objetivo verificar se os pacientes com insuficiência cardíaca têm conhecimento sobre a doença e seu tratamento de acordo com uma classificação utilizada por enfermeiros no processo de cuidar. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa garantir seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Se concordar em participar, eu vou olhar seu prontuário para conhecer e anotar algumas informações sobre sua doença e seu tratamento. Em seguida, você deverá responder algumas perguntas para dois enfermeiros. É importante que você saiba que os enfermeiros devem fazer as perguntas exatamente como consta no roteiro deles e que não poderão fornecer informações adicionais a você, além daquelas que estão nesse roteiro. Também é importante que você saiba que os enfermeiros não conversarão entre si sobre as respostas que você forneceu. Tudo isso deverá levar em torno de uma hora. Participar deste estudo não implicará em qualquer tipo de ônus, gastos ou ganho financeiro. A recusa em participar não lhe trará qualquer tipo de prejuízo, desvantagem ou constrangimento. Contudo, caso se sinta prejudicado de alguma forma por participar dessa pesquisa, você terá direito a solicitar ressarcimento de despesas junto ao pesquisador responsável. Os pesquisadores garantem a assistência integral e gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes direta ou indiretamente da participação no estudo.

Rubrica do participante:_____. Rubrica do pesquisador: _____

Todas as informações coletadas são sigilosas e confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados. Portanto, garantimos a você o sigilo do seu nome durante a realização da pesquisa e na divulgação de seus resultados, que será realizada apenas nos meios científicos. Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Natany da Costa Ferreira, orientada pela Profª. Drª. Rita de Cassia Gengo e Silva, que pode ser encontrado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Telefone(s) 3061-7544, e-mail natany.ferreira@usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo: Validação do resultado de enfermagem Conhecimento: Controle da Insuficiência Cardíaca". Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável Natany da Costa Ferreira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Assinatura do participante /representante legal _____

Data / /

Assinatura do responsável pelo estudo_____

Data / /

Rubrica do participante:_____. Rubrica do pesquisador: _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - RESULTADO DE ENFERMAGEM 1835- "CONHECIMENTO: CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA"

Domínio – Conhecimento em saúde e comportamento: resultados que descrevem atitudes, compreensão e ações com relação à saúde e às doenças[3*].

Classe - Conhecimentos em Saúde: resultados que descrevem a compreensão individual na aplicação da informação para promover, manter e restaurar a saúde*.

Definição do resultado- "Extensão da compreensão transmitida sobre a insuficiência cardíaca, seu tratamento e a prevenção da progressão da doença e complicações"*

Escala de medida - Nenhum conhecimento, Conhecimento limitado, Conhecimento moderado, Conhecimento substancial e Conhecimento vasto*.

[3*] Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

Indicadores

183501- Causas e fatores contribuintes

183502- Sinais e sintomas da doença precoces

183503- Benefícios do controle da doença

183530- Papel dos testes diagnósticos para o controle da doença

183504- Ações básicas do coração

183505- Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca progressiva

183538- Sinais e sintomas de complicações

183507- Sinais e sintomas de anemia

183539- Barreiras ao autocuidado

183540- Estratégias para controlar a dispneia

183541- Estratégias para controlar a taquicardia

183542- Estratégias para controlar o edema

183512- Relação entre o estresse físico e emocional e a condição

183513- Efeitos psicossociais da insuficiência cardíaca

183515- Estratégias para controlar a ansiedade

183543- Sinais e sintomas da depressão

183544- Aconselhamento disponível para depressão

183516- Tratamentos para melhorar o desempenho cardíaco

183545- Comportamentos saudáveis para promover estabilidade fisiológica

183517- Estratégia para promover a circulação periférica

183546- Benefícios do descanso adequado

183547- Benefícios do exercício regular

183548- Atividade física recomendada

183511- Sinais e sintomas de esforço excessivo

183549- Estratégias de prevenção do esforço excessivo

183519- Estratégias para equilibrar a atividade e repouso

183521-Estratégias para aumentar a resistência à infecção

183550- Imunizações recomendadas

183523- Estratégias para controle do edema

183524- Fatores que contribuem para mudanças do peso

183525- Estratégias para controle do peso

183551- Dieta prescrita

183526- Estratégias para aumentar a aceitação da dieta

183552- Ingestão recomendada de líquidos

183553- Importância da abstinência do tabaco

183554- Estratégias para cessação do tabagismo

183555- Importância da restrição do álcool

183527- Efeitos terapêuticos do medicamento

183528- Efeitos colaterais do medicamento

183529- Efeitos adversos do medicamento

183531- Técnicas de automonitoramento

183556- Como utilizar a oximetria de pulso

183557- Uso correto do oxigênio

183532- Efeitos no estilo de vida

183533- Adaptações do desempenho de papel

183558- Risco associado a viagens

183559- Adaptações para viagens

183534- Efeitos na sexualidade

183535- Adaptações para desempenho sexual

183536- Grupos de apoio disponíveis

183537- Quando obter ajuda de um profissional de saúde

ANEXO 2- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUSA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação de resultados de enfermagem de conhecimento e autocontrole da doença em pacientes com insuficiência cardíaca

Pesquisador: Rita de Cassia Gengo e Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53925416.0.3001.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.620.411

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo metodológico que será conduzido em quatro etapas: 1) revisão de escopo; 2) elaboração e validação das definições conceituais (DC) e operacionais (DO) dos indicadores dos RE Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca congestiva (1835) e Autocontrole da doença cardíaca (1617); 3) validação de conteúdo; e 4) validação clínica dos resultados. A revisão de escopo (etapa 1) será conduzida com a finalidade de confirmar os indicadores inseridos na classificação, buscar subsídios para a elaboração de suas DC e DO, além de identificar novos indicadores para os

resultados. Para a validação das definições conceituais (DC) e definições operacionais (DO) destes resultados (etapa 2), sete expertos do Grupo de Estudos sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIRenf) serão selecionados de acordo com critérios estabelecidos pela literatura. As DC serão avaliadas de acordo com os critérios psicométricos de simplicidade e clareza. Além destes, para a validação das DO serão considerados os critérios comportamental, precisão e amplitude. Os expertos farão o julgamento quanto aos critérios utilizando escala tipo Likert de 3 pontos sendo: (-1) discordo totalmente; (0) não discordo, nem concordo; (1) concordo totalmente e, deverão justificar suas respostas quando não concordarem totalmente com a definição proposta. As definições serão consideradas válidas se houver consenso de 70% para cada critério psicométrico analisado. Para aquelas que não obtiverem o consenso estabelecido, as DC e DO serão reformuladas de acordo com as sugestões

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

dos expertos e submetidas novamente à validação até a obtenção de 70% de consenso. Na validação de conteúdo (etapa 3), 15 expertos e 15
pacientes deverão avaliar a importância dos indicadores aos respectivos REs. Os expertos serão localizados no diretório de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e em websites de sociedades de especialistas na área da cardiologia. A etapa de validação clínica (etapa 4) será realizada no mesmo hospital no qual os pacientes na etapa 3 foram localizados. Nesta etapa, enfermeiros examinadores serão treinados previamente pela enfermeira pesquisadora em um único dia, durante cinco horas, para aplicar instrumento a ser elaborado pela pesquisadora e orientadora com itens baseados nas DC validadas pelos expertos e pacientes na etapa 3, cuja avaliação será dicotômica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar as validades de conteúdo e clínica dos resultados de enfermagem Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca congestiva (1835) e Autocontrole da doença cardíaca (1617)

Objetivo Secundário:

Identificar indicadores dos resultados de enfermagem Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca congestiva (1835) e Autocontrole da doença cardíaca (1617) na literatura; Elaborar e validar definições conceituais (DC) e operacionais (DO) para os indicadores dos resultados de enfermagem Conhecimento: controle da insuficiência cardíaca congestiva (1835) e Autocontrole da doença cardíaca (1617).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:Para os pacientes, na etapa de validação de conteúdo e clínica, os riscos são cansaço em função de responder o instrumento de coleta de dados e desconforto por recordar situações experenciadas anteriormente. O paciente será informado previamente à aplicação dos instrumentos de coleta de dados e, conforme explicitado nos TCLEs (Apêndices F e I), que poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, com vistas à reduzir estes riscos.Benefícios:Não haverá benefícios diretos aos expertos decorrentes da participação no estudo. Entretanto, como benefícios indiretos, temos que os resultados deste estudo permitirão obter resultados válidos e confiáveis de indicadores de resultados para avaliação do conhecimento e do autocontrole de pacientes com IC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma alteração do título e inclusão da etapa de validação clínica.

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.620.411

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão claros e bem descritas.

Recomendações:

Não ha.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c)apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1055679.pdf	16/04/2018 20:12:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apos_pendenciadocumental_ultimaversao_160418.docx	16/04/2018 20:11:25	Natany da Costa Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apos_pendencia.docx	27/11/2017 14:38:21	Natany da Costa Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	19/06/2017 19:51:08	Natany da Costa Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE

Continuação do Parecer: 2.620.411

SAO PAULO, 25 de Abril de 2018

Assinado por:
Joel Faintuch
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br