ERIKA DE SOUZA GUEDES

INSTRUMENTO PARA AVALIAR A FIDELIDADE DE UMA
INTERVENÇÃO OFERECIDA POR TELEFONE

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em
Enfermagem na 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: Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro
da Cruz

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Gengo e Silva

São Paulo

2016

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: ____/____/____

Catálogo na Publicação(CIP)
Biblioteca Wanda Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Guedes, Erika de Souza
Instrumento para avaliar a fidelidade de uma
intervenção oferecida por telefone / Erika de Souza
Guedes. São Paulo, 2016.
163p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes
Monteiro da Cruz

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Gango e
Silva

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Metodologia da pesquisa. 3.
Instrumento de medida. 4. Validade do teste. 5.
Ensaio clínico. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: ERIKA DE SOUZA GUEDES

Título: Instrumento para avaliar a fidelidade de uma intervenção oferecida por telefone.

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

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Ao meu amado Ulisses por estar ao meu lado e por acreditar...

Ao meu pai, minha mãe e minha irmã que me inspiram sempre...

Agradecimentos

À Deus por me amparar e conduzir meus passos ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, a quem tanto admiro, por sua sabedoria, lealdade e generosidade.

À minha co-orientadora, Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Gengo e Silva, pela amizade, disponibilidade e importante contribuição na realização deste trabalho.

À prezada Leidy Johanna Rueda, com quem aprendi tanto, pela generosidade em autorizar o uso dos dados de seu estudo.

À parceira Ana Paula da Conceição, pela presteza e contribuição na realização deste trabalho.

Aos colegas do grupo de Pesquisa em Diagnósticos, Intervenções e Resultados em Enfermagem (DIREnf), pelas experiências compartilhadas e pela contribuição na realização deste trabalho.

Aos amigos da pós-graduação em especial aos bolsistas que tanto contribuem com o crescimento da pós-graduação.

Aos amigos queridos da vida inteira, Juliana Miranda, Mariana Alvina, Fabiana Mattos, Rodrigo Jensen, Cristiane Giffone Braga, Paulo Garcia, Giane Leandro, Juliano Santos, Marilene Gomes, Rosemeire Queiroz, Alfredo Oliveira, Mirela Mellão, pelo incentivo e companheirismo.

Às professoras Ruth Natalia Teresa Turrini, Regina Márcia Cardoso de Sousa e Lilia de Souza Nogueira, pela confiança e trabalhos realizados.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, em especial à Beth e à Livia, sempre prontas a ajudar.

Ao Bernardo dos Santos pela presteza nas análises estatísticas.

À secretaria da pós-graduação, pela atenção e orientação.

À minha amada família, por compreender minhas ausências e pelo apoio. Vocês são meu porto seguro.

À todos meu carinho e gratidão...

Guedes ES. Instrumento para avaliar a fidelidade de uma intervenção oferecida por telefone [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A fidelidade das intervenções trata do grau com que as intervenções são oferecidas conforme o planejado. É uma variável que deve ser investigada como uma fonte de dados sobre a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos em estudos de intervenção de boa qualidade. Avaliar a fidelidade das intervenções requer a observação dos comportamentos do interventor durante o oferecimento da intervenção, por meio de instrumentos padronizados. **Objetivo:** Desenvolver um instrumento válido e confiável para mensurar a fidelidade de uma intervenção psicoeducativa oferecida por telefone. **Método:** Este estudo metodológico foi realizado em sete passos: identificação dos elementos do programa de intervenção, construção dos itens do instrumento, desenvolvimento da escala de mensuração dos itens, identificação das unidades de codificação, teste e revisão dos itens, especificação das qualificações e desenvolvimento do programa de treinamento dos avaliadores, desenvolvimento e execução do teste piloto para verificação da validade e confiabilidade do instrumento. Os materiais usados no desenvolvimento do instrumento foram o Manual do interventor e os 128 áudios das sessões de intervenção de um ensaio clínico controlado randomizado em que se testou a efetividade de uma intervenção psicoeducativa oferecida por telefone a cuidadores familiares. **Resultados:** O instrumento elaborado foi denominado *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool (NIFE Tool)* e foi estruturado em quatro partes: abertura da sessão, apresentação do conteúdo da sessão, encerramento da sessão, avaliação das habilidades na comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade, compostas por 49 itens específicos sobre a intervenção testada e por 18 itens comuns às intervenções psicoeducativas. O escore do instrumento pode ser calculado item a item, para o conjunto de itens específicos de cada sessão de intervenção, para o conjunto de itens comuns de cada sessão ou para o conjunto de itens comuns considerando todas as sessões. A validade de conteúdo do instrumento foi

estabelecida por 14 expertos. Como indicativos da confiabilidade do instrumento, o alfa de Cronbach foi de 0,51 para o conjunto de itens comuns, e variou entre 0,59 e 0,81 para o conjunto de itens específicos; a concordância interavalidadores segundo resultados do Kappa, ficou entre moderada a substancial para 35 específicos e 15 itens comuns. **Conclusões:** O presente estudo permitiu o desenvolvimento de instrumento para mensurar a fidelidade de intervenção psicoeducativa e os itens comuns do instrumento podem ser usados na avaliação de outras intervenções da mesma natureza oferecidas por telefone.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Ensaio clínico. Fidelidade a diretrizes. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Reprodutibilidade dos Testes. Validade dos Testes.

Guedes ES. Instrument to assess fidelity of an intervention offered by telephone [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The intervention fidelity involves analyzing in which extent interventions are offered as planned. It is a variable that must be investigated as a source of data on the validity and reliability of the results obtained in good quality intervention studies. Intervention fidelity assessment requires observation of the providers' behavior during the intervention offer by means of standardized instruments. **Objective:** To develop a valid and reliable instrument to measure the fidelity of a psychoeducational intervention offered by telephone. **Method:** This methodological study was conducted in seven steps: identification of the elements of the intervention program, construction of the instrument items, development of items scaling, identification of the units for coding, item testing and review, specification of rater qualifications and development of rater training program, development and completion of the pilot testing to test validity and reliability of the instrument. The material used to develop the instrument were the Intervention Manual and 128 audios of the intervention sessions of a randomized controlled clinical trial in which the effectiveness of a psychoeducational intervention offered by telephone to family caregivers was tested. **Results:** The instrument developed was called Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool (NIFE Tool) and was divided into four parts: opening session, presentation of session content, session closure, evaluation of skills in communication, empathy, and trustworthiness, with 49 unique items of the tested intervention and by 18 items common to psychoeducational interventions. The instrument score can be calculated item by item, for the set of unique items of each intervention session, for the set of common items of each session or for the set of common items taken in all sessions. The instrument's content validity was performed by 14 experts. As indicative of the instrument's reliability, Cronbach's alpha was 0.51 for the set of common items, and ranged between 0.59 and 0.81 for the set of unique items; inter-rater's agreement, according to Kappa coefficients, was moderate to

substantial for 35 unique and 15 common items. **Conclusion:** This study allowed the development of an instrument to measure the fidelity of a psychoeducational intervention and their common items can be used in the evaluation of other interventions of the same nature offered by telephone.

Keywords: Nursing. Clinical Trial. Guideline Adherence. Methodology Research. Nursing. Validity of Tests. Reproducibility of Results.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Critérios e pontos atribuídos na classificação da expertise _____	39
Quadro 2 - Organização das sessões segundo intervenção ou atividade da NIC e conteúdos previstos, retirado de Díaz (Díaz Rueda, 2016) _____	51
Quadro 3 - Elementos específicos do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro _____	52
Quadro 4 - Elementos comuns do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro _____	55
Quadro 5 - Itens construídos para os elementos específicos do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro _____	57
Quadro 6 - Itens construídos para os elementos comuns do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro _____	62
Quadro 7 - Itens de elementos específicos segundo definição operacional e categorias de resposta _____	66
Quadro 8 - Itens de elementos comuns segundo definição operacional e categorias de resposta _____	67
Quadro 9 - Organização do NIFE Tool segundo número de itens _____	76

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização dos expertos segundo sexo, idade, tempo de formação e experiência clínica _____41

Tabela 2 - Sessões de intervenção segundo duração mínima, máxima, média e desvio padrão em minutos _____68

Tabela 3 - Tempo de codificação, adicional ao tempo da intervenção, em minutos, segundo média e desvio-padrão _____71

Tabela 4 - Valores do alfa de Cronbach para os itens comuns e para os itens específicos, São Paulo _____72

Tabela 5 - Concordância inter e intra-avaliador para os itens específicos _____72

Tabela 6 - Concordância inter e intra-avaliador para os itens comuns _____74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 AS INTERVENÇÕES NO CONTEXTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	19
1.2 FIDELIDADE DAS INTERVENÇÕES COMPLEXAS	21
2. OBJETIVO.....	28
3 MÉTODO.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO	30
3.3 MATERIAL	31
3.4 PROCEDIMENTOS	33
3.4.1 Identificação dos elementos do programa de intervenção	33
3.4.2 Construção dos itens do instrumento	35
3.4.3 Desenvolvimento da escala de mensuração dos itens	36
3.4.4 Identificação das unidades de codificação	37
3.4.5 Teste e revisão dos itens.....	38
3.4.6 Especificação das qualificações e desenvolvimento do programa de treinamento dos avaliadores	41
3.4.7 Desenvolvimento e execução do teste piloto para verificação da validade e confiabilidade do instrumento.....	42
3.4.8 Organização e pontuação do instrumento Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool (NIFE Tool).....	43
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4 RESULTADOS.....	48

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	48
4.1.1 Elementos específicos da intervenção.....	49
4.1.2 Elementos comuns da intervenção	55
4.2 CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO.....	57
4.3 DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE MENSURAÇÃO DOS ITENS ..	64
4.4 IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE CODIFICAÇÃO.....	68
4.5 TESTE E REVISÃO DOS ITENS.....	68
4.6 ESPECIFICAÇÃO DAS QUALIFICAÇÕES E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO DOS AVALIADORES	69
4.7 DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DO TESTE PILOTO PARA VERIFICAÇÃO DA VALIDADE E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO	70
4.8 ORGANIZAÇÃO E CÁLCULO DO SCORE DO NIFE TOOL	75
5 DISCUSSÃO	80
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
5.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	91
6 CONCLUSÕES	93
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE A - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO COM EXPERTO NA VALIDAÇÃO DO NURSING INTERVENTION FIDELITY EVALUATION TOOL	108
APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E ACADÊMICA/PROFISSIONAL DO EXPERTO	109
APÊNDICE C - ORIENTAÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO DA FIDELIDADE DAS INTERVENÇÕES COM O NIFE TOOL	110

APÊNDICE D - NURSING INTERVENTION FIDELITY EVALUATION TOOL - NIFE TOOL	111
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA PARA USO DOS DADOS	156
ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	157

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A mensuração da fidelidade das intervenções é fundamental para a avaliação de resultados de pesquisa e para a aplicação de evidências na prática clínica. Alguns autores referem que é importante abrir a “caixa preta” das intervenções, ou seja, saber o que realmente foi oferecido ao paciente durante a aplicação de uma intervenção (Hasson, 2010; Nelson *et al.*, 2012). Nesse sentido, a medida da fidelidade das intervenções permite identificar o que foi oferecido e como foi oferecido.

A crescente exigência de qualidade dos serviços e a pressão pela efetividade na aplicação de recursos financeiros têm criado demandas para a assistência à saúde baseada na melhor evidência (Corry *et al.*, 2013).

As intervenções tem um papel central na assistência de enfermagem. A enfermagem, assim como as demais profissões da área da saúde, precisa demonstrar que suas ações são seguras e efetivas para o paciente (Corry *et al.*, 2013). A enfermagem tem empreendido esforços com vistas a melhorar a qualidade das evidências produzidas (Corry *et al.*, 2013) e, nesse sentido, tem realizado ensaios clínicos para testar a efetividade das intervenções que podem ser oferecidas aos pacientes. No entanto, a realização e avaliação desse tipo de estudo é particularmente desafiadora, uma vez que as intervenções de enfermagem apresentam componentes múltiplos e interativos (Corry *et al.*, 2013; Grant *et al.*, 2013a).

Existem algumas iniciativas para melhorar a qualidade metodológica e da divulgação dos estudos (Medical Research Council, 2000; Boutron *et al.*, 2008a; Medical Research Council, 2008; Corry *et al.*, 2013; Grant *et al.*, 2013b; Hoffmann *et al.*, 2014). As diretrizes para publicação de ensaios clínicos, por exemplo, tratam dos dados mínimos que devem ser relatados de modo que possam ser avaliados os riscos de vieses, o que permite a adequada avaliação da qualidade dos estudos (Grant *et al.*, 2013b). Entre as diretrizes existentes, a mais usada nas publicações da área da saúde é o *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) (Moher *et al.*, 2010; Grant *et al.*, 2013a). O uso de diretrizes para desenvolvimento e divulgação de resultados em outras áreas como a psicologia,

criminologia, saúde pública, entre outros, ainda não está bem estabelecido (Grant *et al.*, 2013a). A falta de uniformidade nos dados mínimos exigidos para a publicação dificulta a apreciação sobre a qualidade do estudo (Corry *et al.*, 2013; Grant *et al.*, 2013a; Hoffmann *et al.*, 2014), bem como limita a qualidade das sínteses de estudos primários.

Artigo de revisão sobre intervenções psicológicas e sociais identificou que dos 239 ensaios clínicos incluídos na revisão, cerca de 43% apresentou dados sobre a intervenção experimental e 34% sobre as intervenções no grupo controle (Grant *et al.*, 2013a). Dos 40 periódicos avaliados durante a revisão, apenas 11 apresentavam diretrizes para publicação na seção de instrução aos autores (Grant *et al.*, 2013a). Outro artigo de revisão sobre intervenções não farmacológicas de diversas áreas identificou que apenas 39% das 137 intervenções avaliadas foram adequadamente descritas nas publicações; o item mais incompleto referia-se aos materiais usados para o desenvolvimento das intervenções (Hoffmann *et al.*, 2013).

Com vistas a garantir dados mínimos sobre as intervenções testadas nos estudos a diretriz CONSORT para tratamentos não farmacológicos prevê a descrição sobre os componentes da intervenção, detalhes sobre a padronização da intervenção e sobre a adesão dos interventores (Boutron *et al.*, 2008a). Um grupo de especialistas em intervenções desenvolveu o checklist *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR) com a finalidade de melhorar a qualidade dos relatos de pesquisas de intervenção e permitir sua replicabilidade (Hoffmann *et al.*, 2014). O checklist TIDieR pode ser usado para completar a descrição de ensaios clínicos controlados randomizados recomendada pelo CONSORT, assim como para completar a descrição de protocolos de ensaios clínicos controlados randomizados requerida pelo *Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials* (SPIRIT) (Hoffmann *et al.*, 2014). O checklist TIDieR tem 12 itens e inclui informações sobre o nome da intervenção, a teoria que a fundamenta, materiais e procedimento, características do interventor, modo de entrega da intervenção, local de desenvolvimento da intervenção, duração e dose, adaptação da intervenção, modificações realizadas na intervenção durante o

estudo, e avaliação se o que foi planejado foi efetivamente realizado (Hoffmann *et al.*, 2014).

Estudos sobre aspectos sociais e psicológicos têm controlado questões metodológicas importantes como a confiabilidade das medidas e o poder estatístico. No entanto, os pesquisadores assumem que os pacientes receberam a intervenção conforme planejado sem demonstrá-lo efetivamente (Dumas *et al.*, 2001). Alguns autores referem que nos estudos de intervenção é necessário saber o que ocorre entre a randomização e a obtenção dos resultados (Nelson *et al.*, 2012). Atender a essa necessidade envolve demonstrar a fidelidade das intervenções que estão sendo testadas. A fidelidade das intervenções refere-se à confirmação de que a manipulação da variável independente ocorreu conforme o planejado (Moncher, Prinz, 1991).

A mensuração da fidelidade do tratamento é importante para informar sobre a validade interna do estudo, uma vez que indica se todos os participantes receberam a mesma intervenção em termos de dose e qualidade (Dumas *et al.*, 2001). As estimativas de fidelidade das intervenções experimentais também contribuem para a validade externa, pois facilita a replicação do estudo e a translação do conhecimento (Mars *et al.*, 2013).

Estudos têm demonstrado que a fidelidade das intervenções é um mediador dos resultados das pesquisas que testam intervenções complexas (Carroll *et al.*, 2007). Graus de fidelidade na implementação de uma intervenção podem explicar o porquê de estudos gerarem resultados diferentes sendo tão semelhantes em outros aspectos metodológicos (Carroll *et al.*, 2007). Também existe a possibilidade de que se obtenha resultado positivo mesmo se a intervenção for administrada de maneira diferente daquela que foi planejada (Robbins *et al.*, 2014). Desse modo, é importante conhecer quais elementos da intervenção foram realmente realizados durante o estudo.

A mensuração da fidelidade das intervenções testadas nas pesquisas clínicas tem o potencial de evitar que conclusões errôneas sobre a efetividade de alguma intervenção sejam aceitas (Carroll *et al.*, 2007). Falha em detectar efeito

significativo de uma intervenção devido à inadequada implementação é considerado erro tipo III (Hulscher *et al.*, 2003).

Se a fidelidade da intervenção for adequadamente mensurada, pesquisadores de estudos primários podem ter mais confiança em atribuir os resultados de seus estudos às intervenções que testam (Carroll *et al.*, 2007), profissionais da saúde conseguem avaliar se implementaram a intervenção da melhor maneira (Carroll *et al.*, 2007; Breitenstein *et al.*, 2010; Campbell *et al.*, 2013) e pesquisadores que fazem revisões sistemáticas podem sintetizar os achados de pesquisa adequadamente (Carroll *et al.*, 2007).

Isto posto, este estudo teve como finalidade desenvolver um instrumento para avaliar a fidelidade de uma intervenção de enfermagem psicoeducativa oferecida por telefone.

1.1 AS INTERVENÇÕES NO CONTEXTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem orientada pelo processo de enfermagem (PE) valoriza o planejamento das ações, as intervenções, a avaliação e metas específicas para cada paciente (Cruz *et al.*, 2016). O processo de enfermagem guia o cuidado de enfermagem de alta qualidade na medida em que os enfermeiros avaliam condições biofisiológicas, psico-comportamentais e sociais de modo a identificar as necessidades de cuidado dos pacientes; uma vez formulado o diagnóstico de enfermagem, são estabelecidas metas e um entendimento mais aprofundado da condição do paciente é necessário para a seleção de intervenções apropriadas e efetivas (Sidani, Braden, 2011). Após a implementação das intervenções, o estado do paciente é monitorado a fim de determinar se a intervenção permitiu atingir as metas estabelecidas (Sidani, Braden, 2011). O uso adequado do processo de enfermagem pressupõe avaliação criteriosa do paciente e implementação de intervenções efetivas.

A enfermagem desponta como uma das áreas de conhecimento que apresenta intervenções padronizadas organizadas em uma classificação construída por meio de buscas na literatura e na prática clínica dos enfermeiros (Bulechek et al, 2016). A última edição da Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification – NIC*) apresenta 554 intervenções e mais de 13.000 atividades organizadas em 30 classes e sete domínios (Bulechek et al, 2016).

De acordo a NIC, uma intervenção é “*qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente*”(Bulechek et al, 2016).

Já nos trabalhos iniciais da NIC eram apontadas as possibilidades e desafios dessa classificação, quais sejam, necessidade de refinamento da classificação por meio de estudos de efetividade na prática clínica, possibilidade de estimativas do tempo gasto com a assistência de enfermagem e dos custos com a assistência de enfermagem (Bulechek et al, 2016). Segundo Chianca (Chianca *et al.*, 2009), é importante verificar a viabilidade das intervenções da NIC no contexto do cuidado de enfermagem no Brasil. O grande desafio, no nosso ponto de vista, é produzir evidências robustas sobre a efetividade das intervenções constantes da classificação.

Segundo Sidani e Braden (Sidani, Braden, 2011) as intervenções podem ser de natureza física, comportamental, psicológica, cognitiva ou social. Considerando a influência de diversas teorias na prática de enfermagem, as intervenções de enfermagem geralmente são multicomponentes ou intervenções complexas (Sidani, Braden, 2011). A enfermagem tem possibilidade de desenvolver ações de prevenção, promoção e assistência à saúde das pessoas.

As intervenções podem ser oferecidas de vários modos. O modo de entrega da intervenção refere-se aos meios (escrito ou verbal), ao formato (panfletos, cartilhas, com uso de tecnologias da informação ou telecomunicação, face a face, sessões em grupo ou individuais) e à abordagem (padronizada ou adaptada às necessidades do paciente) (Sidani, Braden, 2011).

Espera-se que as intervenções de enfermagem sejam flexíveis, dinâmicas e individualizadas de modo a serem sensíveis às características únicas do paciente (Calsyn, 2000). No entanto, no contexto dos estudos de intervenção, o julgamento sobre a validade dos resultados depende da identificação dos componentes e forma como foram oferecidas as intervenções em teste (Calsyn, 2000).

Nas intervenções psicoeducativas o interventor é o meio pela qual as informações são oferecidas para o receptor da intervenção (Sidani, Braden, 2011); este tipo de intervenção é frequentemente oferecido pela enfermagem e requer muita interação interpessoal, o que torna difícil treinar os interventores e monitorar a qualidade no oferecimento da intervenção (Song et al., 2010).

Apesar de o interventor ter papel central na implementação da intervenção, sua contribuição no oferecimento da intervenção e no alcance dos resultados tem sido ignorada, tanto no contexto da pesquisa de intervenção como no contexto da prática clínica (Sidani, Braden, 2011).

1.2 FIDELIDADE DAS INTERVENÇÕES COMPLEXAS

Intervenções complexas são aquelas que apresentam interação de vários componentes (Medical Research Council, 2008). As dimensões da complexidade podem ser relativas ao número de interações entre os componentes dentro das intervenções experimental e controle, número e dificuldade de comportamentos exigidos por aqueles que realizam ou recebem a intervenção, número de grupos ou níveis organizacionais que são alvo da intervenção, número e variabilidade dos resultados, grau de flexibilidade ou adaptação permitido na intervenção (Medical Research Council, 2008).

Desenvolver, implementar e avaliar intervenções complexas é desafiador (Medical Research Council, 2000). A proposta do *Medical Research Council* (Medical Research Council, 2000; 2008) oferece recomendações para o desenvolvimento, teste piloto e de viabilidade, avaliação e implementação na prática clínica. É uma das diretrizes mais utilizadas para tal finalidade (Corry et al., 2013).

Segundo Sidani e Braden (Sidani, Braden, 2011), há três fases para o desenho dos estudos de intervenções complexas. Na primeira, o pesquisador deve compreender claramente o problema a ser modificado pela intervenção. A segunda fase do desenho trata da elaboração da intervenção; o objetivo é identificar os elementos da intervenção que são necessários para definir as atividades a serem desenvolvidas, o modo de entrega da intervenção e a dose que o interventor deve oferecer de modo a alcançar os resultados estabelecidos. A terceira fase compreende o desenvolvimento da teoria que descreve as condições que influenciam a implementação da intervenção e o alcance dos resultados; também trata do mecanismo responsável pelos efeitos observados. A teoria serve como guia para a avaliação da intervenção.

Os primeiros relatos sobre a fidelidade das intervenções surgiram na literatura na década de 1980 (Gearing *et al.*, 2011). Alguns autores apresentam definições diferentes sobre o conceito fidelidade e quais seriam os seus elementos centrais (Carroll *et al.*, 2007; Gearing *et al.*, 2011; Nelson *et al.*, 2012; Mars *et al.*, 2013).

Estudo de revisão da literatura identificou como componentes centrais do conceito de fidelidade: a aderência à intervenção, exposição ou dose, qualidade da realização da intervenção, responsividade do receptor da intervenção e elementos da intervenção em questão que são diferentes de outras intervenções (Carroll *et al.*, 2007). Outro estudo de revisão identificou como componentes centrais do conceito de fidelidade: delineamento da intervenção e protocolos, treinamento da intervenção, monitoramento da realização e do recebimento da intervenção (Gearing *et al.*, 2011). Alguns autores incluem a responsividade do receptor da intervenção no conceito de fidelidade (Borrelli *et al.*, 2005; Carroll *et al.*, 2007; Devito Dabbs *et al.*, 2011). No entanto, outros autores acreditam que o conceito de responsividade refere-se à eficácia do tratamento e não à fidelidade da intervenção, pois mesmo recebendo uma intervenção com fidelidade adequada, o receptor da intervenção pode não ser capaz ou estar disposto a aplicá-la (Gearing *et al.*, 2011).

Neste estudo a fidelidade das intervenções será entendida como o oferecimento da intervenção conforme o planejado (Dumas *et al.*, 2001).

O principal objetivo da mensuração da fidelidade das intervenções é aumentar a confiança de que os resultados dos estudos de intervenção se devem à intervenção aplicada (Robb *et al.*, 2011). A enfermagem tem avançado na produção de evidências de melhor qualidade. No entanto, os estudos de intervenção precisam explicitar a medida da fidelidade das intervenções de modo que seus resultados possam ser aplicados na prática clínica e representem melhora na saúde das pessoas. Considerando que a fidelidade é um item nas diretrizes para relato de estudos de intervenção (Boutron *et al.*, 2008a; Hoffmann *et al.*, 2014), devem haver iniciativas para desenvolvimento de instrumentos e protocolos para mensuração da fidelidade das intervenções nos estudos clínicos.

O monitoramento do oferecimento da intervenção é geralmente considerado o núcleo da fidelidade e envolve a mensuração da fidelidade durante a entrega da intervenção (Gearing *et al.*, 2011). Variações ou desvios na entrega da intervenção geram questionamentos sobre o que realmente foi oferecido aos pacientes e quais elementos da intervenção são responsáveis pelas mudanças observadas (Sidani, Braden, 2011).

Muitas variações podem ocorrer durante a implementação das intervenções (Sidani, Braden, 2011). Se ocorrerem variações na operacionalização da teoria que fundamenta a intervenção, pode haver discrepância entre os objetivos e/ou ingredientes ativos identificados para a intervenção e os componentes que os operacionaliza, assim, as atividades que compõem a intervenção não são congruentes com os objetivos ou não estão completamente alinhadas com os ingredientes ativos da intervenção (Sidani, Braden, 2011).

Podem ocorrer também desvios nos componentes da intervenção, nas atividades, no modo de entrega ou na dose da intervenção (Sidani, Braden, 2011). Em alguns casos, o modo de entrega e a dose são diferentes do planejado, de modo que a intervenção ou alguns de seus elementos não são implementados conforme planejado (Sidani, Braden, 2011). Isso pode ocorrer porque a intervenção não foi bem definida e seus ingredientes ativos não foram bem especificados; porque o manual do interventor não está disponível ou seu conteúdo não é apresentado de

forma clara; ou porque os interventores não foram adequadamente treinados (Sidani, Braden, 2011).

Outro tipo de desvio na implementação da intervenção se relaciona com a inconsistência no oferecimento de alguns elementos da intervenção por alguns interventores (Sidani, Braden, 2011). Tal fato por ocorrer em intervenções padronizadas quando o interventor acredita que deve individualizar alguns elementos da intervenção ou pode acontecer em intervenções individualizadas quando há falta de clareza para sobre quais elementos da intervenção podem ser adaptados (Sidani, Braden, 2011).

Outras variações na implementação podem ocorrer segundo o local onde a intervenção é oferecida, assim interventores de diferentes cenários podem oferecer diferentes componentes, atividades, modo ou dose da intervenção (Sidani, Braden, 2011).

A implementação das intervenções pode ser afetada também pelos pacientes que se engajam apenas em determinadas atividades ou recomendações (Sidani, Braden, 2011).

Alguns autores sugerem que para analisar se o que foi planejado foi realizado dois aspectos sejam considerados: a fidelidade teórica e a fidelidade da implementação (Haynes *et al.*, 2016). A fidelidade teórica trata da medida com que a intervenção entregue é congruente com a teoria da intervenção (Sidani, Braden, 2011). Já a fidelidade da implementação nos diz em que medida a intervenção oferecida atende aos critérios da intervenção como planejado (Haynes *et al.*, 2016). Para tanto pode ser feita avaliação sobre como os provedores de intervenção foram recrutados e treinados; e sobre a consistência com que os componentes da intervenção foram entregues (Dusenbury *et al.*, 2003).

Várias fontes de dados podem ser usadas para avaliar a fidelidade da intervenção numa pesquisa clínica, tais como entrevista com os pacientes, observação direta, monitoramento com áudio ou vídeo, auto-relato do interventor. Alguns autores recomendam o uso de mais de uma fonte de dados e de dois avaliadores

independentes de modo a aumentar a confiabilidade da medida (Borrelli, 2011; Mars *et al.*, 2013; Knowlden, Sharma, 2014; Oats *et al.*, 2014; Robbins *et al.*, 2014).

O grau de fidelidade de uma intervenção pode variar ao longo do tempo, assim a fidelidade das intervenções deve ser avaliada sistematicamente (Campbell *et al.*, 2013; Mars *et al.*, 2013).

Para avaliar a fidelidade da intervenção é recomendável a construção de instrumento padronizado, específico para esse fim. Alguns estudos sobre a fidelidade das intervenções usaram instrumento padronizado específico para a intervenção: treinamento em grupo para pais lidarem com problemas comportamentais dos filhos (Buchanan *et al.*, 2013), tratamento de 12 passos para usuários abusivos de estimulantes (Campbell *et al.*, 2013), programas *online* de orientação para pais para prevenir a obesidade infantil (Knowlden, Sharma, 2014), intervenções cognitivo-comportamentais para controle da raiva em pessoas com comprometimento intelectual (Jahoda *et al.*, 2013), estímulo à atividade física para meninos do ensino fundamental (Robbins *et al.*, 2014). Os instrumentos para avaliação da fidelidade são desenvolvidos para avaliar elementos particulares de uma intervenção específica. Além disso, poucas medidas são fundamentadas teoricamente (Yamada *et al.*, 2015).

Avaliações de fidelidade são inerentemente únicas para cada intervenção. Em outras palavras, as medidas de fidelidade avaliam a adesão às práticas, procedimentos e utilização de materiais que compõem a intervenção (Abry *et al.*, 2014). No entanto é improvável que todos os componentes de uma intervenção tenham a mesma importância no alcance dos resultados (Abry *et al.*, 2014). Abry e colaboradores (Abry *et al.*, 2014) sugerem que seja avaliada a fidelidade dos componentes específicos e testada sua contribuição para o alcance dos resultados (Abry *et al.*, 2014). Tal abordagem teria como vantagem a identificação dos ingredientes ativos da intervenção, assim esses ingredientes ativos poderiam ser combinados em outras intervenções, poderiam ser refinados no sentido de produzir intervenções mais efetivas (Abry *et al.*, 2014), ou essa informação poderia ser usada para guiar a adaptação de intervenções em diferentes cenários,

ressaltando a prioridade na implementação de componentes associados com os maiores efeitos (Damschroder *et al.*, 2015).

O entendimento de que as avaliações de fidelidade são inerentemente únicas para cada intervenção, requer o uso de instrumentos desenvolvidos ou adaptados para a intervenção em estudo. Assim este estudo teve a finalidade de desenvolver instrumento para avaliação da fidelidade de uma intervenção psicoeducativa oferecida por telefone.

2 OBJETIVO

2. OBJETIVO

Desenvolver instrumento válido e confiável para avaliação da fidelidade de uma intervenção psicoeducativa oferecida por telefone.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo metodológico.

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A avaliação da fidelidade das intervenções requer a categorização e quantificação dos comportamentos dos interventores (Stein *et al.*, 2007).

Os comportamentos podem ser quantificados por meio de auto-relato ou relato de terceiros (Yoder, Symons, 2010). Outra maneira de quantificar comportamentos é por meio da observação sistemática (Waltz *et al.*, 2005; Yoder, Symons, 2010). Essas medidas geralmente tratam de observação de comportamentos, que podem ser interação, comunicação, atividades ou desempenho (Waltz *et al.*, 2005). Unidades de observação podem ser comportamentos pequenos e específicos (abordagem molecular) ou grandes unidades de comportamento (abordagem molar) (Waltz *et al.*, 2005).

Se o pesquisador está interessado apenas no que ocorre durante o período de observação, o interesse é no comportamento em si (Yoder, Symons, 2010). Nesse sentido o comportamento não é visto como uma manifestação de uma variável latente, ou seja, o comportamento não é entendido como a expressão de algo que não pode ser observado diretamente, é apenas a observação do comportamento pelo comportamento (Yoder, Symons, 2010).

A observação estruturada requer o desenvolvimento de um protocolo de observação em que os comportamentos a serem observados são descritos *a priori* (Waltz *et al.*, 2005). Para tanto, podem ser usadas escalas ou *checklists*, pois esses instrumentos facilitam a classificação ou categorização do comportamento observado (Waltz *et al.*, 2005). Instrumentos bem desenvolvidos permitem o registro acurado do fenômeno em uma estrutura de referência (Waltz *et al.*, 2005).

Nos *checklists* deve ser avaliada a presença ou não de determinado comportamento (Yoder, Symons, 2010). As escalas requerem a classificação do comportamento em um ponto de um *continuum* e podem ser usadas para avaliar qualidade ou quantidade do fenômeno de interesse

(Waltz *et al.*, 2005; Yoder, Symons, 2010). A validade e confiabilidade das medidas observacionais dependem de um instrumento bem construído e de observadores bem treinados (Waltz *et al.*, 2005).

O trabalho de Stein e cols (Stein *et al.*, 2007) provê diretriz potencialmente útil para orientar a construção de instrumento para avaliar a fidelidade de intervenções psicoeducativas e requer desenvolvimento segundo sete passos:

- identificação dos elementos do programa de intervenção;
- construção dos itens do instrumento;
- desenvolvimento da escala de mensuração dos itens;
- identificação das unidades de codificação;
- teste e revisão dos itens;
- especificação das qualificações dos avaliadores e desenvolvimento do programa de treinamento dos avaliadores;
- desenvolvimento e execução do teste piloto para verificação validade e confiabilidade do instrumento.

Neste estudo o instrumento foi construído para avaliar a fidelidade de uma intervenção psicoeducativa para cuidadores de pessoas com doenças crônicas testada num ensaio clínico (Díaz Rueda, 2016). Portanto, essa intervenção, tal como proposta no referido ensaio clínico, foi o material usado para construir o instrumento e será descrita a seguir.

3.3 MATERIAL

Para desenvolver o instrumento foram usados os dados do ECR intitulado “Efetividade de intervenções de enfermagem com uso de telefone para cuidadores familiares com tensão do papel de cuidador” (Díaz Rueda, 2016). O uso dos dados foi autorizado conforme Carta de Anuência (Anexo 1).

A intervenção desenvolvida para o ECR (Díaz Rueda, 2016) foi de caráter psicoeducativo, apropriada, portanto, ao objetivo deste estudo. O método do ECR está descrito resumidamente a seguir.

Fizeram parte do ECR 208 cuidadores familiares (104 colombianos e 104 brasileiros) que foram randomizados para receber intervenção psicoeducativa aplicada em cinco sessões com uso de telefone (intervenção) ou o cuidado usual (controle). O cuidador familiar de uma pessoa com doença crônica deveria ter idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever, conviver com a pessoa cuidada por um tempo maior que um mês e ter acesso ao serviço telefônico. O cuidador familiar deveria apresentar o diagnóstico de enfermagem Tensão do Papel Cuidador definido pela *NANDA-International* (NANDA-International, 2012) como "dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família" (Díaz Rueda, 2016). O grupo de intervenção recebeu o conteúdo previsto no programa de intervenção "Cuidar de mim para cuidar do outro", que foi desenvolvido para aplicação no ECR e era composto por cinco sessões de intervenção, com o uso de telefone com duração média de 40 minutos, uma vez por semana durante cinco semanas (Díaz Rueda, 2016).

Para esclarecer o uso dos termos neste relatório, o programa "Cuidar de mim para cuidar do outro", como um todo, foi entendido como uma intervenção complexa, ou multicomponente, pois foi composto pelas intervenções Apoio ao cuidador (7040) e Melhora do enfrentamento (5230) da NIC (Bulechek et al, 2016).

O Programa Cuidar de Mim para Cuidar do Outro (Díaz Rueda, 2016) foi desenvolvido segundo a Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy (Roy, 2009), e as intervenções da NIC (Bulechek et al, 2016) foram incorporadas ao Programa para promover a adaptação dos cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas com o diagnóstico de enfermagem tensão do papel de cuidador (Díaz Rueda, 2016).

As sessões de intervenção deveriam ser desenvolvidas de acordo com o conteúdo presente no Manual do Interventor que pode ser consultado no relatório do estudo de Díaz Rueda (Díaz Rueda, 2016). Esse manual continha a estrutura detalhada de cada sessão de intervenção, assim como as instruções a serem seguidas pelo interventor.

Para apoiar o desenvolvimento das sessões de intervenção, os cuidadores alocados ao grupo de intervenção receberam o Manual do Cuidador Familiar. O manual continha as informações relevantes tratadas durante as sessões de intervenção.

No Brasil fizeram parte do estudo 6 interventores, todos com graduação em enfermagem, dois cursando mestrado e um com o doutorado completo. Os enfermeiros receberam treinamento de 16 horas. No final do treinamento o enfermeiro deveria demonstrar conhecimento e habilidades na realização das atividades previstas na intervenção. Os interventores foram remunerados pelas horas despendidas nas intervenções.

Como a construção do instrumento segundo Stein e cols (Stein *et al.*, 2007) prevê em sua última etapa um teste empírico, para essa etapa o material foi composto pelos dados obtidos no Brasil, referentes aos 52 cuidadores alocados para o grupo intervenção. Como preparação para este estudo de fidelidade, os interventores no ECR deviam gravar o áudio de suas falas em todas as sessões de intervenção. Devido a problemas técnicos de gravação dos áudios e perda dos participantes ao longo do estudo, tivemos 128 áudios disponíveis, incluindo tanto os cuidadores que completaram as cinco sessões quanto os que receberam parte das sessões de intervenção.

Em síntese, o material para o presente estudo foi composto pelo Manual do Interventor e pelos áudios gravados da realização da intervenção.

3.4 PROCEDIMENTOS

A seguir serão detalhados os passos (Stein *et al.*, 2007) que foram seguidos no desenvolvimento do instrumento para avaliação da fidelidade das intervenções de enfermagem oferecidas por telefone.

3.4.1 Identificação dos elementos do programa de intervenção

Para avaliar a fidelidade das intervenções é necessário identificar os elementos que compõem o programa de intervenção (Stein *et al.*, 2007). Esses elementos são comportamentos do interventor e podem ser **específicos** para a intervenção em estudo, **comuns** a várias intervenções ou podem ser comportamentos **proscritos** (Stein *et al.*, 2007). Os

comportamentos **específicos** são aqueles que diferenciam a intervenção em estudo de outras intervenções correlatas e são essenciais para trazer a mudança pretendida (Sidani, Braden, 2011). Os elementos específicos são os ingredientes ativos de uma intervenção e devem estar presentes para que a intervenção apresente efeito (Sidani, Braden, 2011). Os elementos **comuns** são aqueles necessários à intervenção, mas que também estão presentes em diversas intervenções (Stein *et al.*, 2007). Por exemplo, na maioria dos tratamentos psicossociais, estabelecer o *rapport*, especificar metas, definir limites e fornecer informações são vistos como comportamentos necessários para promover a mudança, mas são comuns em várias vertentes de intervenção psicossocial (Stein *et al.*, 2007). Assim, os ingredientes ativos, ou elementos **específicos** da intervenção, são os responsáveis pela mudança pretendida, e os elementos **comuns** são aqueles que facilitam a entrega dos ingredientes ativos (Sidani, Braden, 2011). Os elementos **proscritos** tratam do oferecimento de ingredientes ativos de intervenções concorrentes, ou seja, oferecimento de elementos de intervenções diferentes que tem a mesma finalidade (Stein *et al.*, 2007).

O Manual do Interventor do programa “Cuidar de si para cuidar do outro” (Díaz Rueda, 2016), daqui em diante referido apenas como Manual do Interventor, foi a principal fonte para a identificação dos elementos **específicos** e **comuns** do programa de intervenção. Neste estudo não foram definidos elementos **proscritos** porque não foram comparadas duas ou mais intervenções durante o ECR (Díaz Rueda, 2016). Assim não havia como destacar *a priori* comportamentos do interventor que poderiam representar ingredientes ativos de intervenções concorrentes. Apesar de não ser possível identificar *a priori* elementos **proscritos**, existia a possibilidade de o interventor acrescentar comportamentos capazes de modificar o programa de intervenção. Esse aspecto foi tratado nas categorias de resposta dos itens do instrumento, que serão apresentadas mais à frente, como acréscimo de conteúdo estranho ao programa de intervenção.

Os procedimentos para identificar os elementos **específicos** e **comuns** do programa de intervenção em estudo foram realizados pela pesquisadora principal e suas orientadoras. Uma das pesquisadoras listou os conteúdos presentes nas orientações gerais do Manual do Interventor, nos objetivos de cada sessão de intervenção, assim como no passo a passo de cada sessão. Outra pesquisadora conferiu a lista produzida. Esse processo foi iterativo, envolveu revisão e obtenção de consenso sobre os comportamentos do interventor no

programa de intervenção que deveriam ser o foco da avaliação da fidelidade com que foi realizada.

Os elementos receberam uma numeração, identificação de sua localização no Manual do Interventor em termos de tópico onde estava e página, granularidade e o conteúdo de cada elemento.

A granularidade trata da possibilidade de mensuração dos elementos e foi classificada da seguinte maneira:

1. Pouco genérico **E** possível mensurar (presença ou não)/observar por áudio;
2. Moderadamente genérico;
3. Muito genérico **OU** difícil mensurar/observar por áudio;

Os itens com granularidade 2 ou 3 tratavam que grandes conteúdos que estavam refletidos nos itens de granularidade 1. Assim, foram incluídos no instrumento apenas os elementos com granularidade 1.

Um dos itens previstos no Manual do interventor (usar linguagem que o participante usa para descrever seus sintomas) não seria passível de observação uma vez que não estava previsto acesso ao áudio dos cuidador, assim esse elemento foi substituído por outra habilidade de comunicação identificada na literatura conforme será apresentado na seção de resultados.

Ao realizar intervenções por telefone, o profissional não conta com os recursos de comunicação envolvidos na intervenção face-a-face, como o comportamento corporal (cinésica), a distância entre as pessoas (proxêmica) ou o toque (tacêsica), dispondo apenas de recursos do modo como fala (paralinguagem) (Silva, 2002). Assim, foram identificados na literatura e incluídos elementos de comunicação por telefone e paralinguagem.

3.4.2 Construção dos itens do instrumento

Os itens do instrumento foram construídos considerando que cada item deve apresentar um comportamento específico e objetivo que possa ser reconhecido de maneira confiável por quem for codificar a fidelidade das intervenções; cada item deve tratar de um comportamento distinto, não deve haver sobreposição entre os itens (Stein *et al.*, 2007). Assim, os elementos

da intervenção identificados no passo anterior foram operacionalizados em afirmações descritivas dos comportamentos do interventor. Cada afirmação correspondeu a um item do instrumento e deveria refletir um comportamento verbal possível de ser avaliado por meio da observação de gravações dos áudios das sessões de intervenção.

Com base no Manual do Interventor e na literatura a pesquisadora construiu os itens para cada elemento identificado e definições operacionais para cada item. As orientadoras revisaram as definições e após discussão, refinamento e obtenção de consenso essas definições foram consideradas adequadas para o desenvolvimento das demais etapas de construção do instrumento.

3.4.3 Desenvolvimento da escala de mensuração dos itens

As escalas de mensuração dos itens podem ser dicotômicas ou escalas do tipo Likert que capturam a magnitude do comportamento observado (Stein *et al.*, 2007). As avaliações dicotômicas mensuram se o comportamento do interventor ocorreu ou não durante a sessão. Esse método de avaliação apresenta duas desvantagens: não considera o tempo investido pelo interventor no comportamento alvo, assim tem o potencial de fornecer informações distorcidas sobre o foco do interventor durante a sessão (Waltz *et al.*, 2005); a mensuração dicotômica pode levar a um maior erro padrão quando comparada às escalas do tipo Likert (Waltz *et al.*, 2005). No entanto, escalas dicotômicas permitem avaliação mais clara dos itens e aumentam a concordância interavaliador a um baixo custo (Waltz *et al.*, 2005). Já as escalas do tipo Likert permitem atender o pressuposto de que quanto maior a magnitude do comportamento, melhor. A desvantagem desse tipo de escala é o alto grau de subjetividade associado ao processo de avaliação o que pode refletir em menor concordância interavaliador (Waltz *et al.*, 2005).

Neste estudo a escala de mensuração escolhida foi do tipo Likert, com três categorias de resposta: adequado, limítrofe e inadequado. Essa decisão foi apoiada no interesse em obter dados mais detalhados sobre a fidelidade das intervenções em comparação ao que seria obtido com uma escala dicotômica. A pesquisadora desenvolveu definições operacionais para cada categoria de resposta dos itens e essas definições foram discutidas e revisadas junto com as orientadoras. As categorias de respostas e suas definições foram consideradas adequadas para

avaliação nas demais etapas de desenvolvimento do instrumento quando o consenso entre os pesquisadores foi alcançado.

3.4.4 Identificação das unidades de codificação

A identificação das unidades de codificação refere-se à definição de qual será a unidade de análise a ser considerada na codificação da fidelidade da intervenção (Stein *et al.*, 2007). No caso deste estudo, tratava-se de definir como os áudios seriam observados para avaliar os comportamentos dos interventores. Dessa definição dependia a organização das orientações sobre como aplicar os itens do instrumento. Segundo Stein (Stein *et al.*, 2007) três tipos de unidades de codificação podem ser usadas: a codificação evento-a-evento, a codificação ocorrência-não ocorrência e a seleção randômica de segmentos de tempo, conforme detalhadas a seguir.

- Na codificação evento-a-evento a unidade de codificação é cada fala do interventor, até o mesmo passar a palavra para o cliente (Waltz *et al.*, 2005). Visto que cada comportamento pode ocorrer ao longo de várias falas do interventor, esse tipo de delimitação das unidades de codificação pode levar a unidades onde não seja possível identificar um comportamento completo do interventor ou pode fazer com que um mesmo comportamento seja codificado muitas vezes. Embora seja uma forma de codificação trabalhosa, permite a identificação da proporção de falas do interventor dedicadas a determinado tópico. Como cada fala recebe uma codificação, esse tipo de análise permite identificar as áreas de discordância na codificação (Stein *et al.*, 2007). No caso deste estudo, uma codificação do tipo evento-a-evento consideraria cada fala do interventor como uma unidade de codificação distinta. Esta opção não foi escolhida pois poderia resultar em muitas unidades que não representassem um comportamento completo, ou o comportamento do interventor poderia ser codificado muitas vezes.

- Na codificação ocorrência não-ocorrência (Waltz *et al.*, 2005) é considerado o total de falas do interventor durante a sessão. Nessa abordagem é avaliado se determinado comportamento do interventor ocorre ou não durante a sessão. Na codificação ‘ocorrência / não-ocorrência’ é possível identificar um panorama dos comportamentos do interventor ao longo da sessão de

intervenção (Stein *et al.*, 2007). Esta foi a unidade de codificação escolhida para o presente trabalho. O objetivo era identificar a presença do comportamento, não sua frequência.

- Na seleção randômica de segmentos de tempo de uma sessão de intervenção, assim como na codificação ‘ocorrência / não-ocorrência’, é considerado o conjunto de falas do interventor. No entanto, são avaliados apenas alguns segmentos selecionados em cada sessão. Poucos pesquisadores usam este tipo de abordagem; a única vantagem desse tipo de unidade de codificação é a redução de custos e investimentos associados à redução do tempo de sessão avaliada (Stein *et al.*, 2007). No caso deste estudo, uma codificação por seleção randômica de segmentos de tempo, consideraria cada segmento selecionado como uma unidade de codificação distinta. Esta opção não foi escolhida pois, assim como codificação evento-a-evento, poderia levar a muitas unidades de codificação que não representassem um comportamento completo ou o comportamento do interventor poderia ser codificado muitas vezes.

Assim, neste estudo, trabalhamos com 128 unidades de codificação (cada sessão correspondeu a uma unidade de codificação) para avaliar as falas dos interventores quanto aos comportamentos descritos nos itens instrumento.

3.4.5 Teste e revisão dos itens

Para refinar os enunciados dos itens e suas definições operacionais, a clareza e especificidade desses itens devem ser estabelecidas (Stein *et al.*, 2007). Para essa finalidade, Stein (Stein *et al.*, 2007) prevê exercícios de codificação individual e em grupo feitos por expertos, pessoas com experiência no cuidado da população alvo da intervenção ou na aplicação da intervenção. Discussões sobre o processo e resultado da codificação dessas sessões auxiliam no processo de refinamento dos itens. Esse processo é iterativo e dura até o momento em que o grupo concorda que os itens estão prontos para serem aplicados (Stein *et al.*, 2007).

Os enunciados dos itens, suas definições operacionais, assim como as definições de cada categoria de resposta dos itens, foram submetidas à validação de conteúdo pelos membros do Grupo de Estudos sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf) cadastrado no diretório de grupos de pesquisa no Brasil da Plataforma Lattes

(<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0067404YJB6TFO>) que havia acompanhado o desenvolvimento do ECR “Efetividade de intervenções de enfermagem com uso de telefone para cuidadores familiares com tensão do papel de cuidador” (Díaz Rueda, 2016).

Durante reunião do DIREnf os membros do grupo foram esclarecidos sobre o conceito fidelidade das intervenções; em seguida receberam Carta Convite (APÊNDICE A) que explicava os propósitos da pesquisa e os convidava para dela participar. Os membros que aceitaram participar do estudo receberam um instrumento para caracterização do experto (APÊNDICE B) desenvolvido segundo critérios adaptados de Guimarães e colaboradores (Guimarães *et al.*, 2015).

A proposta de Guimarães e colaboradores (Guimarães *et al.*, 2015) considera a experiência em pesquisa, em ensino, assim como a experiência clínica (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios e pontos atribuídos na classificação da expertise

Critério	Pontos atribuídos
Experiência clínica de pelo menos quatro anos na área de interesse (obrigatório)	04
Experiência de pelo menos um ano no ensino clínico na área de interesse	01
Experiência em pesquisa com artigos publicados na área de interesse em periódicos de referência	01
Participação há pelo menos dois anos de grupo de pesquisa na área de interesse	01
Doutorado em enfermagem na área de interesse	02
Mestrado em enfermagem na área de interesse	01
Residência em enfermagem na área de interesse	01

Fonte: Guimarães *et al.* Experts for validation studies in Nursing: new proposal and selection criteria. International Journal of Nursing Knowledge, 2015.

Foi definido que a área de interesse para o presente trabalho era experiência em enfermagem em doenças crônicas ou experiência no delineamento, implementação e/ou avaliação de intervenções complexas.

Para cada ano de experiência clínica ou no ensino, um ponto extra deveria ser adicionado (Guimarães et al., 2015). Segundo Guimarães et al. (Guimarães *et al.*, 2015), após a atribuição dos pontos, o grau de expertise pode ser classificado em:

Experto júnior: escore mínimo de cinco pontos.

Experto máster: escore entre seis e vinte pontos.

Experto sênior: escore maior do que 20 pontos.

Cada pesquisador deve definir o nível de expertise necessário para seu grupo de expertos (Guimarães *et al.*, 2015). No presente estudo foram considerados os julgamentos dos expertos máster e sênior.

Apesar de a proposta de Stein e colaboradores (Stein *et al.*, 2007) incluir a verificação da clareza e especificidade dos itens, o grupo de pesquisa DIREnf tinha uma boa experiência com o uso dos critérios de Grant (Grant, Kinney, 1991). Assim, os expertos julgaram os enunciados dos itens, suas definições operacionais e as escalas de mensuração quanto aos critérios de adequação, clareza e mensurabilidade. A adequação indica se as definições são pertinentes ou representam os elementos da intervenção; clareza indica se as definições estão claras, compreensíveis; e mensurabilidade indica se a definição operacional ou as escalas de mensuração são passíveis de serem aplicadas (Grant, Kinney, 1991). Os expertos avaliaram segundo os critérios estabelecidos e fizeram sugestões que melhorassem a adequação, clareza ou mensurabilidade dos itens. As definições foram consideradas válidas ao se alcançar consenso entre os membros do grupo que, segundo os critérios já mencionados, eram expertos máster ou sênior.

Fizeram parte do grupo de avaliadores 13 expertos máster e um experto sênior segundo a classificação de Guimarães (Guimarães *et al.*, 2015). Algumas características demográficas e de formação dos expertos podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos expertos segundo sexo, idade, tempo de formação e experiência clínica. São Paulo - 2016

Expertos	N		%	
Sexo				
Feminino/ Masculino	12/ 2		85,3/ 14,3	
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	25	55	34,8	8,4
Tempo de formado (anos)	5	33	12,8	8,5
Tempo de experiência clínica (anos)	5	18	9,4	4,4

Como titulação máxima cinco expertos tinham mestrado e um tinha pós-doutorado, todos tinham curso de especialização *latu senso*.

Quanto à área de atuação, os expertos podiam indicar mais de uma opção de resposta, 92,8% (13) estavam na assistência, desses, sete (50%) referiram estar exclusivamente na assistência; 50% (7) referiram atuar na pesquisa, 50% (7) referiram atuar na docência, quatro (28,6%) expertos referiram atuar tanto na assistência, quanto no ensino e na pesquisa.

3.4.6 Especificação das qualificações e desenvolvimento do programa de treinamento dos avaliadores

Avaliar a fidelidade de uma intervenção é uma tarefa tão complexa que o codificador precisa ter *expertise* comparável à requerida do interventor (Stein *et al.*, 2007). O treinamento do codificador tem a finalidade de assegurar o uso adequado do instrumento e é definido em termos de duração e métodos (Stein *et al.*, 2007). Podem ser realizadas sessões de codificação em grupo ou individuais com posterior discussão dos resultados em grupo (Stein *et al.*, 2007). Em alguns estudos, as codificações individuais são confrontadas com codificações efetuadas por consenso de expertos de modo a estabelecer a concordância interavaliador inicial ou para identificar a adequação do treinamento do codificador no momento em que este atinge a concordância mínima pré-estabelecida (Carroll *et al.*, 2000).

Neste estudo, a estratégia adotada para o treinamento dos codificadores foi a codificação individual com posterior discussão em grupo. A sessão de treinamento durou 5 horas e incluiu

a discussão dos critérios para as categorias de respostas dos itens relacionados aos elementos específicos e dos itens relacionados aos elementos comuns da intervenção. Dúvidas que surgiram ao longo do processo de codificação das 128 sessões de intervenção foram discutidas entre o codificador, que foi o autor deste estudo (ESG), e os orientadores (DALMC e RCGS) e posteriormente as orientações foram compartilhadas com um segundo codificador (APC).

3.4.7 Desenvolvimento e execução do teste piloto para verificação da validade e confiabilidade do instrumento

O teste piloto da escala é necessário para a verificação da validade e confiabilidade das observações (Stein *et al.*, 2007). A validade tem sido verificada em termos de validade divergente e validade de construto; a confiabilidade tem sido verificada por meio da consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach e pelos coeficientes de concordância inter e intra-avaliador com amostras de 10 a 20% do total das unidades de codificação (Stein *et al.*, 2007). A medida de consistência interna foi avaliada para conjunto de itens comuns, e para o conjunto de itens específicos segundo a sessão de intervenção.

Para as análises de concordância foram amostradas aleatoriamente 20% do total das sessões de intervenção (128 sessões), o que correspondeu a 25 sessões; foram sorteadas 7 gravações da primeira sessão de intervenção, 5 da segunda sessão, 5 da terceira, 4 da quarta e 4 da quinta sessão que foram codificados pelo avaliador secundário e reanalisadas pelo avaliador primário. As 25 sessões foram reavaliadas pela pesquisadora principal (ESG) 10 dias depois da primeira avaliação para gerar os dados para a concordância intra-avaliador. Para a concordância interavaliador, as mesmas 25 sessões foram avaliadas por uma pesquisadora colaboradora que havia sido treinada conforme já descrito. Foram avaliadas apenas as falas dos interventores para a codificação da fidelidade das intervenções.

Quanto à validade do instrumento, não foram feitas outras estimativas além da validade de conteúdo já descrita. Quando são testadas duas intervenções no ECR, o que não foi o caso neste estudo, pode ser investigada a validade divergente (Stein *et al.*, 2007). Outra possibilidade é estimar a validade de construto da medida, o que tem sido feito pela análise fatorial confirmatória (Stein *et al.* 2007). Segundo Stein *et al.* (2007), o tamanho da amostra

usado para a análise fatorial confirmatória tem ficado entre 48 e 720 sessões avaliadas por um número variado de codificadores (Stein *et al.*, 2007). No entanto, Stein e colaboradores (Stein *et al.*, 2007) chamam a atenção para a falta de independência entre as avaliações, pois, geralmente, um mesmo codificador avalia várias unidades de análise, senão todas, e ressalta que tal fato degrada a medida. Neste estudo, apenas um avaliador codificou todas as sessões. Várias sessões tinham sido realizadas por um mesmo interventor (o interventor A foi responsável por 41 sessões de intervenção, o B por 34, o C por 28, o D por 15, o E por 8 e o F por 2 sessões de intervenção), para um mesmo cuidador, o que caracteriza alto grau de dependência entre as avaliações. Essa foi a razão pela qual não foi realizada a análise fatorial confirmatória.

Como uma forma de avaliar a exequibilidade da mensuração da fidelidade das intervenções foi calculado o tempo gasto na codificação dos áudios, em termos de minutos adicionais ao tempo da intervenção.

3.4.8 Organização e pontuação do instrumento *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool* (NIFE Tool)

Os itens construídos foram organizados conforme a organização das sessões de intervenção e a proposta de pontuação do instrumento também seguiu essa organização e natureza dos itens (específicos ou comuns).

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi criado formulário online com todo o conteúdo do instrumento, assim cada codificador inseriu os dados no formulário eletrônico e estes foram armazenados em planilhas do Excell®.

Neste estudo, o instrumento construído foi investigado quanto à confiabilidade, em termos de consistência interna por meio do alfa de Cronbach, e em termos de concordância inter e intra-avaliador com o uso do Kappa.

O alfa de Cronbach considera a correlação entre os itens do instrumento (Urbina, 2007). A magnitude do coeficiente é uma função de dois fatores: o número de itens e a razão entre a variabilidade nas respostas de cada item e a variância total nos escores do conjunto de itens (Urbina, 2007).

O índice de Kappa é usado como coeficiente de concordância de dois juízes, pode ser definido como a proporção de acordo entre os juízes após ser retirada a proporção de acordo devido ao acaso (Fonseca *et al.*, 2007). O limite máximo do Kappa é 1, representando o acordo perfeito entre os juízes, no entanto, quanto mais próximo de 0 estiver o valor de κ , maiores indícios de que o grau de acordo entre os juízes se deve ao acaso (Fonseca *et al.*, 2007). Quando o índice assume valores negativos (até ao limite de -1) reflete graus de acordo inferiores aos esperados pelo acaso (Fonseca *et al.*, 2007). No entanto o valor de Kappa pode ser afetado pela prevalência das respostas ou por vieses entre os observadores. Com vistas a reduzir esses efeitos foi usado o Prevalence Adjusted and Bias Adjusted Kappa (PABAK) (Byrt *et al.*, 1993).

O valor mínimo de Kappa de 0,70 deveria ser atingido durante o estudo piloto, desse modo poder-se-ia aceitar que os avaliadores foram calibrados. A interpretação dos valores de Kappa foi feita com base nas seguintes faixas (Landis, Koch, 1977):

Valores de Kappa	Intrepretação
<0	<i>Sem concordância</i>
0-0.19	<i>Concordância pobre</i>
0.20-0.39	<i>Concordância razoável</i>
0.40-0.59	<i>Concordância moderada</i>

0.60-0.79	<i>Concordância substancial</i>
0.80-1.00	<i>Concordância quase perfeita</i>

As análises estatísticas foram feitas no pacote estatístico do SPSS 18[®].

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O uso dos dados do ECR intitulado “Efetividade de intervenções de enfermagem com uso de telefone para cuidadores familiares com tensão do papel de cuidador” (Díaz Rueda, 2016) foi autorizado conforme Carta de Anuência (Anexo 1).

O projeto do ensaio clínico (Díaz Rueda, 2016) foi aprovado pelo ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP Parecer Número 435. 429 (Anexo 2).

Os possíveis participantes foram esclarecidos sobre o estudo e seus procedimentos e, se concordassem, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme dispositivos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Saúde, 2012). A avaliação da fidelidade estava prevista no protocolo original e o CEP não pediu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o interventor.

No projeto estava prevista a gravação do áudio das sessões de intervenção com objetivo de avaliar a fidelidade das intervenções e, no momento do recrutamento, os interventores foram informados sobre a necessidade de gravação e avaliação da fidelidade das intervenção e concordaram com as condições para o desenvolvimento do estudo.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

O *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool (NIFE Tool)* foi desenvolvido para avaliar a fidelidade das intervenções psicoeducativas oferecidas por telefone por meio da observação dos comportamentos verbais dos interventores. O referencial metodológico de Stein (Stein *et al.*, 2007) fundamentou esse processo segundo os sete passos: 1) identificação dos elementos do programa de intervenção; 2) construção dos itens do instrumento; 3) desenvolvimento da escala de mensuração dos itens; 4) identificação das unidades de codificação; 5) teste e revisão dos itens; 6) especificação das qualificações e desenvolvimento do programa de treinamento dos avaliadores; 7) desenvolvimento e execução do teste piloto para verificação da validade e confiabilidade do instrumento. Os resultados serão apresentados de acordo com esses sete passos.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

A identificação e a análise dos conteúdos do Manual do Interventor (Díaz Rueda, 2016), permitiram extrair 195 elementos da intervenção. Depois de excluídos os elementos repetidos, resultaram 49 **elementos específicos** e 18 **elementos comuns**. Para facilitar a exposição desses resultados, serão apresentadas informações sobre a organização e o conteúdo do programa de intervenção em estudo.

O Manual do Interventor (Díaz Rueda, 2016) incluía o passo-a-passo de cada uma das cinco sessões do programa. Todas as sessões tinham a mesma estrutura básica; as partes iniciais e finais tinham conteúdos iguais ou muito semelhantes; apenas a parte central tinha conteúdo diferente a cada sessão. A Figura 1 é um esquema da estrutura básica aplicada a todas as sessões.

Figura 1 - Estrutura das sessões de intervenção do programa “Cuidar de mim para cuidar do outro”.

Conforme representado na Figura 1, todas as sessões foram estruturadas em cinco etapas (revisão dos exercícios, conteúdo da sessão, resumo da sessão, exercícios, e esclarecimento de dúvidas). Conforme já mencionado, dessas cinco etapas, apenas a segunda (conteúdo) era diferente a cada sessão. As demais eram iguais ou muito semelhantes entre as sessões. Em função dessa estrutura das sessões havia elementos da intervenção que se repetiam nas diferentes sessões e outros que eram particulares de cada sessão.

A segunda parte de cada uma das cinco sessões foi a fonte para a identificação dos **elementos específicos** da intervenção; os **elementos comuns** foram derivados das outras partes das sessões de intervenção.

4.1.1 Elementos **específicos** da intervenção

O programa de intervenção “Cuidar de mim para cuidar do outro” tinha como objetivo geral promover a adaptação dos cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas com o diagnóstico de enfermagem tensão do papel de cuidador; mais especificamente (Díaz Rueda, 2016):

- Oferecer aos cuidadores familiares informações relevantes sobre o cuidado de pessoas com doenças crônicas;
- Potencializar o autocuidado dos cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas;
- Estimular o desenvolvimento e utilização de estratégias de enfrentamento adequadas para a situação de cuidado.

O Quadro 2 apresenta as sessões do programa “Cuidar de mim para cuidar do outro” (Díaz Rueda, 2016) segundo as intervenções e atividades da NIC (Bulechek *et al*, 2016), assim como os conteúdos previstos para cada sessão.

Quadro 2 - Organização das sessões segundo intervenção e atividades da NIC e conteúdos previstos, retirado de Díaz (Díaz Rueda, 2016)

SESSAO	INTERVENÇÃO/ATIVIDADES (NIC)	CONTEÚDOS
1. Ser cuidador familiar	Apoio ao cuidador (7040): Determinar o nível de conhecimentos do cuidador, ensinar ao cuidador técnicas de controle do estresse.	<ul style="list-style-type: none"> - Significado de ser cuidador familiar - Consequências do cuidado - Manejo da tensão: Exercício controle da respiração
2. Um pouco mais sobre ser cuidador	<p>Apoio ao cuidador (7040): Investigar os aspectos positivos e negativos do cuidado, ensinar ao cuidador seus direitos.</p> <p>Melhora do enfrentamento (5230): Estimular o cuidador para identificar suas próprias fortalezas e debilidades. Instruir o cuidador no uso de técnicas de relaxamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efeitos do cuidado na saúde e bem-estar dos cuidadores familiares - Os direitos dos cuidadores familiares - Técnica de relaxamento muscular - Diário de relaxamento
3. Sentimentos e comunicação	Melhora do enfrentamento (5230): Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Proporcionar treinamento em habilidades sociais.	<ul style="list-style-type: none"> - O que sentimos - Comunicação assertiva
4. Solução de problemas	Melhora do enfrentamento (5230): Auxiliar o cuidador na resolução dos problemas de uma forma construtiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Os problemas e suas soluções - Técnica de resolução de problemas
5. Cuidar de mim para cuidar do outro	Apoio ao cuidador (7040): Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Importância do cuidado da própria saúde - Como cuidar de si mesmo - Organização do tempo e planejamento de atividades

Todos os elementos da intervenção em estudo gerados a partir dos conteúdos do Manual do Interventor relativos às intervenções da NIC (Bulechek *et al*, 2016) contidas no Quadro 2 foram tratados como **elementos específicos**. O Quadro 3 a seguir apresenta os 49 elementos específicos da intervenção em estudo, conforme a sessão de intervenção em que deveriam ocorrer. A segunda coluna do Quadro 3 mostra os códigos atribuídos aos elementos, com a finalidade de facilitar a apresentação dos resultados das próximas fases. Sempre que necessário e possível, os elementos da intervenção serão referidos por esses códigos. No caso dos elementos específicos, os códigos contém a letra “E”.

Quadro 3 - Elementos específicos do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro

Sessão	Elementos Específicos	
	Código	Enunciado
Todas	E1	Solicitar ao cuidador para acompanhar a sessão no manual do cuidador
S1	E2	Apresentar o programa explicando o que ocorrerá em cada uma das cinco sessões
	E3	Solicitar que o cuidador conte sobre a doença do familiar
	E4	Explicar o que é doença crônica e a necessidade de um cuidador para portadores de doenças crônicas
	E5	Apresentar ao cuidador o conceito de cuidador familiar
	E6	Incentivar o cuidador a relatar sua experiência como cuidador
	E7	Apresentar ao cuidador o conceito de cuidar
	E8	Incentivar o cuidador a refletir sobre as tarefas de cuidado que realiza com o familiar
	E9	Elencar as tarefas habituais de um cuidador familiar
	E10	Incentivar o cuidador a refletir sobre as qualidades necessárias para cuidar do familiar dele
	E11	Incentivar o cuidador a refletir sobre as habilidades e qualidades que desenvolveu para realizar o cuidado
	E12	Pedir que o cuidador faça uma lista das consequências das atividades de cuidado na sua vida
	E13	Apresentar ao cuidador que ele precisa ter boa saúde, compreensão e capacidade de observação.
	E14	Falar sobre as consequências do cuidado para o cuidador familiar
	E15	Apresentar ao cuidador a importância de cuidar de si mesmo
	E16	Apresentar ao cuidador o exercício de respiração para quando se sente

Sessão	Elementos Específicos	
	Código	Enunciado
		tenso, cansado ou estressado
	E17	Orientar o cuidador nas etapas do exercício de respiração
	E18	Incentivar o cuidador a avaliar como se sentiu com o exercício
S2	E19	Apresentar ao cuidador os possíveis efeitos do cuidado na saúde e no bem-estar do cuidador familiar
	E20	Apresentar ao cuidador os sinais de alerta de que deve dedicar mais atenção a si mesmo
	E21	Solicitar ao cuidador que leia a lista dos direitos dos cuidadores no diário de atividades, indicando a página do diário de atividades
	E22	Incentivar o cuidador a falar dos direitos mais importantes para ele
	E23	Solicitar ao cuidador que explique por que tais direitos são importantes para ele
	E24	Orientar o cuidador a realizar a técnica de relaxamento muscular para manter baixo nível de ansiedade e estresse.
	E25	Incentivar o cuidador a avaliar como se sentiu com o exercício
S3	E26	Apresentar conteúdo sobre o papel dos sentimentos.
	E27	Solicitar que o cuidador identifique, no último mês, os sentimentos experimentados com maior frequência como resultado da prestação de cuidados
	E28	Focar nos sentimentos relatados pelo cuidador e falar sobre a ocorrência de tristeza, raiva, perda, culpa ou solidão.
	E29	Apresentar ao cuidador o que pode ajudá-lo a lidar com os sentimentos
	E30	Apresentar para o cuidador os três tipos de comunicação (passivo, agressivo, assertivo)
	E31	Perguntar ao cuidador o que ele faz quando precisa de ajuda? A quem pede ajuda? Como pede ajuda?
	E32	Apresentar para o cuidador o uso da comunicação assertiva em situações específicas
S4	E33	Explicar ao cuidador que pessoas de todas as idades têm problemas
	E34	Solicitar que o cuidador diga alguns dos problemas vivenciados ao longo da última semana.
	E35	Perguntar ao cuidador o que ele normalmente faz para achar soluções quando tem problemas.
	E36	Apresentar ao cuidador a técnica de resolução de problemas
	E37	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a definição e a formulação do problema

Sessão	Elementos Específicos	
	Código	Enunciado
	E38	Pedir para o cuidador ler o exemplo do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades
	E39	Pedir para o cuidador identificar qual é o problema presente no exemplo
	E40	Explicar para o cuidador sobre geração de soluções alternativas
	E41	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre o processo de tomada de decisão
	E42	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a escolha, aplicação e verificação da solução
S5	E43	Solicitar que o que o cuidador diga o que faz para cuidar da própria saúde
	E44	Solicitar que o cuidador diga por que a própria saúde é tão importante
	E45	Solicitar que o cuidador pense no que faz habitualmente e identifique o que acha que beneficia sua saúde e o que acha que prejudica sua saúde
	E46	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a importância de cuidar de si mesmo
	E47	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre como cuidar de si mesmo
	E48	Explicar para o cuidador como fazer um plano de atividades
	E49	Fazer o encerramento do programa de intervenção

4.1.2 Elementos **comuns** da intervenção

Dos conteúdos do Manual do Interventor relativos à introdução e ao encerramento das sessões, do conteúdo das orientações gerais ao interventor e dos conteúdos relativos a competências comunicacionais extraídos da literatura foram derivados os elementos comuns da intervenção em estudo. O processo de análise do Manual do Interventor e da literatura resultou na identificação de 18 **elementos comuns** (Quadro 4). Os elementos comuns têm códigos iniciados sempre pela letra “C” para diferenciá-los dos códigos dos elementos específicos, que têm a letra “E”.

Quadro 4 - Elementos comuns do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro

Sessão	Elementos comuns	
	Código	Enunciado
Todas	C1	Compreender, acuradamente, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa
Todas	C2	Expressar sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa e preocupação com o seu bem estar
Todas	C3	Explicitar o entendimento que tem do sentimento e da perspectiva da outra pessoa
Todas	C4	[Usar linguagem que o participante usa para descrever seus sintomas. §] Usar auto-discurso como estratégia
Todas	C5	Usar linguagem que não distancia o cuidador
Todas	C6	Fazer o que diz que fará
Todas	C7	Se não tem resposta, dizer que não sabe e que a procurará
Todas	C8	Apresentar-se ao cuidador
Todas	C9	Rever a realização das tarefas em casa
Todas	C10	Quando o cuidador não faz a tarefa, dar tempo para o mesmo explicar o motivo
Todas	C11	Falar com tom de voz confortável e relaxado
Todas	C12	Manter fluência no discurso
Todas	C13	Fazer o encerramento da sessão
Todas	C14	Perguntar ao cuidador se tem dúvidas com o material educativo do manual do cuidador (encerramento da sessão)
Todas	C15	Caso o cuidador apresente dúvidas, esclarece-lo.

Erika de Souza Guedes

Todas	C16	Desenvolver o tema da sessão segundo o manual do interventor
Todas	C17	Explicar a agenda para o cuidador
Todas	C18	Apresentar um resumo da sessão

^s Não observável pois não tivemos acesso ao áudio do cuidador. Este elemento foi substituído pelo uso de auto-discurso.

Destaca-se no Quadro 4 que o elemento comum C4 “usar linguagem que o participante usa para descrever seus sintomas” não seria passível de observação uma vez que não estava previsto acesso aos áudios dos cuidadores. Assim esse elemento foi substituído por “usar o auto-discurso como estratégia”, mantendo-se o código C4. Os elementos C4 (Usar o auto-discurso como estratégia) e C13 (Apresentar fluência no discurso), considerados comuns à aplicação de intervenções psicoeducativas, foram identificados na literatura e referem-se à competência comunicacional (Hatch-Maillette *et al.*; Huntley *et al.*; Makoul, 2001; Derkx, 2007; Nuro *et al.*, 2007; Campbell *et al.*, 2013; Johnson *et al.*, 2015).

4.2 CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO

Segundo Stein *et al.* (2007) (Stein *et al.*, 2007), cada item do instrumento deve tratar de um comportamento distinto e não deve haver sobreposição entre os itens. Os elementos **específicos** e **comuns** identificados no passo anterior foram traduzidos em afirmações sobre comportamentos do intervisor passíveis de observação nos áudios das intervenções.

Os enunciados dos elementos da intervenção foram revisados de forma que pudessem expressar operacionalmente os comportamentos verbais do intervisor. Os Quadros 5 e 6 mostram os itens construídos para os elementos específicos e para os elementos comuns, respectivamente.

Quadro 5 - Itens construídos para os elementos específicos do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro.

Código	Elementos específicos	Itens
E1	Solicitar ao cuidador para acompanhar a sessão no manual do cuidador	Solicitar que o cuidador acompanhe a sessão no Manual do Cuidador
E2	Apresentar o programa explicando o que ocorrerá em cada uma das cinco sessões	Apresentação da justificativa para desenvolvimento do programa de intervenção; definição do cuidador como foco da intervenção; definição da finalidade do programa; técnicas,

Código	Elementos específicos	Itens
		estratégias e habilidades a serem aprendidas; necessidade de praticar o que aprender; vantagem do uso do telefone no desenvolvimento do programa de intervenção; especificação do conteúdo de cada sessão de intervenção.
E3	Solicitar que o cuidador conte sobre a doença do familiar	Solicitar que o cuidador conte sobre o início, sintomas e consequências da doença crônica apresentada por seu familiar.
E4	Explicar o que é doença crônica e a necessidade de um cuidador para portadores de doenças crônicas	Explicação de que doença crônica é evolutiva, para a qual atualmente não existe cura, pode ter como consequência limitação na capacidade de realização das atividades de vida diária, o que pode levar à necessidade do portador de doença crônica ter um cuidador.
E5	Apresentar ao cuidador o conceito de cuidador familiar	Apresentação da definição de cuidador familiar, suas funções e algumas características do papel de cuidador familiar.
E6	Incentivar o cuidador a relatar sua experiência como cuidador	Incentivar o cuidador a relatar sua experiência como cuidador em termos do que mais gosta, do que menos gosta, facilidades e dificuldades.
E7	Apresentar ao cuidador o conceito de cuidar	Apresentação da definição de cuidar e como o cuidar pode afetar o cuidador.
E8	Incentivar o cuidador a refletir sobre as tarefas de cuidado que realiza com o familiar	Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as atividades de cuidado que realiza com seu familiar.
E8	Elencar as tarefas habituais de um cuidador familiar	Citar as principais atividades feitas pelo cuidador para auxiliar seu familiar em atividades de vida diária, administração da vida financeira e cuidados de saúde.
E10	Incentivar o cuidador a refletir sobre as qualidades necessárias para cuidar do familiar dele	Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as qualidades importantes para cuidar do familiar dele.

Código	Elementos específicos	Itens
E11	Incentivar o cuidador a refletir sobre as habilidades e qualidades que desenvolveu para realizar o cuidado	Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as habilidades e qualidades que desenvolveu para realizar o cuidado de seu familiar.
E12	Faça uma lista das consequências das atividades de cuidado na sua vida	Solicitar que o cuidador fale sobre as consequências das atividades de cuidado na sua vida.
E13	Apresentar ao cuidador que ele precisa ter boa saúde, compreensão e capacidade de observação.	Apresentação ao cuidador de que ele precisa ter boa saúde, compreensão e capacidade de observação.
E14	Falar sobre as consequências do cuidado para o cuidador familiar	Apresentação de como o oferecimento de cuidado ao familiar pode afetar a vida pessoal e profissional do cuidador.
E15	Apresentar ao cuidador a importância de cuidar de si mesmo	Apresentação da importância do cuidador cuidar de si mesmo assim como está cuidando de seu familiar.
E16	Apresentar ao cuidador o exercício de respiração para quando se sente tenso, cansado ou estressado	Apresentação do exercício de respiração para quando o cuidador se sente tenso, cansado ou estressado.
E17	Orientar o cuidador nas etapas do exercício de respiração	Orientação para realização do exercício de controle da respiração.
E18	Incentivar o cuidador a avaliar como se sentiu com o exercício	Incentivar o cuidador a falar como se sentiu com o exercício de respiração.
E19	Apresentar ao cuidador os possíveis efeitos do cuidado na saúde e no bem-estar do cuidador familiar	Apresentação da possibilidade de desenvolvimento de desgaste físico e emocional como consequência do oferecimento de cuidado por parte do cuidador familiar.
E20	Apresentar ao cuidador os sinais de alerta de que deve dedicar mais atenção a si mesmo	Apresentação dos sinais de alerta de que o cuidador familiar deve dedicar mais atenção a si mesmo e solicitação de que o cuidador diga quais desses sinais se aplicam ao seu caso.
E21	Solicitar ao cuidador que leia a lista dos direitos dos cuidadores na página 16 do diário de atividades	Solicitação e acompanhamento da leitura feita pelo cuidador da lista dos direitos dos cuidadores no diário de atividades, indicando a página do diário de atividades

Código	Elementos específicos	Itens
E22	Incentivar o cuidador a falar dos direitos mais importantes para ele	Incentivar o cuidador a falar, dentre os direitos presentes na lista de direitos do cuidador, quais são mais importantes para ele.
E23	Solicitar ao cuidador que explique por que tais direitos são importantes para ele	Solicitação ao cuidador que explique por que os direitos escolhidos são importantes para ele.
E24	Orientar o cuidador a realizar a técnica de relaxamento muscular para manter baixo nível de ansiedade e estresse.	Orientação para realização da técnica de relaxamento muscular com a finalidade de reduzir o nível de ansiedade e estresse.
E25	Incentivar o cuidador a avaliar como se sentiu com o exercício	Incentivar o cuidador a falar como se sentiu com o exercício de relaxamento muscular.
E26	Apresentação sobre o papel dos sentimentos.	Apresentação de pequena introdução sobre o papel dos sentimentos.
E27	Solicitar que o cuidador identifique, no último mês, os sentimentos experimentados com maior frequência como resultado da prestação de cuidados	Solicitação que o cuidador identifique, no último mês, os sentimentos experimentados com maior frequência como resultado da prestação de cuidados.
E28	Focar nos sentimentos relatados pelo cuidador e falar sobre a ocorrência de tristeza, raiva, perda, culpa ou solidão.	Apresentação sobre a ocorrência de tristeza, raiva, perda, culpa ou solidão com foco nos sentimentos relatados pelo cuidador.
E29	Apresentar ao cuidador o que pode ajudá-lo a lidar com os sentimentos	Apresentação ao cuidador de estratégias como a conversa, expressão de sentimentos, reflexão e reconhecimento de limites pessoais que podem ajudá-lo a lidar bem com os sentimentos.
E30	Apresentar para o cuidador os três tipos de comunicação (passivo, agressivo, assertivo)	Apresentação e oferecimento de exemplos dos estilos passivo, agressivo e assertivo de comunicação.
E31	Perguntar ao cuidador o que ele faz quando precisa de ajuda? A quem pede ajuda? Como pede ajuda?	Incentivar o cuidador a falar o que ele faz quando precisa de ajuda? A quem pede ajuda? Como pede ajuda?
E32	Apresentar para o cuidador o uso da comunicação assertiva	Apresentar para o cuidador o uso da comunicação assertiva em situações

Código	Elementos específicos	Itens
	em situações específicas	específicas
E33	Explicar ao cuidador que pessoas de todas as idades têm problemas	Explicação ao cuidador de que pessoas de todas as idades têm problemas e é necessário buscar as soluções
E34	Solicitar que o cuidador diga alguns dos problemas vivenciados ao longo da última semana.	Solicitação de que o cuidador diga alguns dos problemas vivenciados ao longo da última semana.
E35	Perguntar ao cuidador o que ele normalmente faz para achar soluções quando tem problemas.	Perguntar ao cuidador o que ele normalmente faz para achar soluções quando tem problemas.
E36	Apresentar ao cuidador a técnica de resolução de problemas	Introdução da técnica de resolução de problemas e apresentação de exemplo no diário de atividades
E37	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a definição e a formulação do problema	Apresentação de conteúdos sobre a importância de definir o problema.
E38	Pedir para o cuidador ler o exemplo da página 38 do diário de atividades	Solicitar que o cuidador leia o exemplo do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades.
E39	Pedir para o cuidador identificar qual é o problema	Solicitar que o cuidador identifique qual é o problema no exemplo do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades.
E40	Explicar para o cuidador sobre geração de soluções alternativas	Explicação sobre geração de soluções alternativas e leitura de exemplo do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades.
E41	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre o processo de tomada de decisão	Apresentação dos conteúdos sobre o processo de tomada de decisão e leitura de do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades.
E42	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a escolha, aplicação e verificação da solução	Apresentação dos conteúdos sobre a escolha, aplicação e verificação da solução e leitura de exemplo do diário de atividades, indicando a página do diário de atividades.

Código	Elementos específicos	Itens
E43	Solicitar que o que o cuidador diga o que faz para cuidar da própria saúde	Solicitação de que o cuidador fale o que faz para cuidar da própria saúde.
E44	Solicitar que o cuidador diga por que a própria saúde é tão importante	Solicitação de que o cuidador fale por que a própria saúde é tão importante.
E45	Solicitar que o cuidador pense no que faz habitualmente e identifique o que acha que beneficia sua saúde e o que acha que prejudica sua saúde	Solicitação de que o cuidador pense no que faz habitualmente e identifique o que acha que beneficia sua saúde e o que acha que prejudica sua saúde.
E46	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre a importância de cuidar de si mesmo	Apresentação de conteúdos sobre a importância do cuidador cuidar da própria saúde física e mental.
E47	Apresentar para o cuidador conteúdos sobre como cuidar de si mesmo	Apresentação de conteúdos sobre como o cuidador pode cuidar de si mesmo dormindo melhor, fazendo atividade física, evitando isolamento, tendo atividade de lazer e organizando seu tempo.
E48	Explicar para o cuidador como fazer um plano de atividades	Explicação sobre como fazer um plano de atividades.
E49	Fazer o encerramento do programa de intervenção	O interventor agradece a participação do cuidador no programa de intervenção e faz votos que o cuidador use as habilidades aprendidas.

O Quadro 6 apresenta os itens construídos para os elementos comuns.

Quadro 6 - Itens construídos para os elementos comuns do Programa de Intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro.

Código	Elementos	Itens
C1	Compreender, acuradamente, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.
C2	Expressar sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa e	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz.

Código	Elementos	Itens
	preocupação com o seu bem estar	
C3	Explicitar o entendimento que tem do sentimento e da perspectiva da outra pessoa	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando que o cuidador diz.
C4	Auto-discurso como estratégia	Relato de experiências por parte do interventor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador.
C5	Usar linguagem que não distancia o cuidador	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.
C6	Fazer o que diz que fará	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador.
C7	Se não tem resposta, diz que não sabe e que a procurará	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador.
C8	Apresentar-se ao cuidador	Apresentação do interventor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está.
C9	Rever a realização das tarefas em casa	Investigação da realização ou não das tarefas de casa.
C10	Quando o cuidador não faz a tarefa, dar tempo para ele explicar o motivo	Investigação do que não foi feito, identificação do motivo da não realização das tarefas de casa, oferecimento de sugestões que facilitem a realização ou o registro das tarefas, destaque da importância da realização das tarefas de casa.
C11	Falar com tom de voz confortável e relaxado	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável e entonação adequada aos temas tratados.
C12	Manter fluência no discurso	O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.
C13	Fazer o encerramento da sessão	Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador) , ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento, marcar data e hora da próxima sessão.

Código	Elementos	Itens
C14	Perguntar ao cuidador se tem dúvidas com o material educativo do manual do cuidador (encerramento da sessão)	O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.
C15	Caso o cuidador apresente dúvidas, as esclareça.	Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo o manual do interventor	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do interventor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão
C17	Explicar a agenda para o cuidador	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada.
C18	Apresentar um resumo da sessão	O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão

4.3 DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE MENSURAÇÃO DOS ITENS

Os itens foram mensurados por meio de escalas categóricas do tipo Likert com três categorias de resposta.

Os itens dos elementos específicos da intervenção poderiam ser codificados como adequado, limítrofe e inadequado. Na categoria adequado, o interventor deve apresentar todo o conteúdo do elemento da intervenção. São permitidas pequenas variações na fala desde que sem prejuízo na transmissão do significado da mensagem.

Na categoria limítrofe o interventor deixa de apresentar parte do conteúdo do elemento da intervenção, mas não acrescenta outros conteúdos estranhos ao programa de intervenção.

Na categoria inadequado o interventor acrescenta outros conteúdos estranhos ao programa de intervenção independente de ter apresentado ou não os conteúdos

previstos (vide item adequado) ou o interventor deixa de apresentar todo o conteúdo previsto no elemento de intervenção.

Exemplos de categorias de resposta de itens relativos aos **elementos específicos** da intervenção podem ser vistos no Quadro 7.

Os itens relativos aos **elementos comuns** do programa de intervenção tinham três categorias de resposta, definidas de modo a não haver sobreposição entre as mesmas, ou seja, cada item tinha suas próprias categorias de resposta. Exemplos de categorias de resposta de itens relativos aos elementos comuns podem ser vistos no Quadro 8.

Caso houvesse problemas técnicos de interrupção ou início tardio da gravação, os itens que não pudessem ser observados deveriam ser categorizados como “não é possível avaliar”. Exceção foi o item C1, de empatia, operacionalizada por meio da demonstração de escuta ativa, ao qual essa opção de resposta não se aplicava, pois o mesmo era avaliado com o conjunto de falas disponíveis no áudio.

Quadro 7 - Itens de elementos específicos segundo definição operacional e categorias de resposta

ID item	Itens	Categorias de resposta		
E3	Solicitar que o cuidador conte sobre o início, sintomas e consequências da doença crônica apresentada por seu familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Antes de começar a falar sobre as doenças crônicas me conte um pouco da doença do seu familiar, por exemplo, como seu familiar começou a apresentar a doença, sintomas e consequências no seu familiar”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E4	Explicação de que doença crônica é evolutiva, para a qual atualmente não existe cura, pode ter como consequência limitação na capacidade de realização das atividades de vida diária, o que pode levar à necessidade do portador de doença crônica ter um cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Como você sabe a doença que tem seu familiar é crônica, isso quer dizer que seu familiar tem uma doença que se caracteriza por ser de evolução prolongada, permanente para a qual atualmente não existe cura, a qual dificulta ou limita as capacidades dele para realizar as atividades do dia a dia. Devido às características, estado e consequências das doenças crônicas, as pessoas que as sofrem precisam de uma pessoa chamada cuidador”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Quadro 8 - Itens de elementos comuns segundo definição operacional e categorias de resposta

ID item	Definição operacional	Categorias de resposta		
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O interventor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O interventor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O interventor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do interventor.	☐ O interventor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do interventor.	☐ O interventor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador

4.4 IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE CODIFICAÇÃO

A unidade de codificação foi a sessão de intervenção. Foram avaliadas 128 sessões, em 77 delas a gravação ocorreu do início ao fim da intervenção, nas demais houve problemas técnicos, ou a gravação começou depois de parte da sessão ser desenvolvida ou houve interrupção abrupta da gravação. Quando houve interrupção ou a gravação começou depois de parte da sessão ser desenvolvida os itens que não puderam ser avaliados, conforme dito anteriormente, foram marcados com a opção “não é possível avaliar”. A Tabela 2 apresenta os valores de duração das sessões de intervenção.

Tabela 2 - Sessões de intervenção segundo duração mínima, máxima, média e desvio padrão em minutos, São Paulo - 2016

Sessões completas (n=77)/ todas as sessões (n=128)	Duração da sessão em minutos			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1 (n= 17/ n= 33)	25/13	47/57	33/ 34	6,9/ 9,3
2 (n=17/ n=27)	18/9	75/75	32/32	13,3/ 13,6
3 (n=16/ n=27)	26/18	67/94	40/39	12,9/ 17,1
4 (n=11/ n=22)	16/16	36/52	25/27	7,5/ 9,7
5 (n=16/n=19)	17/17	101/101	37/35	21,9/ 20,5

Considerando as sessões completas, a sessão 3, que tratava de sentimentos e comunicação assertiva foi a sessão que teve a maior duração média. A sessão 4, que tratava da resolução de problemas foi a sessão com menor duração média (Tabela 2). A duração mínima e máxima de cada sessão também teve grande variabilidade.

4.5 TESTE E REVISÃO DOS ITENS

Stein (Stein *et al.*, 2007) prevê exercícios de codificação individual e em grupo feitos por experts, pessoas com experiência no cuidado da população alvo da intervenção ou na aplicação da intervenção. As discussões sobre o processo e resultado da codificação das sessões auxiliam no processo de refinamento dos itens. Este processo dura até o momento em que o grupo concorda que os itens estão prontos para serem testados.

Visto que em nosso meio não tínhamos experiência em codificação da fidelidade de intervenções, optou-se por proceder a validação de conteúdo dos itens antes de usá-los para codificação da fidelidade das sessões de intervenção.

Os expertos julgaram não haver necessidade de modificações nos itens específicos. Quanto aos itens comuns não foram feitas modificações em sete itens (C4, C8, C11, C12, C14, C17 e C18); foram feitas modificações nos enunciados dos itens, nas definições operacionais e escalas de medida dos itens C2, C3 e C13; os itens C1, C5, C6, C7, C9, C10, C13 e C15 tiveram alterações nas escalas de medida.

4.6 ESPECIFICAÇÃO DAS QUALIFICAÇÕES E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO DOS AVALIADORES

Os pesquisadores ESG, RCGS, DALMC e APC foram os avaliadores que testaram o NIFE Tool.

Os avaliadores fizeram leitura prévia individual do Manual do Interventor e participaram de sessão de codificação individual com posterior discussão em grupo. Nesse treinamento foi oferecida instrução para o uso do instrumento, os avaliadores não discutiram durante o processo de codificação.

Como resultado da primeira avaliação houve concordância em 50% dos itens relativos aos elementos específicos da intervenção e 77,8% para os itens relativos aos elementos comuns da intervenção, que tratavam de habilidades de comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade.

Parte da discordância entre os avaliadores se deveu ao fato de que alguns estavam sendo bastante literais para codificar os itens na categoria “adequado”. Assim, se houvesse pequena variação de termos, isto é, se o interventor usasse palavras diferentes das constantes no manual, o item era considerado “limítrofe” ou “inadequado”. Ficou decidido por consenso que se não houvesse prejuízo na transmissão do conteúdo, pequenas variações na fala seriam permitidas e o item deveria ser considerado “adequado”.

Durante a discussão em grupo sobre os resultados da primeira avaliação foi constatada diferença de entendimento entre os avaliadores sobre o que poderia ser considerado inclusão

de conteúdo estranho ao programa de intervenção. Alguns avaliadores entendiam que oferecimento de informação prevista no programa de intervenção em momento diferente daquele que constava no Manual do Interventor deveria ser considerado acréscimo de conteúdo; parte dos avaliadores acreditava que este tipo de antecipação não representava acréscimo de conteúdo. Foi decidido por consenso que se a informação constasse no Manual do Interventor, independente da sessão à qual se referia, seu oferecimento mesmo em momento diferente do previsto não seria considerado acréscimo de conteúdo.

Outra situação não prevista foi a codificação quando o interventor deixava de apresentar todo o conteúdo previsto em um item. Foi decidido por consenso que este tipo de ocorrência deveria ser classificada na categoria “inadequado”.

Como resultado da primeira avaliação foram feitos ajustes nas categorias de resposta limítrofe e inadequado dos itens específicos e os itens comuns passaram a ser codificados como a média do desempenho do interventor ao longo da sessão.

Na segunda sessão de codificação houve concordância de 88,9% tanto para os itens comuns quanto para os itens específicos.

O treinamento durou cinco horas.

4.7 DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DO TESTE PILOTO PARA VERIFICAÇÃO DA VALIDADE E CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

O teste piloto do NIFE Tool (APENDICE D) foi realizado com os 128 áudios disponíveis. Todos os áudios foram codificados pelo avaliador primário. Para a análise de concordância inter e intra-avaliador foram sorteadas sete gravações da primeira sessão de intervenção, cinco da segunda sessão, cinco da terceira, quatro da quarta e quatro da quinta sessão que foram codificados pelo avaliador secundário e reanalisadas pelo avaliador primário 10 dias depois da primeira avaliação.

Visto que os elementos identificados nos passos anteriores referem-se a comportamentos do interventor, ou seja, não são comportamentos nem respostas do sujeito da intervenção (Stein *et al.*, 2007), foram analisados apenas os áudios referentes às falas dos interventores.

Ao longo do processo de codificação o avaliador principal fez três reuniões com os orientadores com a finalidade de discutir o resultado da codificação. Foram feitas alterações nas categorias de resposta dos itens:

- C3: na categoria “adequado”, acrescentar que aparentemente o cuidador não falou de sentimentos;
- C4 – na categoria “adequado”, acrescentar que o interventor não usou auto-discurso;
- C7 – na categoria “adequado”, acrescentar que não foram oferecidas outras informações além das previstas no programa de intervenção.

Foi decidido, por consenso também, que mudança na forma de entrega da intervenção poderia mudar o mecanismo de ação da intervenção e seria entendido como acréscimo de conteúdo não previsto no programa de intervenção. As alterações propostas foram compartilhadas com o segundo avaliador.

Tabela 3 - Tempo de codificação, adicional ao tempo das sessões de intervenção, São Paulo - 2016

Sessão	Média (minutos)	Desvio-padrão (minutos)
1	11,8	6,3
2	10,7	5,6
3	14,9	8,7
4	14,2	6,4
5	11,7	8,0

Na Tabela 3 pode-se observar quantos minutos além do tempo da sessão de intervenção foram gastos na codificação. A segunda sessão de intervenção foi a que levou menos tempo para ser codificada, a terceira sessão levou mais tempo para ser avaliada.

A medida de consistência interna foi avaliada para o conjunto de itens comuns, e para o conjunto de itens específicos segundo a sessão de intervenção. Os valores do Alfa de Cronbach variaram de 0,636 a 0,810 (Tabela 4). Segundo Nunnally (Nunnally, 1978), para

investigações preliminares são aceitos valores de alfa de Cronbach acima de 0,70. Outros autores aceitam valores de alfa de Cronbach acima de 0,50 (Marroco e Garcia-Marques, 2006).

Quanto ao número de itens específicos por sessão, cabe ressaltar que o item E1 foi avaliado em todas as sessões, por isso se somados os itens específicos apresentados na Tabela 4 o resultado é maior do que 49, número que se refere aos itens específicos sem considerar as repetições.

Tabela 4 - Valores do alfa de Cronbach para os itens comuns e para os itens específicos, São Paulo, 2016

Itens	Número de itens	Alfa de Cronbach
Comuns (todas as sessões)	18	0,51
Específicos sessão 1	18	0,64
Específicos sessão 2	8	0,74
Específicos sessão 3	8	0,59
Específicos sessão 4	11	0,78
Específicos sessão 5	8	0,81

A concordância inter e intra-avaliador foi verificada por meio do *Prevalence and Bias Adjusted Kappa* (PABAK).

Tabela 5 - Concordância inter e intra-avaliador para os itens específicos, São Paulo - 2016

Item	PABAK	
	Interavaliador	Intra-avaliador
E1	1,000	0,810
E2	1,000	1,000
E3	1,000	0,600
E4	0,667	1,000
E5	0,333	0,667
E6	0,714	0,333
E7	0,714	0,714
E8	0,714	0,714
E9	-0,429	1,000
E10	0,714	0,429

Item	PABAK	
	Interavaliador	Intra-avaliador
E11	0,429	0,714
E12	0,143	1,000
E13	0,429	0,714
E14	0,429	0,714
E15	0,714	0,714
E16	1,000	0,429
E17	0,714	0,714
E18	0,429	-0,143
E19	0,600	1,000
E20	0,600	1,000
E21	1,000	1,000
E22	1,000	0,600
E23	1,000	1,000
E24	0,600	1,000
E25	-0,200	1,000
E26	0,600	1,000
E27	1,000	1,000
E28	-0,600	1,000
E29	0,200	0,600
E30	1,000	0,600
E31	1,000	0,600
E32	1,000	1,000
E33	1,000	-0,500
E34	0,000	0,000
E35	1,000	0,500
E36	0,500	1,000
E37	1,000	1,000
E38	0,000	1,000
E39	0,500	1,000
E40	-0,500	1,000
E41	-0,500	1,000
E42	0,000	0,500
E43	1,000	0,500
E44	0,500	0,500
E45	0,500	1,000
E46	1,000	0,500
E47	0,000	0,500
E48	-0,333	0,333
E49	0,333	1,000

Conforme se pode observar na Tabela 5 a concordância interavaliador para os itens específicos variou entre -0,600 e 1,000. Para os itens E18, E33 e E34 não houve concordância, a concordância foi razoável para os itens E6 e E48, para os demais itens a concordância interavaliador foi de moderada a quase perfeita.

Em 12 dos 49 itens específicos, a concordância interavaliador foi maior do que a concordância intra-avaliador (itens E3, E6, E10, E16, E18, E22, E30, E31, E33, E35, E43 e E46), em 25 itens a concordância intra-avaliador foi maior quando comparada à concordância interavaliador. A concordância intra-avaliador variou de -0,500 a 1,000.

Tabela 6 - Concordância inter e intra-avaliador para os itens comuns, São Paulo - 2016

Item	PABAK	
	Interavaliador	Intra-avaliador
C1	1,000	1,000
C2	0,833	0,520
C3	1,000	1,000
C4	1,000	0,920
C5	0,920	1,000
C6	1,000	0,875
C7	0,440	0,920
C8	0,600	0,733
C9	0,286	0,733
C10	0,538	0,750
C11	1,000	0,920
C12	0,520	0,920
C13	0,167	0,417
C14	0,652	0,833
C15	1,000	1,000
C16	0,833	0,833
C17	-0,143	0,905
C18	0,583	0,750

Os dados sobre os itens comuns de habilidade na comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade são apresentados na Tabela 6. A concordância interavaliador para estes itens variou entre 0,143 e 1,000. Os itens C1, C2, C3, C4, C5, C6, C11, C15 e C16 tiveram concordância interavaliador quase perfeita, os itens C8 e C14 tiveram concordância substancial, já nos itens C7, C10, C12 e C18 a concordância foi moderada.

Em quatro dos 18 itens comuns avaliados, a concordância interavaliador foi maior do que a concordância intra-avaliador (itens C2, C4, C6 e C11), em dez itens a concordância intra-avaliador foi maior quando comparada à concordância interavaliador. A concordância intra-avaliador variou de 0,417 a 1,000.

4.8 ORGANIZAÇÃO E CÁLCULO DO SCORE DO NIFE TOOL

O NIFE Tool foi organizado segundo as sessões e em quatro partes (abertura da sessão, apresentação do conteúdo da sessão, encerramento da sessão, avaliação das habilidades na comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade). O Quadro 9 apresenta o número de itens contidos em cada parte do instrumento e em cada sessão. A abertura da primeira sessão tem menos itens que as demais pois, nessa sessão ainda não tinha sido atribuída tarefa para o cuidador familiar, desse modo não está prevista a revisão das tarefas. Os itens comuns C6, C8, C9, C10 e C17 compõem a abertura da sessão. Os itens específicos compõem a apresentação do conteúdo da sessão, o item E1 é avaliado em todas as sessões. Os itens comuns C13, C14, C15 e C18 estão no encerramento da sessão. Os itens C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12 e C16 tratam das habilidades na comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade.

Quadro 9 – Organização do NIFE Tool segundo número de itens

Sessão	Abertura da sessão	Conteúdo da sessão	Encerramento da sessão	Habilidades
1	3 (C6, C8, C17)	18 (E1 – E18)	4 (C13, C14, C15, C18)	9 (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12, C16)
2	5 (C6, C8, C9, C10, C17)	8 (E1, E19 – E25)	4 (C13, C14, C15, C18)	9 (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12, C16)
3	5 (C6, C8, C9, C10, C17)	8 (E1, E26 – E32)	4 (C13, C14, C15, C18)	9 (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12, C16)
4	5 (C6, C8, C9, C10, C17)	11 (E1, E33 – E42)	4 (C13, C14, C15, C18)	9 (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12, C16)
5	5 (C6, C8, C9, C10, C17)	8 (E1, E43 – E49)	4 (C13, C14, C15, C18)	9 (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C11, C12, C16)

Para facilitar a codificação da fidelidade das intervenções, foi desenvolvido um impresso com os itens pertinentes a cada uma das cinco sessões de intervenção.

As orientações para o preenchimento do NIFE Tool podem ser consultadas no APÊNDICE C e a versão final do instrumento está disponível no APÊNDICE D. Os itens comuns do NIFE Tool podem ser usados para a avaliação de outras intervenções psicoeducativas oferecidas por telefone.

Para o cálculo do escore do NIFE Tool algumas recomendações devem ser observadas. Durante o teste piloto do NIFE Tool alguns itens não puderam ser observados devido a problemas técnicos e foram categorizados como “não é possível avaliar”. Assim o escore do instrumento para cada avaliação deve ser feito por meio de proporção; o denominador será o número total de itens avaliados, ou seja, deve-se excluir os itens categorizados como “não é possível avaliar”. O escore pode ser calculado item a item, para o conjunto de itens específicos de cada sessão de intervenção, para o conjunto de itens comuns de cada sessão ou para o conjunto de itens comuns considerando todas as sessões.

Exemplo de codificação da segunda sessão de intervenção:

Itens específicos (E1, E13, E14, 15, E16, E17, E18 e E19), desses, 4 itens foram categorizados como ‘adequado’ e dois itens foram categorizados como limítrofe, se fossem observados todos os itens o cálculo da proporção seria o seguinte:

$$\text{Proporção de itens adequados} = \frac{4(\text{itens adequados})}{8(\text{itens avaliados})} \times 100 = 50\%$$

$$\text{Proporção de itens limítrofes} = \frac{2(\text{itens limítrofes})}{8(\text{itens avaliados})} \times 100 = 25\%$$

Se no exemplo anterior dois itens não pudessem ser avaliados, o cálculo da proporção seria o seguinte:

$$\text{Proporção de itens adequados} = \frac{4(\textit{itens adequados})}{6(\textit{itens avaliados})} \times 100 = 66\%$$

$$\text{Proporção de itens limítrofes} = \frac{2(\textit{itens limítrofes})}{6(\textit{itens avaliados})} \times 100 = 33\%$$

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Mensurar a fidelidade das intervenções é crucial para o desenvolvimento de pesquisa de boa qualidade. A avaliação da fidelidade das intervenções está prevista em diversas diretrizes para desenvolvimento e relato de estudos de intervenção (Boutron *et al.*, 2008b; Medical Research Council, 2008; Hoffmann *et al.*, 2014) e permite a obtenção de informações sobre a validade interna do estudo, na medida em que esclarece como a intervenção foi oferecida aos pacientes (Dumas *et al.*, 2001), assim como informa sobre a validade externa, ao indicar como implementar a intervenção (Sidani, Braden, 2011; Mars *et al.*, 2013). A avaliação da fidelidade das intervenções também permite a investigação dos efeitos de alguns elementos da intervenção, como por exemplo tarefas atribuídas, características do relacionamento entre o interventor e o receptor da intervenção, nos resultados da intervenção (Stein *et al.*, 2007). Por fim, dados sobre a fidelidade da intervenção em estudo informam sobre a validade e confiabilidade dos resultados obtidos (Carroll *et al.*, 2007; Gearing *et al.*, 2011).

A mensuração da fidelidade das intervenções requer o uso de instrumentos válidos e confiáveis. Embora os pesquisadores possam se beneficiar com o uso de ferramentas de avaliação existentes, se a teoria ou a estrutura da intervenção diferem, instrumentos desenvolvidos avaliar uma para uma intervenção podem não pertinentes para a avaliação de outras intervenções (Song *et al.*, 2010).

O NIFE Tool foi desenvolvido para mensurar a adesão e habilidade na entrega dos elementos específicos e comuns do programa de intervenção “Cuidar de mim para cuidar do outro” (Díaz Rueda, 2016), assim como na entrega de elementos comuns a intervenções psicoeducativas oferecidas por telefone. A primeira etapa para o desenvolvimento do NIFE Tool demandou a identificação de elementos específicos e comuns no Manual do interventor e dos comuns na literatura.

O Manual do interventor geralmente é o material usado para o desenvolvimento de instrumentos para avaliação da fidelidade das intervenções. O Manual de intervenção ou manual do interventor é um documento que detalha exatamente o que deve ser feito, como e quando deve ser feito e além do monitoramento da

fidelidade da intervenção, serve como referência para o treinamento dos interventores e para a adequada implementação da intervenção (Sidani, Braden, 2011). “O que” refere-se aos componentes da intervenção, “como” refere-se ao modo de entrega da intervenção e o “quando” trata da dose da intervenção (Sidani, Braden, 2011). O manual de intervenção é composto por uma parte introdutória que apresenta uma visão geral da intervenção em estudo, os objetivos a serem alcançados, os componentes da intervenção, o modo de entrega e a dose (Sidani, Braden, 2011). A segunda parte do manual contém informações sobre os recursos humanos e materiais necessários para o oferecimento da intervenção (Sidani, Braden, 2011). Nos capítulos subsequentes do manual, é apresentada a sequência das atividades a serem desenvolvidas em cada sessão de intervenção (Sidani, Braden, 2011). O Manual do interventor (Díaz Rueda, 2016) usado no presente estudo foi muito bem construído. No entanto, as informações como as potenciais dificuldades que os cuidadores familiares poderiam apresentar durante a realização das tarefas de casa ficaram apenas na parte introdutória do manual, embora estas dificuldades devessem ser investigadas no início de cada sessão de intervenção. O Manual do interventor deve conter informação detalhada e na sequência de oferecimento de modo que facilite a identificação do conteúdo a ser oferecido e que o interventor não precise ficar procurando a informação necessária no manual. A adequada organização do Manual do interventor tem o potencial de facilitar a adesão aos elementos da intervenção aumentando a fidelidade assim, como facilita o processo de codificação da fidelidade das intervenções.

Ainda sobre o Manual do interventor, Sidani e Barden (Sidani, Braden, 2011) referem que durante a parte introdutória da sessão de intervenção o interventor deve se apresentar e solicitar que o receptor da intervenção se apresente. Essa etapa serve para o estabelecimento do *rapport*. Em seguida são esclarecidos os objetivos da intervenção ou da sessão de intervenção assim como as responsabilidades do paciente (Sidani, Braden, 2011). O conteúdo principal da sessão de intervenção trata do oferecimento dos componentes da intervenção no modo de entrega pré-estabelecido. Essa parte do manual deve conter um *script* para direcionar a fala dos interventores; é importante que o conteúdo seja apresentado em linguagem que permita o entendimento do receptor da

intervenção, com sentenças curtas que apresentem uma ideia de cada vez (Sidani, Braden, 2011). Na fase de conclusão da intervenção, são recapitulados os principais conteúdos oferecidos durante a sessão de intervenção, ocorre o esclarecimento das dúvidas, são atribuídas tarefas para serem feitas pelo receptor da intervenção, e a próxima sessão de intervenção é agendada (Sidani, Braden, 2011). O manual deve conter informações sobre as potenciais dificuldades e como o interventor deve proceder nesses casos; o manual também deve indicar, se houver possibilidade de oferecimento de intervenção customizada segundo a preferência do receptor da intervenção, quais componentes da intervenção podem ser adaptados (Sidani, Braden, 2011).

O Manual que fundamentou o desenvolvimento do NIFE Tool atendeu aos critérios propostos por Sidani e Braden (Sidani, Braden, 2011), continha informações sobre a abertura da sessão de intervenção, incluindo apresentação do interventor e do cuidador familiar, revisão das tarefas de casa e potenciais dificuldades, informação sobre a organização da sessão de intervenção; oferecimento dos componentes da intervenção com modo de entrega pré-estabelecido (apresentação de informações, questionamentos, leitura de exemplos) durante a fase intermediária da sessão; no encerramento, era realizado resumo dos tópicos tratados durante a sessão, era atribuída tarefa para casa e era feito esclarecimento das dúvidas. As informações do Manual do interventor (Díaz Rueda, 2016) eram detalhadas na forma de *script* a ser seguido pelos interventores e permitiram a identificação dos elementos da intervenção conforme proposto por Stein (Stein *et al.*, 2007) para o desenvolvimento do instrumento para a mensuração da fidelidade das intervenções. Assim, os elementos das intervenções Apoio ao cuidador e Melhora do enfrentamento da NIC que compunham a parte intermediária da sessão de intervenção foram considerados elementos específicos do programa de intervenção; já os elementos contidos na abertura e encerramento da sessão, assim como as habilidades de comunicação, foram considerados elementos comuns. No entanto alguns tópicos do script do Manual do interventor apresentavam grandes quantidades de conteúdo, com sentenças longas que apresentavam mais de uma ideia de cada vez.

Assim, na primeira etapa de desenvolvimento do NIFE Tool, o Manual do interventor foi o material usado para identificação dos elementos específicos e comuns, outros elementos comuns relativos à habilidade de comunicação foram identificados na literatura. Os elementos identificados na primeira etapa foram então traduzidos em comportamentos a serem observados nos interventores durante o oferecimento da intervenção, esses comportamentos são os itens do instrumento. A fundamentação para a operacionalização dos itens foi buscada na literatura.

As teorias de enfermagem, de Florence Nighthingale à contemporaneidade, destacam a importância da comunicação que ocorre entre o enfermeiro e o ser cuidado. Algumas teorias definem a Enfermagem como processo interpessoal e colocam as estratégias de comunicação como ponto crucial para o relacionamento enfermeiro-paciente. Outras teorias enfatizam a importância da comunicação para a compreensão do que é vivido pelo ser cuidado (Steffanelli, Carvalho, 2012). Comunicação é o processo de compreender e compartilhar mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo (Stefanelli, 1993). As funções da comunicação são de investigação, informação, conhecimento de si mesmo e do outro, estabelecimento de relacionamento significativo, mudança de atitude e comportamento (Steffanelli, Carvalho, 2012).

Comunicação adequada é aquela apropriada à situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido (Silva, 2002). Na relação enfermeiro-paciente, o profissional assume a responsabilidade pela relação e a comunicação tem que ser planejada e com objetivos definidos para ser útil para o paciente (Steffanelli, Carvalho, 2012). Assim, embora a comunicação seja um processo interacional (Steffanelli, Carvalho, 2012), alguns autores consideram apenas a fala dos interventores na avaliação da fidelidade da intervenção (Stein *et al.*, 2007).

Visto que o instrumento proposto no presente estudo trata da fidelidade de intervenções oferecidas por telefone, devido a impossibilidade de observação de algumas características da linguagem não-verbal, foram considerados aspectos da paralinguagem. Paralinguagem ou linguagem paraverbal refere-se a qualquer som

produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada (Steffanelli, Carvalho, 2012). A paralinguagem envolve o ritmo da voz, intensidade, entonação grunhidos, riso, entre outros (Steffanelli, Carvalho, 2012).

A competência na comunicação é uma inferência (Spitzberg, 2013). Tradicionalmente competência tem sido definida como um conjunto de habilidades (Spitzberg, 2013). Uma habilidade é característica potencial através da qual uma pessoa pode executar uma tarefa (Spitzberg, 2013). Na medida em que essa habilidade é aprendida pode ser considerada uma capacidade (Spitzberg, 2013). Assim os comportamentos de uma pessoa não constituem sua competência (Spitzberg, 2013). A competência diz respeito a um julgamento sobre a adequação e relevância desses comportamentos para determinada atividade em um contexto particular (Spitzberg, 2013). Desse modo, o NIFE Tool permite avaliar também a competência com que o interventor transmite os conteúdos do programa de intervenção no contexto de um ECR.

No presente estudo foram avaliadas outras habilidades que estavam previstas no Manual do Interventor (Díaz Rueda, 2016): as habilidades de empatia, sensibilidade, transmissão de confiança e credibilidade.

Empatia clínica envolve um conjunto de habilidades exercidas durante a interação clínica. (Mercer, Reynolds, 2002). Coulehan et al (Coulehan *et al.*, 2001), se referiram à empatia clínica na profissão médica como a “habilidade de entender a situação, perspectiva e sentimentos do paciente e comunicar o entendimento ao paciente”. Mercer e Reynolds (Mercer, Reynolds, 2002) descreveram uma concepção multidimensional do construto empatia baseada em uma vasta revisão de literatura conduzida por outros autores (Morse *et al.*, 1992). Esses componentes incluem as dimensões: emotiva (a habilidade de subjetivamente experienciar e compartilhar o estado psicológico ou sentimentos do outro), moral (força interna altruísta que motiva a prática da empatia), cognitiva (a habilidade de identificar e entender os sentimentos e perspectivas do outro de um modo objetivo), comportamental (comunicação da compreensão da perspectiva do outro).

No NIFE tool, sensibilidade foi definida como a capacidade de exprimir compaixão (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013) e foi operacionalizada junto da empatia.

Transmitir confiança e credibilidade foi definido como o cumprimento dos compromissos com o cuidador.

Alguns itens avaliados no NIFE Tool incluíam técnicas de clarificação e técnicas de validação. As técnicas de clarificação ajudam a esclarecer o que foi dito pelo outro. O esclarecimento torna-se necessário quando o outro não se expressa com clareza, não consegue compreender a experiência que vivencia ou quando não descreve os eventos em sequência lógica. Ao clarificar o conteúdo dito pelo outro a enfermeira oferece-lhe oportunidade de correção da informação (Stefanelli, 1993). O foco da clarificação é oferecer um significado mais explícito do que foi dito (Arnold, Boggs, 1989; Stefanelli, 1993). Algumas técnicas como estimular comparações, solicitar esclarecimento de termos incomuns (Silva, 2002), fazer as perguntas reafirmando ou parafraseando o que o outro disse, podem ser usadas para clarificar o que foi falado (Arnold, Boggs, 1989).

As técnicas de validação incluem o interventor repetir a mensagem dita, sumarizar o conteúdo da interação ou o interventor solicita que o outro repita o que foi dito (Stefanelli, 1993; Silva, 2002). As técnicas de validação tem a finalidade de verificar se a compreensão da mensagem está correta (Stefanelli, 1993). Validar a perspectiva do outro não significa concordar com o que o outro, significa dizer que sua perspectiva foi compreendida.

Um desafio na construção dos itens do NIFE Tool foi a diferença de quantidade de conteúdo em cada elemento da intervenção. Embora todos os elementos identificados fossem mensuráveis, alguns elementos resultaram itens moleculares com pequenos comportamentos a serem observados, outous elementos geraram itens molaes com grandes comportamentos a serem observados. Segundo Sidani e Braden (Sidani, Braden, 2011) quanto mais detalhados os comportamentos a serem observados, mais trabalhosa será a codificação da fidelidade. No entanto, itens com muita quantidade de conteúdo podem ser difíceis de avaliar.

A terceira etapa no desenvolvimento do instrumento incluiu a definição da escala de mensuração dos itens. A escolha de escala do tipo Likert com três categorias de resposta para o NIFE Tool permitiu a obtenção de dados mais detalhados sobre a fidelidade das intervenções. Se o NIFE Tool for usado com vistas a identificar necessidade de novo treinamento dos interventores ao longo de um estudo da intervenção, podem ser feitas anotações durante o processo de codificação que permitam saber exatamente quais partes dos itens não foram oferecidas considerando-se os itens avaliados como “limítrofe”. A coleta de dados com maior detalhamento permite várias formas de análise desses dados. Alguns autores têm trabalhado com escalas politômicas para a obtenção dos dados e podem optar por dicotomizar os resultados posteriormente (Schimmel-Bristow *et al.*, 2012).

A seguir foram definidas como unidades de codificação as sessões de intervenção. Embora houvesse a recomendação de gravação de todas as sessões, devido a problemas técnicos, algumas sessões não foram gravadas; em outros casos ou gravação começou após o início da intervenção, ou a gravação foi abruptamente interrompida. Todas as sessões de intervenção devem ser gravadas e a qualidade das gravações deve ser monitorada de modo a assegurar o mínimo risco de viés (Stein *et al.*, 2007).

Na quarta etapa do método de desenvolvimento do instrumento os itens foram revisados. Stein e colaboradores (Stein *et al.*, 2007) sugerem que os itens sejam revisados por meio da codificação de sessões de intervenção feitas por especialistas. Considerando que em nosso meio não teríamos expertos com experiência em codificação, optou-se por proceder a validação de conteúdo como forma de revisar os itens. A validade de conteúdo refere-se a quão adequadamente os itens de um instrumento refletem o construto sob investigação (Calsyn, 2000).

Participaram dessa etapa 14 expertos com conhecimento clínico e em pesquisa. Os itens específicos foram considerados adequados, claros e mensuráveis; não foram sugeridas alterações. Para alguns itens comuns foram propostas alterações tanto na definição como nas categorias de resposta. Segundo Sidani e Braden (Sidani, Braden, 2011) essa etapa consiste na definição da fidelidade teórica da

intervenção, ou seja, se os elementos da intervenção são coerentes com a teoria da intervenção e se estes são representados pelos itens.

A sexta etapa do desenvolvimento do NIFE Tool envolveu a definição da expertise e o treinamento das codificadoras. As avaliadoras envolvidos no estudo piloto do NIFE Tool tiveram bastante contato prévio com o programa de intervenção “Cuidar de mim para cuidar do outro”. A codificadora principal esteve também envolvido em todas as etapas de desenvolvimento do instrumento. A segunda codificadora tinha grande experiência no cuidado ao paciente com doença crônica e estava envolvido com pesquisas de intervenção. No presente estudo as codificadoras atingiram a meta de concordância ao final do treinamento, as discordâncias ao final dessa etapa se deveram principalmente nos itens específicos, ao que poderia ser considerado acréscimo de conteúdo e que seria avaliado na categoria de resposta “inadequado”.

Castor e colaboradores (Castorr *et al.*, 1990) referem que o processo de treinamento do avaliador é crucial para a confiabilidade de medidas observacionais. O treinamento do avaliador deve contemplar três etapas: treinamento dos codificadores quanto ao uso do instrumento, avaliação do desempenho do codificador no final do treinamento e determinação de quanto do treinamento do codificador é mantido ao longo do estudo que avalia a confiabilidade da medida (Castorr *et al.*, 1990). Para o presente estudo todas as etapas foram mantidas para a codificadora principal; no entanto devido limitações de tempo e disponibilidade não foi possível a participação da segunda codificadora nas sessões de discussão de resultado ao longo do processo de codificação. Não é incomum o observador fazer mudanças inconscientes em sua forma de avaliar as categorias de comportamento, por isso é importante acompanhar a confiabilidade da medida, a concordância inter-avaliador e treinar novamente os observadores (Waltz *et al.*, 2005).

Ainda sobre o treinamento dos codificadores outras recomendações devem ser observadas (Castorr *et al.*, 1990). Deve-se fazer um pré-teste do treinamento dos codificadores como meio de verificar se todas as informações que permitam o entendimento do instrumento assim como as regras para codificação estão

disponíveis (Castorr *et al.*, 1990). O pesquisador deve ter um parâmetro com o qual comparar a resposta dos codificadores no final do treinamento, este padrão pode ser a resposta de expertos ou a média da resposta dos codificadores (Castorr *et al.*, 1990). No final do treinamento o codificador pode apresentar erros consistentes na codificação de determinados itens, pode apresentar erros aleatórios ou ambos (Castorr *et al.*, 1990). A recalibração periódica dos codificadores é necessária para garantir adequada confiabilidade (Castorr *et al.*, 1990). No entanto, a concordância perfeita em cada critério é difícil de ser alcançada (Castorr *et al.*, 1990)

A última etapa do desenvolvimento do NIFE Tool foi o teste piloto. Nesta etapa 128 áudios foram codificados pela avaliadora primária, desses, 25 áudios foram sorteados e reavaliados com a finalidade de estabelecer a concordância inter e intra-avaliador. Ao longo do processo de codificação a codificadora principal fez três discussões dos resultados com suas orientadoras e houve ajuste na forma de avaliação de três itens e também foi definido que mudança no modo de entrega da intervenção seria considerada acréscimo de conteúdo. Este processo de recalibração dos avaliadores durante o processo de codificação é recomendado por alguns autores (Castorr *et al.*, 1990; Waltz *et al.*, 2005). Variações na entrega da intervenção podem ser devidas à necessidade ou características dos pacientes (Song *et al.*, 2010). No entanto ao ocorrerem variações na implementação da intervenção os ingredientes ativos podem deixar de ser oferecidos ou podem ser oferecidos em dose menor do que a que havia sido planejada (Sidani, Braden, 2011).

A confiabilidade do NIFE Tool foi investigada pela concordância inter e intra-avaliador e pela medida da consistência interna.

A concordância inter-avaliadores foi pobre ou nula em 11 dos 49 itens específicos, o que representa concordância menor do que a esperada pelo acaso. Alguns desses itens (Tabela 5) apresentavam grandes conteúdos (itens E9, E47 e E48) o que pode ter dificultado sua avaliação; o item E28 também apresentava conteúdo extenso com a orientação de que o interventor focasse nos sentimentos mencionados pelo cuidador familiar. O item E12 foi apresentado fora de

sequência no manual do interventor, era apresentado fora de ordem ou suprimido pelos interventores. O item E25 tratava de pergunta geralmente modificada ou suprimida pelos interventores. Já os itens E38, E39, E40, E41 e E42 foram os itens que mais apresentaram mudança na forma de entrega, estava previsto que o cuidador lesse o exemplo presente no Manual do Cuidador, no entanto em muitos casos o interventor fazia a leitura dos exemplos, quando isso ocorreu a recomendação era categorizar o item como “inadequado”. Segundo resultados do presente estudo itens com grandes conteúdos, apresentados fora de ordem, ou com alterações na forma de apresentação parecem apresentar mais dificuldades para sua codificação e diminuir a concordância inter-avaliador. Alguns dos itens mencionados apresentaram adequada concordância intra-avaliador o que sugere que a recalibração dos avaliadores pode ser uma opção para melhorar a concordância nesses itens. Tal inferência seria sustentada pelo fato da codificadora principal ter feito sessões de discussão com suas orientadoras ao longo do processo de codificação e ter conseguido manter concordância adequada na maioria dos itens.

Os itens específicos que apresentaram concordância intra-avaliador pobre ou nula referiam-se a perguntas apresentadas com palavras diferentes do previsto no manual (E18) ou itens que na segunda avaliação foram considerados com acréscimo de conteúdo (E33 e E34) (Tabela 5).

Quanto aos itens comuns que apresentaram concordância interavaliador nula ou pobre, o item C13 (Fazer o encerramento da sessão) e (Tabela 6) apresentava grande conteúdo e acréscimo de complexidade ao longo das sessões de intervenção, já o conteúdo do item C17 (Explicar a agenda para o cuidador) (Tabela 6) foi apresentado fora de sequência no Manual do interventor e geralmente era apresentado parcialmente pelos interventores, estes itens mostraram dificuldades para sua codificação. Os itens comuns tiveram concordância intra-avaliador entre moderada a quase perfeita.

Estudo sobre a fidelidade de intervenções oferecidas por telefone por cinco interventores e que foram avaliadas por cinco codificadores obteve Kappa entre 0,18 e 0,95 quando considerados os itens da subescalas (Hartley *et al.*, 2014)

Estudo que avaliou a fidelidade de intervenção para cessação de tabagismo oferecida por telefone obteve concordância inter-avaliador e intra-avaliador de 1,00 para o Kappa (Schimmel-Bristow *et al.*, 2012). Cabe ressaltar que a intervenção foi oferecida por apenas um interventor, que os codificadores fizeram 120 horas de treinamento sobre a teoria da intervenção e sobre os conteúdos do instrumento para avaliação da fidelidade e que os valores da codificação embora mensurados numa escala de cinco pontos, foram dicotomizados para o cálculo da concordância (Schimmel-Bristow *et al.*, 2012).

A concordância inter-avaliador para itens de instrumento que avaliou aspectos da comunicação em uma intervenção voltada para o manejo da obesidade infantil variou de 0,34 a 0,97 segundo valores de ICC (Ledoux *et al.*, 2013).

Estudo sobre intervenções breves mostrou concordância inter-avaliador de -0,07 a 0,81 segundo valores de ICC quando considerados os itens avaliados pelo instrumento (Torrey, 2012). No início de cada sessão de codificação, as dificuldades da sessão anterior eram discutidas (Torrey, 2012), embora os escores atribuídos às codificações anteriores não fossem modificados, havia uma calibração constante dos codificadores.

A medida de consistência interna para o conjunto de itens comuns foi de 0,51. Não era esperada correlação alta visto que os itens tratam de diversos conteúdos como empatia, credibilidade e habilidades de comunicação. Para os itens específicos o alfa de Cronbach variou de 0,59 a 0,81. Cada sessão também tratava de conteúdos diversos. Alguns autores referem que a medida de consistência interna pode não ser um bom indicador quando os itens não tratam de um construto unidimensional (Calsyn, 2000; Stein *et al.*, 2007). Segundo Nunnally (Nunnally, 1978), para investigações preliminares são aceitos valores de alfa de Cronbach acima de 0,70. Outros autores aceitam valores de alfa de Cronbach acima de 0,50 (Marroco e Garcia-Marques, 2006).

Para o cálculo do escore do NIFE tool recomenda-se o uso da proporção em cada categoria de reposta para o conjunto de itens específicos e para o conjunto de itens comuns. O pesquisador responsável pelo estudo de intervenção deve definir qual o

limite aceitável em cada categoria de resposta de modo que o mecanismo de ação de intervenção não seja prejudicado. Alguns autores recomendam atribuir a mesma importância tanto para itens específicos quanto para os itens comuns, uma vez que todos são necessários para a obtenção dos resultados; os itens comuns facilitam a entrega dos ingredientes ativos que por sua vez são responsáveis pelo mecanismo de ação da intervenção (Sidani e Braden, 2011).

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O fato do áudio dos cuidadores não ter sido incluído nas análises pode ter limitado a avaliação das habilidades contidas no NIFE Tool. Assim como se os desvios de foco durante a sessão foram motivados pelo cuidador ou pelo interventor.

Outra limitação do presente estudo foi dificuldade de recalibração das codificadoras ao longo do processo de codificação.

5.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O desenvolvimento desse estudo inédito em nosso meio contribui para a medida da fidelidade das intervenções ao exemplificar o passo a passo necessário para o desenvolvimento de um instrumento e ao disponibilizar itens comuns de habilidades de comunicação, empatia, transmissão de confiança e credibilidade que podem ser usados em outros instrumentos para avaliar a fidelidade de intervenções psicoeducativas.

O NIFE Tool ou seus itens estão prontos para serem usados no contexto da pesquisa de intervenção ou na prática clínica.

A estimativa do tempo gasto com a codificação da fidelidade das intervenções permite falar sobre a exequibilidade de tal avaliação. Foram gastos em média de 10 a 15 minutos além do tempo da sessão. É possível realizar essa avaliação, o aspecto mais desafiador da mensuração da fidelidade das intervenções é o treinamento e a recalibração dos codificadores.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O estudo permitiu desenvolver instrumento válido e confiável para a avaliação da fidelidade de intervenção psicoeducativa oferecida por telefone.

O instrumento elaborado foi denominado NIFE Tool e é composto por 49 itens específicos referentes a elementos do programa de intervenção Cuidar de Mim para Cuidar do Outro e 18 itens comuns referentes à introdução e ao encerramento das sessões, do conteúdo das orientações gerais ao interventor e dos conteúdos relativos a competências comunicacionais extraídos da literatura.

A validade de conteúdo foi estabelecida por meio de avaliação e obtenção de consenso de grupo 14 expertos. A confiabilidade foi estabelecida pela análise de consistência interna e a concordância inter e intra-avaliadores. A consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach variou de 0,51 a 0,81. A concordância interavaliadores segundo resultados do KAPPA, foi razoável em 3 dos 49 itens específicos, ficou entre moderada a substancial em 35 itens específicos, nos demais a concordância ficou entre razoável a nula. Para os itens comuns a concordância interavaliadores ficou entre moderada a substancial em 15 dos 18 itens, nos demais a concordância ficou entre razoável a nula. A consistência intra-avaliador foi maior do que a concordância interavaliadores na maioria dos itens específicos e dos itens comuns.

O NIFE Tool requer treinamento e calibração dos avaliadores antes e durante o processo de codificação da fidelidade das intervenções.

REFERÊNCIAS

Abry T, Hulleman CS, Rimm-Kaufman SE. Using Indices of Fidelity to Intervention Core Components to Identify Program Active Ingredients. *Am J Eval.* 2014. Disponível em: < <http://aje.sagepub.com/content/early/2014/11/26/1098214014557009.abstract> >. doi:10.1177/1098214014557009

Arnold E, Boggs KU. Developing communication skills in the nurse-client relationship. In: Rader I, editor. *Interpersonal relationships*. Philadelphia: Saunders Company; 1989. p.209 - 307.

Borrelli B, Sepinwall D, Ernst D, Bellg AJ, Czajkowski S, Breger R, et al. A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(5):852-60. DOI:

Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *J Public Health Dent.* 2011;71 Supp 1:S52 - S63.

Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT GROUP. Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Ann Intern Med.* 2008;148(4):295-309. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008> >.

Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT GROUP. Methods and Processes of the CONSORT Group: Example of an Extension for

Trials Assessing Nonpharmacologic Treatments. Ann Intern Med. 2008b;148(4):W60-6. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008-w1> >.

Breitenstein SM, Gross D, Garvey CA, Hill C, Fogg L, Resnick B, Implementation fidelity in community-based interventions. *Res Nurs Health.* 2010;33(2):164-73. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20198637> >. DOI: 10.1002/nur.20373

Buchanan R, Chamberlain P, Price JM, Sprengelmeyer P. Examining the equivalence of fidelity over two generations of KEEP implementation: A preliminary analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2013; 35(1):188-193, Jan 2013. ISSN 0190-7409. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24634557> >. DOI: [10.1016/j.childyouth.2012.10.002](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.10.002)

Bulechek GM, McCloskey JC, Dochterman AM, Wagner CM. Classificação das intervenções em enfermagem (NIC). 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(5):423-9.

Calsyn RJ. J. A checklist for critiquing treatment fidelity studies. *Ment Health Serv Res;* 2000;2(2):107-13. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11256717> >.

Campbell BK, Manuel JK, Manser ST, Peavy KM, Stelmokas J, McCarty D, et al. Assessing fidelity of treatment delivery in group and individual 12-step

facilitation. *J Subst Abuse Treat.* 2013;44(2):169-76. doi: 10.1016/j.jsat.2012.07.003

Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci.* 2007;2:40. doi:10.1186/1748-5908-2-40

Carroll KM, Nich C, Sifry RL, Nuro KF, Frankforter TL, Ball SA, Fenton L, A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug Alcohol Depend.* 2000;1;57(3):225-38.

Castorr AH, Thompson KO, Ryan JW, Phillips CY, Prescott PA, Soeken KL. The process of rater training for observational instruments: implications for interrater reliability. *Res Nurs Health.* 1990 Oct;13(5):311-8.

Chianca TCM, Souza, CCS, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(3):477-83. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a03.htm>.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Jun 10]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 04 jan. 2014.

Corry M, Clarke M, While AE, Lalor J. Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *J Clin Nurs*. 2013 Sep;22(17-18):2366-86. doi: 10.1111/jocn.12173.

Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if i have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med*. 2001;7;135(3):221-7.

Cruz DALM, Guedes ES, Santos MA, Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM et al. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Jun 01] ; 69(1); 197-204. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100197&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690126i>.

Damschroder, LJ, David E. Goodrich DE, Kim HM, Holleman R, Gillon L, et al. Development and validation of the ASPIRE-VA coaching fidelity checklist (ACFC): a tool to help ensure delivery of high-quality weight management interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 2015;sn:1-17. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s13142-015-0336-x> >.

Derkx H. The RICE rating list. Manual for rating of communication skills.: Medicinfo 2007.

Devito Dabbs A, Song MK, Hawkins R, Aubrecht J, Kovach K, Terhorst L. An intervention fidelity framework for technology-based behavioral interventions. *Nurs Res*. 2011;60(5):340-7. doi: 10.1097/NNR.0b013e31822cc87d.

Díaz Rueda LJ. Efetividade de intervenções com uso de telefone para cuidadores familiares com tensão do papel de cuidador. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/sensibilidade> [consultado em 21-01-2016].

Dumas JE, Lynch AM, Laughlin JE, Phillips Smith E, Prinz RJ. Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the EARLY ALLIANCE prevention trial. *Am J Prev Med.* 2001 Jan;20(1 Suppl):38-47. PubMed PMID: 11146259. Epub 2001/01/09. eng. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00272-5

Dumas JE, Lynch AM, Laughlin JE, Phillips Smith E, Prinz RJ. Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the EARLY ALLIANCE prevention trial. *Am J Prev Med.* 2001;20(1 Suppl):38-47.

Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Educ Res.* 2003;18(2):237-56.

Fonseca R, Silva P, Silva R., R. Acordo inter-juízes: o caso do coeficiente de Kappa. *Laboratório de Psicologia.* 2007;5(1):81-90.

Gearing RE, El-Bassel N, Ghesquiere A, Baldwin S, Gillies J, Ngeow E. Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(1):79-88. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.007

Grant JS, Kinney M R. The need for operational definitions for defining characteristics. *Nurs Diagn.* 1991;2(4):181-5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1764324>>.

Grant S, Montgomery P, Hopewell S, Macdonald G, Moher D, Mayo-Wilson E.. Developing a Reporting Guideline for Social and Psychological Intervention Trials. *Res Soc Work Pract.* 2013a;23(6):595-602.

Grant SP, Mayo-Wilson E, Melendez-Torres GJ, Montgomery P. Reporting quality of social and psychological intervention trials: a systematic review of reporting guidelines and trial publications. *PLoS One.* 2013 May 29;8(5):e65442. doi: 10.1371/journal.pone.0065442.

Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL, Lopes CT, Barros ALBL. Experts for validation studies in Nursing: new proposal and selection criteria. *Int J Nurs Knowl.* 2015 Mar 17. doi: 10.1111/2047-3095.12089. [Epub ahead of print]

Hartley S, Scarratt P, Bucci S, Kelly J, Mulligan J, Neil ST, et al. Assessing therapist adherence to recovery-focused cognitive behavioural therapy for psychosis delivered by telephone with support from a self-help guide: psychometric evaluations of a new fidelity scale. *Behav Cogn Psychother.* 2014;42(4):435-51. doi: 10.1017/S135246581300026X. Epub 2013 Apr 23.

Hasson H. Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implement Sci.* 2010 Sep 3;5:67. doi: 10.1186/1748-5908-5-67.

Hatch-Maillette M, Burlew AK, Turnbull S, Robinson M, Calsyn DA. Measuring fidelity to culturally adapted HIV prevention intervention for men in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2013;45(4):363-9. doi: 10.1016/j.jsat.2013.05.009. Epub 2013 Jun 27.

Haynes A, Brennan S, Redman S, Williamson A, Gallego G, Butow P, et al Figuring out fidelity: a worked example of the methods used to identify, critique and revise the essential elements of a contextualised intervention in health policy agencies. *Implement Sci.* 2016;11:23. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26912211> >. doi: 10.1186/s13012-016-0378-6.

Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014; 7;348:g1687. doi: 10.1136/bmj.g1687. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g1687.full.pdf> >.

Hoffmann TC, Eructi C, Glasziou PP. Poor description of non-pharmacological interventions: analysis of consecutive sample of randomised trials. *BMJ.* 2013;Sep 10;347:f3755. doi: 10.1136/bmj.f3755.

Hulscher ME, Laurant MG, Grol RP. Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(1):40-6. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571344> >.

Huntley CD, Salmon P, Fisher PL, Fletcher I, Young B. LUCAS: a theoretically informed instrument to assess clinical communication in objective structured

clinical examinations. *Med Educ*. 2012;46(3):267-76. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04162.x.

Jahoda A, Willner P, Rose J, Kroese BS, Lammie C, Shead J, et al. Development of a scale to measure fidelity to manualized group-based cognitive behavioural interventions for people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*, 2013;34(11):4210-21, Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24077070> >. doi:
 10.1016/j.ridd.2013.09.006.

Johnson C, Wilhelmsson S, Börjeson S, Lindberg M. Improvement of communication and interpersonal competence in telenursing – development of a self-assessment tool. *J Clin Nurs*. 2015;24(11-12):1489-501. doi:
 10.1111/jocn.12705.

Knolden AP, Sharma M. Process Evaluation of the Enabling Mothers to Prevent Pediatric Obesity Through Web-Based Learning and Reciprocal Determinism (EMPOWER) Randomized Control Trial. *Health Promot Pract*. 2014;15(5):685-94. doi: 10.1177/1524839914523431 Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648285> >.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 1977;33(1):159-74.

Ledoux T, Hilmers A, Watson K, Baranowski T, O'Connor TM. Development and feasibility of an objective measure of patient-centered communication fidelity in a pediatric obesity intervention. *J Nutr Educ Behav*.. 2013;45(4):349-54. doi:
 10.1016/j.jneb.2012.10.006.

Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-3.

Marroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*. 2006;4:65-90.

Mars T, Ellard D, Carnes D, Homer K, Underwood M, Taylor SJ. Fidelity in complex behaviour change interventions: a standardised approach to evaluate intervention integrity. *BMJ Open*. 2013;3(11):e003555. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003555

Medical Research Council. A Framework for Developing and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health.UK: Medical Research Council 2000.

Medical Research Council. Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance . UK: Medical Research Council; 2008.

Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52:S9-12.

Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:869. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20332511> >. doi: 10.1136/bmj.c869.

Moncher F, Prinz R. Treatment fidelity in outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 1991;11:247 -66. doi:10.1016/0272-7358(91)90103-2.

Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch*. 1992;24(4):273-80.

Naleppa MJ, Cagle JG. Treatment Fidelity in Social Work Intervention Research: A Review of Published Studies. *Res Soc Work Pract*. 2010 20: 674-681. doi: 10.1177/1049731509352088

NANDA - International. Diagnóssticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Nelson MC, Cordray DS, Hulleman CS, Darrow CL, Sommer EC.. A procedure for assessing intervention fidelity in experiments testing educational and behavioral interventions. *J Behav Health Serv Res*, 2012;39(4):374-96. doi: 10.1007/s11414-012-9295-x.

Nunnaly J. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.

Nuro KF, Maccarelli L, Martino S, Ball SA, Baker SM, Rounsaville BJ, et al Yale Adherence and Competence Scale (YACSII). Training Series No. 7. CENTER, Y. U. P. D.: Yale University Psychotherapy Development Center 2007.

Oats RG, Cross WF, Alex Mason W, Casey-Goldstein M, Thompson RW, Hanson K. Implementation assessment of widely used but understudied prevention programs: an illustration from the Common Sense Parenting trial. *Eval Program Plann*. 2014;44:89-97. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2014.02.002.

Perepletchikova F, Treat TA, Kazdin AE. Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(6):829-41. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.829

Robb SL, Burns DS, Docherty SL, Haase JE. Ensuring treatment fidelity in a multi-site behavioral intervention study: implementing NIH Behavior Change Consortium recommendations in the SMART trial. *Psychooncology*, 2011;20(11):1193-201. doi: 10.1002/pon.1845.

Robbins LB, Pfeiffer KA, Wesolek SM, Lo YJ. Process evaluation for a school-based physical activity intervention for 6th- and 7th-grade boys: reach, dose, and fidelity. *Eval Program Plann*. 2014 Feb;42:21-31. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2013.09.002.

Roy C. The Roy adaptation model. 3 ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2009.

Rubin A. The family preservation evaluation from hell: implications for program evaluation fidelity. *Child Youth Serv Rev*. 1997;19:77-99. doi: 10.1016/S0190-7409(97)00007-8

Schimmel-Bristow A, Bricker JB, Comstock B. Can Acceptance & Commitment Therapy be delivered with fidelity as a brief telephone-intervention? *Addict Behav*. 2012 Apr;37(4):517-20. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.015.

Schoenwald SK, Garland AF. A review of treatment adherence measurement methods. *Psychol Assess*. 2013;25(1):146-56. PubMed PMID: 22888981. PMCID: Pmc3764913. Epub 2012/08/15. eng. doi: 10.1037/a0029715

Sidani S, Braden C. Design, Evaluation, and Translation of Nursing Intervention. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2011.

Silva MJ. Comunicação tem remédio. 4 ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

Song MK, Happ MB, Sandelowski M.. Development of a tool to assess fidelity to a psycho-educational intervention. J Adv Nurs. 2010;66(3):673-82. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05216.x.Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423402> >.

Spitzberg BH. (Re)Introducing communication competence to the health professions. J Public Health Res. 2013;2(3):e23, Dec 2013. ISSN 2279-9028. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25170494> >.

Stefanelli M. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe editorial, 1993.

Stefanelli MC, Carvalho EC organizadoras. A comunicação nos diferentes contextos de Enfermagem. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012.

Stein KF, Sargent JT, Rafaels N. Intervention research: establishing fidelity of the independent variable in nursing clinical trials. Nurs Res. 2007;56(1):54-62.

Torrey A R. Treatment fidelity instrument to measure a brief opportunistic intervention for prenatal substance use. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(6):809-20, 2012 Nov-Dec 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23030696> >. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01413.x

Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in Nursing and Health research. 3 ed. New York: Springer; 2005.

Yamada J, Stevens B, Sidani S, Watt-Watson J.. Test of a Process Evaluation Checklist to improve neonatal pain practices. West J Nurs Res. West J Nurs Res. 2015;37(5):581-98. doi: 10.1177/0193945914524493.

Yoder P, Symons F. Observational measurement of behavior. New York: Springer; 2010.

APÊNDICE A - Convite para participação com experto na
validação do *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool*

Prezado Enfermeiro (a),

Sou Erika de Souza Guedes, aluna de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto (PROESA) da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz e co-orientação da Profa. Dra Rita de Cassia Gengo e Silva.

Estamos desenvolvendo um estudo metodológico com a finalidade de testar um instrumento para avaliação da fidelidade de intervenções complexas, para tanto precisamos validar o *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool*.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do estudo, na qualidade de especialista, com o objetivo de verificar a validade de conteúdo do instrumento.

Ficariamos muito gratas se concordasse em participar desta fase do estudo.

Cordialmente,

Erika de Souza Guedes

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Rita de Cassia Gengo e Silva

Sexo		Feminino ☐	Masculino ☐	Idade (em anos completos) _____	
Tempo de formado (em anos completos) _____					
Maior titulação acadêmica		☐ Graduação		☐ Especialização	
		☐ Mestrado		☐ Doutorado ☐ Pós Doutorado	
Área(s) de atuação profissional		☐ Assistência	☐ Ensino	☐ Pesquisa	
Experiência em enfermagem em doenças crônicas ☐ sim ☐ não					
Se sim, tempo de experiência (em anos completos): _____					
Experiência no delineamento, implementação e/ou avaliação de intervenções complexas ☐ sim ☐ não					
Se sim, tempo de experiência (em anos completos): _____					
Experiência de pelo menos um ano no ensino clínico sobre enfermagem em doenças crônicas, sobre cuidador familiar ou intervenções complexas ☐ sim ☐ não					
Experiência em pesquisa em enfermagem em doenças crônicas, com cuidador familiar ou intervenções complexas com publicação de artigos em periódicos de referência na área ☐ sim ☐ não					
Participação de no mínimo dois anos em grupo de pesquisa em enfermagem em doenças crônicas, cuidador familiar ou intervenções complexas ☐ sim ☐ não					
Indique se teve formação em enfermagem em doenças crônicas, cuidador familiar ou intervenções complexas durante:					
☐ aprimoramento		☐ curso de especialização		☐ residência	
☐ mestrado		☐ doutorado		☐ não se aplica	

APÊNDICE C - Orientações para a codificação da fidelidade das intervenções com o NIFE Tool

Tomar notas facilita o processo de codificação.

Hesitar muito tempo para avaliar pode ser atrapalhar a codificação.

No final do processo de codificação, retomar o instrumento e verificar se algum item não foi avaliado.

Itens de Adesão

ADEQUADO: Marque esta opção se o interventor apresentar **TODO** o conteúdo do elemento da intervenção. São permitidas pequenas variações na fala desde que sem prejuízo na transmissão do significado da mensagem.

LIMÍTROFE: Marque esta opção se o interventor deixar apresentar parte do conteúdo do elemento da intervenção, mas **NÃO** acrescentar outros conteúdos estranhos ao programa de intervenção.

INADEQUADO: Marque esta opção se o interventor **ACRESCENTAR** outros conteúdos estranhos ao programa de intervenção independente de ter apresentado ou não os conteúdos previstos (vide item adequado) **OU** se o interventor deixar de apresentar **TODO** o conteúdo previsto no elemento de intervenção.

Itens de competência

Só avaliar comportamento claramente demonstrado.

Em caso de dúvida se determinada habilidade estava presente ou não, escolher “não é possível avaliar”.

Os itens de competência devem ser avaliados representando em média a habilidade do interventor.

APÊNDICE D - *Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool*

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa Cuidar de mim para cuidar do outro		
Identificação do avaliador:	Identificação do áudio	Duração do áudio:

Para cada item abaixo, marque a opção à direita que melhor represente o comportamento do interventor segundo o áudio avaliado.

Sessão 1

ID	Item	Critérios de avaliação do item			
C6	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data e horário ou não faz referência a atrasos no horário.	☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação à data; antecipa ou atrasa-se em relação ao horário acordado e apresenta justificativa.	☐ O interventor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (independente do motivo e apresentação de justificativa).	
C8	Apresentação do interventor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do cuidador, pergunta como o cuidador está.	☐ O interventor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	

E2	Apresentação da justificativa para desenvolvimento do programa de intervenção; definição do cuidador como foco da intervenção; definição da finalidade do programa; técnicas, estratégias e habilidades a serem aprendidas; necessidade de praticar o	☐ Adequado <i>“Sabemos que cuidar de um familiar com uma doença crônica é uma grande responsabilidade que demanda conhecimentos, habilidades, paciência e amor. Também sabemos que algumas vezes você se encontra tão ocupado(a) cuidando de seu familiar que se esquece das suas próprias necessidades, de si mesmo. Por isso, este programa de intervenção está focado em você como cuidador. As orientações que você receberá durante as sessões de intervenção que compõem este programa tem como finalidade melhorar seu bem-estar. Você aprenderá algumas estratégias que poderá usar para cuidar da sua própria saúde física e emocional, assim como para lidar com algumas situações decorrentes do cuidado de seu familiar. Também aprenderá algumas técnicas de relaxamento, e algumas habilidades de comunicação que vão lhe ajudar a enfrentar melhor os problemas e a aumentar a prática de atividades agradáveis para você. Para que você possa aproveitar ao máximo este programa de</i>	☐ Limítrofe ☐ Inadequado
----	---	---	---

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	que aprender; vantagem do uso do telefone no desenvolvimento do programa de intervenção; especificação do conteúdo de cada sessão de intervenção. ☐ não é possível avaliar	<i>intervenção, você deve dedicar tempo para praticar as habilidades que você aprender. O programa de intervenção está composto por cinco sessões em que conversaremos por telefone. O encontro por telefone é vantajoso porque não é necessário que você saia de casa, o que tomaria mais tempo e é mais custoso. A primeira sessão está focada no significado de ser cuidador e cuidar. Além disso, você aprenderá controlar a sua respiração para conseguir se relaxar. Na segunda sessão discutiremos os efeitos do cuidado na sua saúde e no seu bem-estar e os direitos do cuidador. Nessa sessão será introduzida a técnica do relaxamento muscular. A terceira sessão está focada nos sentimentos que você pode experimentar como resultado da prestação de cuidados. Também durante esta sessão você aprenderá a ter uma comunicação clara, assertiva. A quarta sessão trata da técnica de resolução de problemas a qual lhe ajudará a lidar melhor com as dificuldades de seu dia a dia. A quinta e última sessão está focada principalmente no seu autocuidado".</i>		
E1	Solicitação que o cuidador acompanhe a sessão de intervenção com o manual do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>"O(a) senhor(a) poderia pegar o manual do cuidador para acompanhar a sessão? Assim fica mais fácil para entender do que falamos".</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C17	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada: apresentação de informações sobre ser cuidador familiar, explicação sobre o manejo da tensão pelo controle da respiração, apresentação de resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas relativas ao cuidado e conteúdo da sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>"A primeira sessão está focada no significado de ser cuidador e cuidar, além disso, você aprenderá controlar a sua respiração para conseguir se relaxar, na sequência farei um resumo da sessão, lembrarei os exercícios a serem desenvolvidos como tarefa de casa e no final haverá tempo para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com o familiar e sobre o conteúdo da sessão".</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E3	Solicitar que o cuidador conte sobre o início, sintomas e consequências da doença crônica apresentada por seu familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>"Antes de começar a falar sobre as doenças crônicas me conte um pouco da doença do seu familiar, por exemplo como seu familiar começou a apresentar a doença, sintomas e consequências no seu familiar".</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

E4	Explicação de que doença crônica é evolutiva, para a qual atualmente não existe cura, pode ter como consequência limitação na capacidade de realização das atividades de vida diária, o que pode levar à necessidade do portador de doença crônica ter um cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Como você sabe a doença que tem seu familiar é crônica, isso quer dizer que seu familiar tem uma doença que se caracteriza por ser de evolução prolongada, permanente para a qual atualmente não existe cura, a qual dificulta ou limita as capacidades dele para realizar as atividades do dia a dia. Devido às características, estado e consequências das doenças crônicas, as pessoas que as sofrem precisam de uma pessoa chamada cuidador”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E5	Apresentação da definição de cuidador familiar, suas funções e algumas características do papel de cuidador familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O cuidador familiar é um adulto, com relação de parentesco ou proximidade, que assume as responsabilidades de cuidar de um ser querido que vive com uma doença crônica incapacitante, e participa com ele na tomada de decisões. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. O cuidador é um ser humano de qualidades especiais expressas pelo forte laço de amor, de solidariedade e de doação”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E6	Incentivar o cuidador a relatar sua experiência como cuidador em termos do que mais gosta, do que menos gosta, facilidades e dificuldades. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O que você mais gosta em ser um cuidador? O que você menos gosta em ser um cuidador? O que foi o mais fácil para você quando assumiu o papel de cuidador? O que foi o mais difícil para você quando assumiu o papel de cuidador?”</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E7	Apresentação da definição de cuidar e como o cuidar pode afetar o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Cuidar envolve muitas e variadas tarefas de assistência. Muitas dessas atividades exigem ao cuidador familiar algumas qualidades desenvolvimento de habilidades para sua adequada execução. A situação de cuidar afeta cada cuidador de um jeito, dependendo da enfermidade da pessoa que recebe os cuidados, da gravidade dessa enfermidade, da lucidez mental da pessoa, assim como da saúde e da resistência do próprio cuidador. Apesar disso, muitas atividades de cuidado são comuns nas diferentes situações”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E8	Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as atividades de cuidado que realiza com seu familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Que atividades de cuidado você realiza para seu familiar?”</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

E9	<p>Citar as principais atividades feitas pelo cuidador para auxiliar seu familiar em atividades de vida diária, administração da vida financeira e cuidados de saúde.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Entre as tarefas habituais de um cuidador familiar temos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>* Ajudar nas atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar, passar roupas);</i> <i>* Ajudar a seu familiar na sua locomoção fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio);</i> <i>* Ajudar a seu familiar a movimentar-se dentro de sua casa;</i> <i>* Ajudar na higiene e cuidados pessoais (pentear, tomar banho, etc.);</i> <i>* Ajudar na administração do dinheiro e bens;</i> <i>* Administra medicamentos;</i> <i>* Ajudar em outros cuidados de enfermagem;</i> <i>* Procurar proporcionar conforto e tranquilizar o seu familiar em situações de crise (por exemplo, quando fica agitado ou ansioso);</i> <i>* Ajudar na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para expressar-se;</i> <i>* Observar sinais e sintomas;</i> <i>* Fazer pelo seu familiar pequenas tarefas da vida diária (por exemplo, levar-lhe um copo de água, acomoda-lo em frente à televisão etc.);</i> <i>* Ajudar nas decisões sobre o tratamento.”</i> 	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E10	<p>Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as qualidades importantes para cuidar do familiar dele.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Que qualidades são necessárias para cuidar de seu familiar?”</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E11	<p>Incentivar o cuidador a pensar e falar sobre as habilidades e qualidades que desenvolveu para realizar o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Pense e me fale sobre as qualidades que você tem, as habilidades que tem desenvolvido para conseguir realizar as atividades de cuidado do seu familiar”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E12	<p>Solicitar que o cuidador fale sobre as consequências das atividades de cuidado na sua vida.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Como cuidar de seu familiar tem afetado sua vida?”</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

E13	Apresentação ao cuidador de que ele precisa ter boa saúde, compreensão e capacidade de observação. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Além das qualidades que você já mencionou o cuidador deve ter: * Boa saúde. O cuidador deve ter a melhor saúde possível para poder ajudar e apoiar o familiar em suas atividades diárias. * Compreensão. Deve ter capacidade de compreender os momentos difíceis que a pessoa cuidada pode estar passando por causa da doença ou a diminuição da capacidade física * Capacidade de observação. O cuidador deve ficar atento às alterações físicas e emocionais de seu familiar que podem representar agravamento da doença que tem”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E14	Apresentação de como o oferecimento de cuidado ao familiar pode afetar a vida pessoal e profissional do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Cuidar de uma pessoa com doença crônica é, geralmente, uma experiência duradoura que exige uma reorganização da vida familiar, profissional e social. Quem assiste a familiares costuma dizer que sua vida foi afetada de diversas maneiras. Mesmo assim, cuidar de um familiar, apesar das dificuldades e "dureza" da situação, pode ser uma experiência gratificante para o cuidador”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E15	Apresentação da importância do cuidador cuidar de si mesmo assim como está cuidando de seu familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Você não deixa de ser quem você é porque o seu familiar está doente. Você ainda pode ser esposa, mãe, amiga ou filha apesar das exigências da prestação de cuidados. Por isso é muito importante que você cuide de si mesma como você está cuidando de seu familiar. Cuidar de si mesmo é uma das mais importantes, e uma das mais frequentemente esquecidas, coisas que você pode fazer como cuidador. Quando suas necessidades são atendidas, a pessoa de quem você cuida também será beneficiada. Lembre que a intenção do nosso programa é ensinar a você, o cuidador familiar, um conjunto de habilidades ou "ferramentas" para lidar com alguns problemas de cuidado. Isso vai ajudar você a se sentir mais "no controle" de sua vida cotidiana.”</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E16	Apresentação do exercício de respiração para quando o cuidador se sente tenso, cansado ou estressado. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Para começar, vou lhe ensinar a fazer um exercício de respiração que você pode fazer sempre que você estiver se sentindo tenso, cansado ou estressado.”</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E17	Orientação para realização do exercício de controle da respiração. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Antes de começarmos, também pode ser útil juntar uma pequena visualização: imaginar que ao soltar o ar estamos tirando a tensão, desconforto, mal-estar, imaginar que, quando o ar sai, estamos também esvaziando nosso corpo e a nossa mente de tudo o que gostaríamos de eliminar e, ao puxar o ar, ao mesmo tempo que o ar entra, absorvemos bem-estar, tranquilidade, vitalidade ou outras sensações positivas que queiramos manter. 1. Deite-se, confortavelmente, coloque um travesseiro sob a cabeça. Coloque uma das mãos sobre a barriga, logo acima do umbigo, e a outra no peito. 2. Puxe o ar pelo nariz lentamente, procurando fazer de sua barriga um balão sendo enchido. A mão</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p>da barriga deve subir e a mão do peito se mexer muito pouco. Respire com calma, de maneira regular e suave.</p> <p>3. Solte o ar lentamente, pela boca ou pelo nariz, o que for mais confortável, deixe sair todo o ar. Se conseguir, conte até 2 sem respirar, com os pulmões vazios, antes de começar um novo ciclo.</p> <p>4. Repita os movimentos de puxar e soltar o ar lentamente mais 10 vezes”.</p>		
E18	<p>Incentivar o cuidador a falar como se sentiu com o exercício de respiração.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p>“Como você se sentiu ao fazer o exercício de respiração?”</p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C18	<p>O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p>“Nesta primeira sessão você foi informado sobre o propósito deste programa focado nas pessoas que, como você, cuidam de um ser querido com doença crônica. Nosso principal propósito é ajudar-lhe a lidar bem com a sua situação de cuidador. A seguir você respondeu algumas perguntas relacionadas com sua experiência como cuidador. Também fizemos um exercício de respiração que ajudará você a se sentir melhor”.</p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C13	<p>Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento, marcar data e hora da próxima sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor explica a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), resalta a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marca data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor deixa de atender UM dos critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>
C14	<p>O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar que as dúvidas podem ser sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor NÃO pergunta se o cuidador tem dúvidas.</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

C15	<p>Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, mas NÃO VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, cheça se o cuidador entendeu interventor MAS NÃO oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor pode ou não esclarecer as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, pode ou não validar se o cuidador entendeu, mas OFERECE informações mesmo se o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>
-----	---	--	--	---

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do intervenor				
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O intervenor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador
C3	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador OU aparentemente o cuidador não falou de sentimentos.	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta do modo que se sente, mas não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.	☐ O intervenor não fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.
C4	Relato de experiências por parte do intervenor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pertinentes como resolução de problemas ou oferecimento de suporte emocional OU o intervenor não usou auto-discurso.	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pouco pertinentes, fora do contexto de resolução de problemas ou oferecimento de apoio emocional.	☐ O intervenor faz uso excessivo de relatos experiências próprias ou usa suas experiências como uma forma exemplar a ser seguida.
C5	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distancia e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.
C7	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador.	☐ O intervenor oferece informações confiáveis às perguntas do cuidador ou se não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não sabe, que procurará se informar e	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e/ou oferece informação pouco confiável.

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	☐ não é possível avaliar	responderá na próxima sessão OU não foram oferecidas outras informações além das previstas no programa de intervenção		
C11	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, ritmo e entonação adequada aos temas tratados.	☐ O intervenor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado e apresenta variação adequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado, no entanto apresenta variação inadequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de maneira monótona. OU o intervenor apresenta o conteúdo da intervenção em ritmo acelerado.
C12	O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.	☐ O intervenor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases da sessão, demonstra familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta de familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência demonstrando leitura mecanizada do manual do intervenor.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do intervenor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o intervenor consegue retomar o foco da sessão caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar o foco caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a sessão

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa Cuidar de mim para cuidar do outro		
Identificação do avaliador:	Identificação do áudio	Duração do áudio:

Para cada item abaixo, faça um círculo no número à direita que melhor represente o comportamento do intervenor segundo o áudio avaliado.

Sessão 2

ID	Item	Critérios de avaliação do item		
C6	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data e horário ou não faz referência a atrasos no horário.	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação à data; antecipa ou atrasa-se em relação ao horário acordado e apresenta justificativa.	☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (independente do motivo e apresentação de justificativa).
C8	Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do cuidador, pergunta como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.
C9	Investigação da realização ou não das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor pergunta para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, especifica cada uma e pergunta se a tarefa foi feita e se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor falha em pelo menos um dos aspectos: perguntar para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, perguntar se a tarefa foi feita, perguntar se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor não pergunta para o cuidador sobre as tarefas que deveriam ser feitas em casa.
C10	Investigação do que não foi feito, identificação do motivo da não realização das tarefas	☐ O intervenor pergunta para o cuidador se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diário de atividades; investiga com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	de casa, oferecimento de sugestões que facilitem a realização ou o registro das tarefas, destaque da importância da realização das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	tarefas de casa; oferece sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas e ressalta a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, MAS RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, no entanto NÃO RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida. OU O intervenor usa abordagem ostensiva na verificação da realização das tarefas.
--	--	--	---	---

E1	Solicitação que o cuidador acompanhe a sessão de intervenção com o manual do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O(a) senhor(a) poderia pegar o manual do cuidador para acompanhar a sessão? Assim fica mais fácil para entender do que falamos”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C17	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada: apresentação dos efeitos do cuidado na saúde e bem estar dos cuidadores familiares, apresentação dos direitos dos cuidadores familiares, explicação sobre a técnica de relaxamento muscular e preenchimento do diário de relaxamento, apresentação de resumo da sessão, importância de praticar o aprendido, exercícios para casa,	☐ Adequado <i>Na segunda sessão discutiremos os efeitos do cuidado na sua saúde e no seu bem-estar e os direitos do cuidador. Nessa sessão será introduzida a técnica do relaxamento muscular, na sequência farei um resumo da sessão, lembrarei os exercícios a serem desenvolvidos como tarefa de casa e no final haverá tempo para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com o familiar e sobre o conteúdo da sessão.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	<p>esclarecimento de dúvidas relativas ao cuidado e conteúdo da sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>			
E19	<p>Apresentação da possibilidade de desenvolvimento de desgaste físico e emocional como consequência do oferecimento de cuidado por parte do cuidador familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“As consequências de cuidar de uma pessoa com uma doença crônica variam de pessoa a pessoa devido às diferenças entre os cuidadores e entre as pessoas que recebem os cuidados. No entanto, uma característica comum é que a responsabilidade do cuidado pode provocar estresse, cansaço, problemas físicos, sentimentos de impotência, sentimentos de culpa, irritabilidade, tristeza, etc. Resumindo, pode provocar um desgaste físico e emocional mais ou menos continuado”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E20	<p>Apresentação dos sinais de alerta de que o cuidador familiar deve dedicar mais atenção a si mesmo e solicitação de que o cuidador diga quais desses sinais se aplicam ao seu caso.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Muitos cuidadores, sem perceber, vão exigindo mais e mais de si mesmos para cuidar do seu familiar e terminam esquecendo de si mesmos. Felizmente, nosso organismo tem mecanismos para nos informar que estamos exigindo demais e faz isso, emitindo certos sinais que são como uma luz vermelha ou aviso PARE, dizendo que algo vai mal, que está na hora de se cuidar melhor. Para saber como você está e se deve começar a dedicar mais atenção a si mesmo, propomos um exercício que pode orientá-lo. Eu lhe vou ler os possíveis sinais de alerta e você vai me dizer quais desses se aplicam a seu caso.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Problemas de sono (despertar de madrugada, dificuldades para conciliar o sono);</i> * <i>Estar sempre com sono etc;</i> * <i>Perda de energia, fadiga constante, sensação de cansaço contínuo etc;</i> * <i>Consumo excessivo de bebidas com cafeína, álcool ou cigarro;</i> * <i>Isolamento;</i> * <i>Consumo excessivo de pílulas para dormir ou outros medicamentos;</i> * <i>Problemas físicos: palpitações, tremor das mãos, moléstias digestivas;</i> * <i>Problemas de memória e dificuldades para concentrar-se;</i> * <i>Menor interesse por atividades e pessoas que anteriormente eram objetos de interesse;</i> * <i>Aumento ou diminuição de apetite;</i> * <i>Atos rotineiros repetitivos como, por exemplo, fazer limpeza continuamente;</i> * <i>Aborrecer-se facilmente;</i> * <i>Dar demasiada importância a pequenos detalhes;</i> 	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p>* <i>Mudanças frequentes de humor ou de estado de ânimo;</i></p> <p>* <i>Tendência a acidentat-se;</i></p> <p>* <i>Dificuldade para superar sentimentos de tristeza ou nervosismo;</i></p> <p>* <i>Não admitir a existência de sintomas físicos ou psicológicos ou justifica-los alegando outras causas, que não ligadas ao cuidado;</i></p> <p>* <i>Passar a tratar as outras pessoas da família com menos consideração.</i></p> <p><i>É importante que você sempre se lembre de que é inevitável sofrer impacto da doença crônica de alguém por quem você se importa. Mas você pode assumir a responsabilidade de cuidar de si mesma para satisfazer a suas próprias necessidades e com isso cuidar melhor de seu familiar”.</i></p>		
E21	<p>Solicitação e acompanhamento da leitura feita pelo cuidador da lista dos direitos dos cuidadores na pagina 16 do diário de atividades.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Por favor leia em voz alta e pense sobre a lista dos direitos dos cuidadores que está na página 16 do diário de atividades. O interventor acompanha a leitura do seguinte material:</i></p> <p><i>Eu tenho ...</i></p> <p>* <i>O direito de ter tempo para mim mesmo e dedicar-me a atividades em meu próprio benefício, sem sentimentos de culpa. O direito de ter sentimentos negativos por ver um ser querido enfermo ou por ver que vou perdê-lo.</i></p> <p>* <i>O direito de resolver por mim mesmo aquilo que tenho capacidade de resolver e o direito de pedir informações sobre aquilo que não compreendo.</i></p> <p>* <i>O direito de buscar soluções razoavelmente adequadas para as minhas necessidades e para os meus seres queridos.</i></p> <p>* <i>O direito de ser tratado com respeito pelas pessoas a quem solicito conselho e ajuda.</i></p> <p>* <i>O direito de cometer erros e de ser desculpado.</i></p> <p>* <i>O direito de ser reconhecido como membro importante e indispensável da minha família, inclusive quando meus pontos de vista não coincidem com os dos outros.</i></p> <p>* <i>O direito de querer bem a mim mesmo e admitir que faço o que é humanamente possível.</i></p> <p>* <i>O direito de aprender e de ter tempo necessário para aprender.</i></p> <p>* <i>O direito de admitir e de expressar sentimentos, tanto positivos, como negativos.</i></p> <p>* <i>O direito de dizer não quando as exigências são excessivas, inapropriadas ou pouco realistas.</i></p> <p>* <i>O direito de ter a minha própria vida”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E22	<p>Incentivar o cuidador a falar, dentre os direitos presentes na lista de direitos do cuidador, quais são mais importantes para ele.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Por favor responda: Qual destes direitos é o mais importante para você?”</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E23	Solicitação ao cuidador	☐ Adequado	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	<p>que explique por que os direitos escolhidos são importantes para ele.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p><i>“Por que esse direito é o mais importante para você?”</i></p>		
E24	<p>Orientação para realização da técnica de relaxamento muscular com a finalidade de reduzir o nível de ansiedade e estresse.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Agora que você já refletiu sobre seus direitos como cuidadora gostaria de ensinar-lhe uma técnica de relaxamento muscular que vai favorecer seu autocuidado.</i></p> <p><i>É importante praticar esta técnica. Fazer relaxamento duas vezes por dia lhe ajudará a manter um baixo nível de ansiedade e estresse, a dormir melhor e a reduzir a sensação de exaustão</i></p> <p><i>1. Sente-se numa cadeira ou sofá e recoste-se o mais confortavelmente possível. Feche os olhos e mantenha-os fechados durante o treino.</i></p> <p><i>2. Contraia a testa, mantenha-se assim durante 5 a 7 segundos. Agora relaxe-a rapidamente concentre-se nessas áreas que estavam muito tensas.</i></p> <p><i>3. Feche os olhos, aperte-os fortemente, mantenha-se assim durante 5 a 7 segundos. Sinta a tensão nas sobrancelhas e na junção com o nariz.</i></p> <p><i>4. Agora franza o nariz. Depois de 5 a 7 segundos relaxe-os.</i></p> <p><i>5. Agora faça que seu rosto e boca adotem um sorriso forçado. Os lábios superiores e inferiores assim como ambas bochechas devem estar tensas e rígidas. Os lábios devem ficar fortemente apertados sobre os dentes. Imediatamente relaxe os músculos de cada lado das bochechas e face.</i></p> <p><i>6. Aperte os dentes (os músculos que estão tensos são os que estão aos lados do rosto e têmporas). Após 5-7 segundos relaxe a mandíbula, sinta sensação de relaxamento. Novamente sinta e identifique a diferença em relação com a tensão.</i></p> <p><i>7. Contraia os músculos do pescoço, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste. Sinta a tensão no pescoço mantenha-se assim durante 5 a 7 segundos. Agora relaxe.</i></p> <p><i>8. Agora estenda os braços e coloque-os tão rígidos quanto possível mantendo os punhos apertados. Contraia os músculos dos dois braços, desde a mão até o ombro mantenha-se assim durante 5 a 7 segundos. Relaxe rapidamente os braços deixando-os que descansem sobre suas coxas na posição de relaxamento. Aproveite as sensações agradáveis do relaxamento.</i></p> <p><i>9. Agora vamos passar para os músculos de ambas coxas, panturrilhas e pés. Contraia os músculos de ambas pernas, levante horizontalmente suas pernas enquanto estica os dedos do pés para dentro, como se fosse tocar os joelhos com eles, fique assim por 5 a 7 segundos. Relaxe imediatamente todos essas áreas e baixe rapidamente as pernas até que seus pés descansem no chão, relaxe também os joelhos. Fique assim durante 30-40s.</i></p> <p><i>10. Levante os ombros como se estivesse tentando tocar com eles os ouvidos. Observe onde você sente a tensão. Solte a tensão imediatamente. Mantenha-se assim durante 30 a 40 segundos.</i></p> <p><i>11. Contraia fortemente os músculos de seu estômago até que fiquem tão duros como uma tábua.</i></p>	<p>☐ Limítrofe</p>	<p>☐ Inadequado</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p><i>Mantenha-se assim durante 5 a 7 segundos .Relaxe rapidamente seu estômago.</i></p> <p><i>12. Durante o relaxamento muscular foque a sua atenção nas sensações de relaxamento. Repare na diferença entre tensão e relaxamento.</i></p> <p><i>Algumas dicas</i></p> <p><i>É importante certificar-se de que cada grupo muscular fica tão descontraído como os demais. Convém que, depois de ter relaxado um grupo muscular, não volte a produzir tensão nesse grupo, pelo que, durante o treino, se deve mover apenas o estritamente necessário (por exemplo, para chegar a uma posição mais confortável”.</i></p>		
E25	<p>Incentivar o cuidador a falar como se sentiu com o exercício de relaxamento muscular.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Como você se sentiu ao fazer o exercício de relaxamento muscular?”</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C18	<p>O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>Nesta semana discutimos os efeitos de cuidar uma pessoa com doença crônica no bem-estar do cuidador familiar. Também falamos sobre os direitos que têm os cuidadores. Na medida que você os leia e aplique você se sentirá mais confortável com eles. Hoje também aprendemos uma nova técnica para conseguir se relaxar e sentir menos cansaço, estresse e fadiga. É muito importante que durante a semana você pratique as técnicas da respiração e o relaxamento.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C13	<p>Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento, marcar data e hora da próxima sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor explica a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), resalta a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marca data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor deixa de atender UM dos critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

C14	<p>O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar que as dúvidas podem ser sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor NÃO pergunta se o cuidador tem dúvidas.</p>
C15	<p>Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, checa se o cuidador entendeu interventor MAS NÃO oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor pode ou não esclarecer as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, pode ou não validar se o cuidador entendeu, mas OFERECE informações mesmo se o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do intervenor				
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O intervenor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador
C3	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador OU aparentemente o cuidador não falou de sentimentos.	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta do modo que se sente, mas não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.	☐ O intervenor não fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.
C4	Relato de experiências por parte do intervenor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pertinentes como resolução de problemas ou oferecimento de suporte emocional OU o intervenor não usou auto-discurso.	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pouco pertinentes, fora do contexto de resolução de problemas ou oferecimento de apoio emocional.	☐ O intervenor faz uso excessivo de relatos experiências próprias ou usa suas experiências como uma forma exemplar a ser seguida.
C5	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distancia e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.
C7	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor oferece informações confiáveis às perguntas do cuidador ou se não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não sabe, que procurará se informar e responderá na próxima sessão OU não foram oferecidas outras informações além	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e/ou oferece informação pouco confiável.

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		das previstas no programa de intervenção		
C11	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, ritmo e entonação adequada aos temas tratados.	☐ O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado e apresenta variação adequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado, no entanto apresenta variação inadequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de maneira monótona. OU o interventor apresenta o conteúdo da intervenção em ritmo acelerado.
C12	O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.	☐ O interventor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases da sessão, demonstra familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O interventor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta de familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência demonstrando leitura mecanizada do manual do interventor.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do interventor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o interventor consegue retomar o foco da sessão caso seja necessário.	☐ O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar o foco caso seja necessário.	☐ O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a sessão

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa Cuidar de mim para cuidar do outro		
Identificação do avaliador:	Identificação do áudio	Duração do áudio:

Para cada item abaixo, faça um círculo no número à direita que melhor represente o comportamento do intervenor segundo o áudio avaliado.

Sessão 3

ID	Item	Critérios de avaliação do item		
C6	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data e horário ou não faz referência a atrasos no horário.	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação à data; antecipa ou atrasa-se em relação ao horário acordado e apresenta justificativa.	☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (independente do motivo e apresentação de justificativa).
C8	Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do cuidador, pergunta como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.
C9	Investigação da realização ou não das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor pergunta para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, especifica cada uma e pergunta se a tarefa foi feita e se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor falha em pelo menos um dos aspectos: perguntar para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, perguntar se a tarefa foi feita, perguntar se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor não pergunta para o cuidador sobre as tarefas que deveriam ser feitas em casa.
C10	Investigação do que não foi feito, identificação do motivo da não realização das tarefas	☐ O intervenor pergunta para o cuidador se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diário de atividades; investiga com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	de casa, oferecimento de sugestões que facilitem a realização ou o registro das tarefas, destaque da importância da realização das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	tarefas de casa; oferece sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas e ressalta a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, MAS RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, no entanto NÃO RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida. OU O intervenor usa abordagem ostensiva na verificação da realização das tarefas.
--	--	--	---	---

E1	Solicitação que o cuidador acompanhe a sessão de intervenção com o manual do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O(a) senhor(a) poderia pegar o manual do cuidador para acompanhar a sessão? Assim fica mais fácil para entender do que falamos”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C17	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada: apresentação de conteúdos sobre o que sentimos, explicação sobre técnicas de comunicação, apresentação de resumo da sessão, importância de praticar o aprendido, exercícios para casa, esclarecimento de dúvidas relativas ao cuidado e conteúdo da sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“A terceira sessão está focada nos sentimentos que você pode experimentar como resultado da prestação de cuidados. Também durante esta sessão você aprenderá a ter uma comunicação clara, assertiva, na sequência farei um resumo da sessão, relembrarei os exercícios a serem desenvolvidos como tarefa de casa, e no final haverá tempo para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com o familiar e sobre o conteúdo da sessão”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E26	Apresentação de pequena introdução sobre o papel dos sentimentos. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“A experiência de cuidar de uma pessoa com doença crônica está associada com a vivência de muitos e variados sentimentos por parte dos cuidadores. Enquanto alguns sentimentos aumentam o bem-estar do cuidador e são agradáveis, outros são desagradáveis e podem até chegar a alterar a própria saúde”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E27	Solicitação que o cuidador	☐ Adequado	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	identifique, no último mês, os sentimentos experimentados com maior frequência como resultado da prestação de cuidados. ☐ não é possível avaliar	<i>“Por favor responda: no último mês que sentimentos você experimentou com maior frequência como resultado da prestação de cuidados?”</i>		
E28	Apresentação sobre a ocorrência de tristeza, raiva, perda, culpa ou solidão com foco nos sentimentos relatados pelo cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“É comum sentir-se estressado e sobrecarregado neste momento. Tal como o seu ser querido, você pode se sentir irritado, triste ou preocupado. Tente compartilhar seus sentimentos, falar como se sente com outras pessoas. Você provavelmente tem muitos sentimentos sobre o cuidado de seu ser querido. Não há nenhuma maneira correta para você se sentir, cada pessoa é diferente mas é importante que você saiba compreender o que sente. O primeiro passo para a compreensão de seus sentimentos é saber que eles são normais. Dê-se um tempo para pensar sobre seu sentimento. Alguns sentimentos que podem ir e vir são: Tristeza: Não há problema em se sentir triste. Mas se a sua duração é por mais de 2 semanas, e que o impede de fazer o que você precisa fazer, você deve marcar uma consulta médica. Raiva: Você pode estar com raiva de si mesmo ou de outros membros da família. Você pode estar zangado com a pessoa de quem você está cuidando ou você pode estar com raiva porque seu ser querido está doente e você sente que não pode fazer nada para mudar essa situação. Às vezes a raiva vem de medo, do pânico ou do estresse. Se você está com raiva, tente pensar no que faz você se sentir dessa maneira. Saber a causa lhe pode ajudar a lidar com esse sentimento. Perda: Você pode estar sentindo uma perda do que você mais valoriza, isto pode ser a saúde do seu ser querido. Ou pode ser a perda do dia a dia que você tinha antes de assumir o cuidado de seu familiar. Culpa: Sentir-se culpado é comum também. Você pode pensar que não está ajudando o suficiente. Ou você pode se sentir culpado de que você está saudável. Solidão: Você pode sentir-se solitário, mesmo com muitas pessoas ao seu redor. Você pode sentir que ninguém compreende os seus problemas. Você também pode estar gastando menos tempo com os outros”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E29	Apresentação ao cuidador de estratégias como a conversa, expressão de sentimentos, reflexão e reconhecimento de limites pessoais que podem ajudá-lo a lidar bem com os sentimentos. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O que pode ajudar você para lidar bem seus sentimentos? * Converse com alguém, se os seus sentimentos ficam no caminho da vida diária. Talvez você tenha um membro da família, amigo, padre, pastor, ou líder espiritual para falar. * Saiba que todos nós cometemos erros, sempre que temos muito em nossas mentes. Ninguém é perfeito. * Chore ou expresse seus sentimentos. Você não tem a pretensão de ser alegre. Não tem problema mostrar que você está triste ou chateado. * Concentre-se em coisas que valem a pena o seu tempo e energia.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p>* Lembre-se que você está fazendo o melhor que pode. * Passe algum tempo sozinho para pensar sobre seus sentimentos”.</p>		
E30	<p>Apresentação e oferecimento de exemplos dos estilos passivo, agressivo e assertivo de comunicação. ☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado <i>“Agora vamos falar sobre a comunicação. Nós temos três maneiras de comunicar nossos desejos e pensamentos a outras pessoas. Esses estilos são: passivo, agressivo e assertivo. Cada uma dessas maneiras representa uma posição diferente de respeito por si mesmo e pelos outros. Ninguém é completamente passivo ou agressivo ou assertivo quando se comunica com os outros, mas geralmente as pessoas tendem a usar mais um estilo de comunicação. O importante é identificar que tipo de comunicação nós usamos, depois vamos tentar usar a maioria das vezes a comunicação assertiva. Vamos conhecer esses estilos em mais detalhes para nos familiarizarmos com a comunicação eficaz.</i> <i>Comunicação passiva: Quando usamos este tipo de comunicação, expressamos nossos pensamentos e sentimentos indiretamente, ou como se estivéssemos pedindo desculpas; por isso as pessoas não prestam atenção ao que dizemos. O objetivo deste comportamento passivo é acalmar aos outros, evitar o conflito a todo custo, mas isso não é sempre possível.</i> <i>Exemplo comunicação passiva: Lucia cuida de seu marido que tem câncer. Lucia combinou com sua cunhada Maria que ela ia ficar cuidando de seu irmão durante uma hora enquanto a Lucia vai ao médico. No último momento Maria liga para Lucia dizendo que não poderá cuidar de seu irmão e Lucia responde “Tudo bem, não tem problema, realmente eu posso deixar minha consulta para depois”.</i> <i>Comunicação agressiva: Mostrar-se agressivo significa impor-se sem levar em conta a outra pessoa. O objetivo da comunicação agressiva é forçar a outra pessoa a fazer o que eu quero. Exemplo de comunicação agressiva: Lucia responde para Maria dizendo “estou cansada de você sempre falar que não pode. Você prometeu cuidar de seu irmão, então agora você tem de fazer o que você prometeu. Não quero ouvir nenhuma desculpa”.</i> <i>Comunicação assertiva: Ao contrário do outros tipos de comunicação mencionados, quando nos comunicamos de forma assertiva nos permitimos expressar nossos direitos pessoais e nossos pensamentos de uma maneira direta e sincera. Exemplo comunicação assertiva: Lucia responde para Maria dizendo “é muito importante que eu vá a essa consulta médica; eu gostaria de falar com você para tentarmos achar outra solução”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E31	<p>Incentivar o cuidador a falar quando o mesmo precisa ajuda, o quê ele faz? A quem pede ajuda? Como pede ajuda? ☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado <i>“Dado que já falamos sobre os tipos de comunicação e antes de continuar com alguns exemplos de comunicação assertiva, gostaria que você me respondesse as seguintes perguntas: Quando você precisa ajuda, o quê você faz? A quem pede ajuda? Como pede ajuda?”</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E32	<p>Apresentar para o cuidador o uso da comunicação</p>	<p>☐ Adequado <i>A continuação vou dar-lhe alguns exemplos de situações no dia a dia nas que você pode utilizar a</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

<p>assertiva em situações específicas.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p><i>comunicação assertiva, que é considerada como a ideal.</i></p> <p><i>c. Aplicando a comunicação a situações específicas. A responsabilidade de cuidar um ente querido não é apenas sua, não obstante, você não pode obrigar ninguém a assumir esta responsabilidade. Os cuidadores familiares que conseguem maior colaboração dos outros familiares são normalmente, aqueles que dizem claramente que tipo de ajuda necessitam. Você não pode esperar que as outras pessoas descubram ou adivinhem quais são as suas necessidades. O mais importante ao pedir ajuda é considerar que as outras pessoas também têm compromissos e responsabilidades, e que não estão obrigadas a deixar de lado seus deveres para ajudar no cuidado de seu familiar. Também é importante expressar sua satisfação e agradecimento pela ajuda, assim, é mais provável que eles continuem colaborando com o cuidado. Os cuidadores conseguem também mais ajuda quando compreendem e aceitam que algumas pessoas estão mais dispostas a ajudar do que outras, que nem todas podem oferecer o mesmo e, levando em conta essas coisas, procuram adaptar-se a possibilidades concretas das pessoas a quem pedem ajuda. Por fim, muitos cuidadores familiares descobriram que é importante que aqueles que ajudam saibam o que sua ajuda significa para eles e, portanto, procuram expressar sua satisfação e agradecimento pela ajuda. Assim, é mais provável que eles continuem colaborando com o cuidado. Quando não é fácil conseguir ajuda de outros familiares vale a pena procurar outras soluções, como por exemplo pedir ajuda a amigos ou outras pessoas próximas. Leve em consideração que algumas pessoas não são capazes de enxergar o problema em toda sua magnitude e importância ou talvez sintam-se culpadas por não poder colaborar mais no cuidado de seu familiar e, por isso, tendem a fugir, fazendo-se de desentendidos. Afinal, como dissemos, precisamos da ajuda de outros para garantir o nosso bem-estar como cuidadores e assim conseguir prestar o melhor cuidado possível a nosso familiar.</i></p> <p><i>Aceitar ajuda. Isto significa saber aceitar ajuda de outras pessoas (familiares, amigos, vizinhos), mas, também, aceitar a maneira como nos ajudam. Se você é o cuidador ou cuidadora familiar de uma pessoa com doença crônica, portanto, tem mais experiência nas tarefas de cuidar e pode sugerir aos outros como fazer melhor, no lugar de querer que façam exatamente como você faria. Dessa forma, além de evitar conflitos, conseguirá, mais facilmente, que os demais colaborem com você.</i></p> <p><i>Estabelecer limites ao cuidado. Alguns cuidadores familiares exageram nas suas responsabilidades, proporcionando cuidados superiores ao necessário. Em alguns casos, os cuidadores familiares, acostumados a atender à pessoa doente, pensam que podem fazer melhor e mais rapidamente que qualquer outra pessoa. Uma boa fórmula para combater esta tendência é aceitar ajuda. Em outras ocasiões, é a pessoa doente que pede mais cuidados e atenção do que realmente necessita. Neste caso, para o bem do cuidador e da pessoa cuidada, o cuidador pode estabelecer limites, aprendendo a dizer NÃO.</i></p> <p><i>Saber dizer NÃO. É importante colocar limites ao cuidado quando lhe pedem mais atenção do que a necessária. Algumas pessoas, ao terem que suportar os sofrimentos de sua enfermidade, exigem mais ajuda do que necessitam, enquanto outras sentem raiva por estar com problemas de saúde</i></p>		
---	---	--	--

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p>física e expressam este sentimento contra as pessoas que estão mais próximas, isto é, as pessoas que cuidam delas. Muitas vezes, estes pedidos excessivos vão aumentando aos poucos e os cuidadores familiares só percebem quando começam a ficar incomodados e frustrados com a pessoa doente, mas sem compreender as razões por que se sentem assim. Para resolver este tipo de situação, é preciso pensar em estabelecer limites para que continue existindo uma boa relação com a pessoa a quem cuidamos. É fundamental saber dizer não de forma adequada, de modo que não nos sintamos mal por isso, nem magoemos a pessoa de quem cuidamos.</p> <p>Como dizer não ou recusar pedidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Simplesmente dizer não, dar alguma razão, mas não pedir desculpas. * Assumir a responsabilidade de dizer não. * Repetir simplesmente não mesmo que os outros insistam. * Se tivermos dúvidas sobre qual deve ser a nossa resposta, podemos pedir mais informações e tempo para pensar”. 		
C18	<p>O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p>“Nesta semana conversamos sobre os sentimentos que você pode experimentar como resultado da prestação de cuidados ao ser querido com doença crônica, Falamos que não há uma forma correta de se sentir, todos esses sentimentos são normais. Também aprendemos a diferença entre os três tipos de comunicação: passivo, agressivo e assertivo. Nesta semana começaremos a praticar a comunicação assertiva que facilita a realização dos objetivos.”</p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C13	<p>Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento, marcar data e hora da próxima sessão.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor explica a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), resalta a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marca data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor deixa de atender UM dos critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>	<p>☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.</p>
C14	<p>O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar que as dúvidas podem ser sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor NÃO pergunta se o cuidador tem dúvidas.</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

C15	<p>Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, mas NÃO VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, MAS NÃO oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor pode ou não esclarecer as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, pode ou não validar se o cuidador entendeu, mas OFERECE informações mesmo se o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>
-----	---	--	--	---

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do intervenor				
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O intervenor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador
C3	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador OU aparentemente o cuidador não falou de sentimentos.	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta do modo que se sente, mas não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.	☐ O intervenor não fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.
C4	Relato de experiências por parte do intervenor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pertinentes como resolução de problemas ou oferecimento de suporte emocional OU o intervenor não usou auto-discurso.	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pouco pertinentes, fora do contexto de resolução de problemas ou oferecimento de apoio emocional.	☐ O intervenor faz uso excessivo de relatos experiências próprias ou usa suas experiências como uma forma exemplar a ser seguida.
C5	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distancia e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.
C7	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor oferece informações confiáveis às perguntas do cuidador ou se não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não sabe, que procurará se informar e responderá na próxima sessão OU não foram oferecidas outras informações além	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e/ou oferece informação pouco confiável.

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		das previstas no programa de intervenção		
C11	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, ritmo e entonação adequada aos temas tratados.	☐ O intervenor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado e apresenta variação adequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado, no entanto apresenta variação inadequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de maneira monótona. OU o intervenor apresenta o conteúdo da intervenção em ritmo acelerado.
C12	O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.	☐ O intervenor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases da sessão, demonstra familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta de familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência demonstrando leitura mecanizada do manual do intervenor.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do intervenor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o intervenor consegue retomar o foco da sessão caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar o foco caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a sessão

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa Cuidar de mim para cuidar do outro		
Identificação do avaliador:	Identificação do áudio	Duração do áudio:

Para cada item abaixo, faça um círculo no número à direita que melhor represente o comportamento do interventor segundo o áudio avaliado.

Sessão 4

ID	Item	Critérios de avaliação do item		
C6	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data e horário ou não faz referência a atrasos no horário.	☐ O interventor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação à data; antecipa ou atrasa-se em relação ao horário acordado e apresenta justificativa.	☐ O interventor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (independente do motivo e apresentação de justificativa).
C8	Apresentação do interventor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do cuidador, pergunta como o cuidador está.	☐ O interventor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.
C9	Investigação da realização ou não das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor pergunta para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, especifica cada uma e pergunta se a tarefa foi feita e se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O interventor falha em pelo menos um dos aspectos: perguntar para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, perguntar se a tarefa foi feita, perguntar se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O interventor não pergunta para o cuidador sobre as tarefas que deveriam ser feitas em casa.
C10	Investigação do que não foi feito, identificação do motivo da não realização das tarefas	☐ O interventor pergunta para o cuidador se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diário de atividades; investiga com detalhes o motivo da não realização das	☐ O interventor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das	☐ O interventor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	de casa, oferecimento de sugestões que facilitem a realização ou o registro das tarefas, destaque da importância da realização das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	tarefas de casa; oferece sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas e ressalta a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, MAS RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, no entanto NÃO RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida. OU O intervenor usa abordagem ostensiva na verificação da realização das tarefas.
--	--	--	---	---

E1	Solicitação que o cuidador acompanhe a sessão de intervenção com o manual do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“O(a) senhor(a) poderia pegar o manual do cuidador para acompanhar a sessão? Assim fica mais fácil para entender do que falamos”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C17	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada: explicação sobre os problemas e suas soluções, apresentação de resumo da sessão, importância de praticar o aprendido, exercícios para casa, esclarecimento dúvidas relativas ao cuidado e conteúdo da sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“A quarta sessão trata da técnica de resolução de problemas a qual lhe ajudará a lidar melhor com as dificuldades de seu dia a dia, na sequência farei um resumo da sessão, lembrarei os exercícios a serem desenvolvidos como tarefa de casa, e no final haverá tempo para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com o familiar e sobre o conteúdo da sessão”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E33	Explicação ao cuidador de que pessoas de todas as idades têm problemas e é necessário buscar as soluções. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Todas as pessoas de todas as idades têm problemas. Há muitas situações que nos fazem sentir mal: confuso, irritado, triste, com medo, etc. Mas nem todo mundo tenta resolver os seus problemas da mesma forma. Os problemas ou situações problemáticas são normais na nossa vida e ocorrem diariamente. Um problema é uma situação real ou imaginária que é difícil de tratar, de lidar, à qual nós temos que encontrar uma solução que não temos neste momento. Durante a semana passada,</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<i>provavelmente, você experimentou situações que lhe criaram “problemas”, estresse, irritação, desânimo, etc. Por favor registre todos os seus problemas; podem ser relacionados com os cuidados de sua família ou a qualquer outro assunto”.</i>		
E34	Solicitação de que o cuidador diga alguns dos problemas vivenciados ao longo da última semana. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Por favor me diga alguns dos problemas que você teve ao longo da última semana”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E35	Perguntar ao cuidador o que ele normalmente faz para achar soluções quando tem problemas. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Normalmente, quando você tem problemas, o quê você faz para achar soluções?”</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E36	Introdução da técnica de resolução de problemas e apresentação de exemplo na pag 37. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Agora vamos aprender uma técnica cujo principal objetivo é facilitar a busca de soluções para as situações com que as pessoas não sabem como lidar, como essas que você mencionou anteriormente. Então, hoje vamos trabalhar com o que os psicólogos chamam de solução de problemas. Esta técnica consiste basicamente em quatro etapas, juntos vamos segui-las até o final, para assim conseguir abordar os problemas desde uma perspectiva mais eficaz. Pode-me acompanhar com o diário de atividades, pag 37”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E37	Apresentação de conteúdos sobre a importância de definir o problema. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>Técnica resolução de problemas</i> <i>a. Definição e formulação do problema: Primeiro devemos começar pela definição e limitação do problemas. Quando um problema é bem definido e limitado, sua importância diminui, assim como a ansiedade que este gera. É verdade, se um problema é definido corretamente já temos resolvido metade do problema, porque, isso nos permite gerar mais e melhores alternativas. Se dizemos “meu marido é impossível” pouco ou nada podemos fazer a não ser “suportar” a situação. Só se você definir melhor, se especificar o que acontece haverá lugar para uma solução. Então, vamos tentar definir claramente o problema, para isto você deve:</i> <i>* Reunir informações sobre o problema: Quem está envolvido? O quê está acontecendo? Onde? Por que?</i> <i>* Elimine as informações irrelevantes evitando todos os tipos de suposições e inferências”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E38	Solicitar que o cuidador leia o exemplo da página 38 do diário de atividades e identifique qual é o problema. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Vamos dar uma olhada no exemplo que se encontra na página 38 do diário de atividades para compreender melhor essa técnica, por favor leia o exemplo.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

E39	Solicitar que o cuidador identifique qual é o problema no exemplo da página 38 do diário de atividades. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Neste exemplo, qual é o problema?”	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E40	Explicação sobre geração de soluções alternativas e leitura de exemplo na página 39 do diário de atividades. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Geração de soluções alternativas: O objetivo desta etapa é identificar o maior número possível de alternativas para resolver a situação problema. Escreva num papel todas as soluções que vêm à sua mente sem importar que pareçam loucas ou irrealistas. Não faça juízos de valor. Neste momento todas as possíveis soluções valem. Trata-se de gerar o maior número de soluções possíveis partindo do suposto que quanto mais possibilidades de soluções, maior será a chance de encontrar a melhor solução”. O interventor pede ao cuidador que leia as possíveis soluções segundo o exemplo da página 39.	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E41	Apresentação dos conteúdos sobre o processo de tomada de decisão e leitura de exemplo na página 39 do diário de atividades. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “A tomada de decisões: Agora, depois de ter criado todas as alternativas, você vai avaliá-las, compará-las, julgá-las e selecionar a melhor. O primeiro passo é excluir aquelas alternativas de solução que são negativas, quer dizer aquelas que poderiam criar problemas ainda maiores. Para avaliar as restantes deve-se perguntar: Quais são as vantagens que eu ganho com cada uma? Quais custos vai me gerar a curto e longo prazo? Quais são as desvantagens de cada uma dessas alternativas? Precisamos responder a cada uma dessas questões para cada uma das alternativas. Você pode achar que este processo pode ser um pouco longo e tedioso, mas é necessário, uma vez que irá ajudá-lo a escolher a solução mais adequada para você. Além disso, como com tudo, torna-se mais fácil com a prática. O(a) senhor(a) poderia, por favor, ler a valoração das soluções segundo o exemplo da página 39?”	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E42	Apresentação dos conteúdos sobre a escolha, aplicação e verificação da solução e leitura de exemplo na página 39 do diário de atividades. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Escolha, aplicação e verificação da solução: Depois de ter escolhido a alternativa que dará solução ao problema você deverá planejar como, quando e onde vai implementá-la, e também deverá estabelecer um período de tempo no qual implementá-la (por exemplo, entre 7 e 15 dias). É conveniente que este período seja relativamente longo, de modo a permitir sua contínua implementação e verificação da sua eficácia depois de um certo tempo. Durante esse tempo, você não pode voltar a questionar a solução para o problema, a decisão tem de ser mantida (é provável que as dificuldades iniciais desapareçam com o passar do tempo). Após este tempo, você vai reavaliar se a medida foi eficaz (isto é, se alcançou a resolução efetiva da situação). No caso de não ter atingido os objetivos propostos você terá de rever o processo de solução de problemas. Como em todas as técnicas anteriores, a técnica de solução de problemas será mais eficaz quanto mais você praticar. Para facilitar a sua aprendizagem deve começar por problemas não muito relevantes e depois passar a aplicá-la a problemas mais complexos.	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		O interventor revê o exemplo para que não fique nenhuma dúvida de como aplicar esta técnica.			
C18	O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado <i>“Nesta semana aprendemos uma técnica muito efetiva para enfrentar as dificuldades do nosso dia a dia: técnica resolução de problemas que consiste em: Definir o problema; Procurar soluções; Avaliar as possíveis soluções. Escolher uma solução e aplicá-la. Ao final deve-se avaliar a solução escolhida”.</i>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado	

C13	Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento, marcar data e hora da próxima sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor explica a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), resalta a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marca data e hora da próxima sessão.	☐ O interventor deixa de atender UM dos critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.	☐ O interventor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida, marcar data e hora da próxima sessão.	
C14	O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.	☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas DE UM MODO GERAL , sem especificar que as dúvidas podem ser sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.	☐ O interventor NÃO pergunta se o cuidador tem dúvidas.	

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

C15	<p>Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, mas NÃO VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, MAS NÃO oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor pode ou não esclarecer as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, pode ou não validar se o cuidador entendeu, mas OFERECE informações mesmo se o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>
-----	---	--	--	---

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do interventor				
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O interventor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O interventor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O interventor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do interventor.	☐ O interventor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do interventor.	☐ O interventor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador
C3	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador OU aparentemente o cuidador não falou de sentimentos.	☐ O interventor fala que entende que o cuidador se sinta do modo que se sente, mas não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.	☐ O interventor não fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.
C4	Relato de experiências por parte do interventor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor relata experiências próprias em situações pertinentes como resolução de problemas ou oferecimento de suporte emocional OU o interventor não usou auto-discurso.	☐ O interventor relata experiências próprias em situações pouco pertinentes, fora do contexto de resolução de problemas ou oferecimento de apoio emocional.	☐ O interventor faz uso excessivo de relatos experiências próprias ou usa suas experiências como uma forma exemplar a ser seguida.
C5	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O interventor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distancia e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O interventor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.	☐ O interventor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.
C7	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador.	☐ O interventor oferece informações confiáveis às perguntas do cuidador ou se não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não sabe, que procurará se informar e	☐ Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.	☐ Se o interventor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e/ou oferece informação pouco confiável.

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	☐ não é possível avaliar	responderá na próxima sessão OU não foram oferecidas outras informações além das previstas no programa de intervenção		
C11	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, ritmo e entonação adequada aos temas tratados.	☐ O intervenor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado e apresenta variação adequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado, no entanto apresenta variação inadequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de maneira monótona. OU o intervenor apresenta o conteúdo da intervenção em ritmo acelerado.
C12	O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.	☐ O intervenor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases da sessão, demonstra familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta de familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O intervenor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência demonstrando leitura mecanizada do manual do intervenor.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do intervenor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o intervenor consegue retomar o foco da sessão caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar o foco caso seja necessário.	☐ O intervenor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a sessão

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Avaliação da fidelidade das intervenções do Programa Cuidar de mim para cuidar do outro		
Identificação do avaliador:	Identificação do áudio	Duração do áudio:

Para cada item abaixo, faça um círculo no número à direita que melhor represente o comportamento do intervenor segundo o áudio avaliado.

Sessão 5

ID	Item	Critérios de avaliação do item		
C6	Cumprimento da data e hora das sessões conforme combinado com o cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que recebe a intervenção, respeitando data e horário ou não faz referência a atrasos no horário.	☐ O intervenor cumpre a agenda acordada com a pessoa que sofre a intervenção apenas com relação à data; antecipa ou atrasa-se em relação ao horário acordado e apresenta justificativa.	☐ O intervenor NÃO cumpre a agenda, data acordada com a pessoa que recebe a intervenção (independente do motivo e apresentação de justificativa).
C8	Apresentação do intervenor como enfermeiro, mencionando seu próprio nome; cumprimentar, dizer o nome do cuidador; perguntar como o cuidador está. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor se apresenta como enfermeiro e diz seu próprio nome, cumprimenta e diz o nome do cuidador, pergunta como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em EM UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.	☐ O intervenor falha em MAIS DE UM dos seguintes critérios: se apresentar como enfermeiro, dizer seu próprio nome, cumprimentar o cuidador, dizer o nome do cuidador ou perguntar como o cuidador está.
C9	Investigação da realização ou não das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor pergunta para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, especifica cada uma e pergunta se a tarefa foi feita e se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor falha em pelo menos um dos aspectos: perguntar para o cuidador sobre cada uma das tarefas que deveriam ser feitas em casa, perguntar se a tarefa foi feita, perguntar se o diário de atividades foi preenchido.	☐ O intervenor não pergunta para o cuidador sobre as tarefas que deveriam ser feitas em casa.
C10	Investigação do que não foi feito, identificação do motivo da não realização das tarefas	☐ O intervenor pergunta para o cuidador se o que ele não fez foi a atividade ou o registro no diário de atividades; investiga com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das	☐ O intervenor pode ou não: perguntar para o cuidador se a atividade ou o registro no diário de atividades não foi feito; investigar com detalhes o motivo da não realização das

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	de casa, oferecimento de sugestões que facilitem a realização ou o registro das tarefas, destaque da importância da realização das tarefas de casa. ☐ não é possível avaliar	tarefas de casa; oferece sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas e ressalta a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, MAS RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida.	tarefas de casa; oferecer sugestões para facilitar a realização ou o registro das tarefas, no entanto NÃO RESSALTA a importância da realização das tarefas de casa na redução da tensão e melhora da qualidade de vida. OU O intervenor usa abordagem ostensiva na verificação da realização das tarefas.
--	--	--	---	---

E1	Solicitação que o cuidador acompanhe a sessão de intervenção com o manual do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “O(a) senhor(a) poderia pegar o manual do cuidador para acompanhar a sessão? Assim fica mais fácil para entender do que falamos”.	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C17	Explicação para o cuidador sobre o foco da sessão e como ela está estruturada: apresentação sobre a importância do cuidado da própria saúde, como cuidar de si mesmo, organização do tempo e planejamento de atividades, apresentação de resumo da sessão, importância de praticar o aprendido, exercícios para casa, esclarecimento dúvidas relativas ao cuidado e conteúdo da sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “A quinta e última sessão está focada principalmente no seu autocuidado, na sequência farei um resumo da sessão, relembrarei os exercícios a serem desenvolvidos como tarefa de casa, e no final haverá tempo para o esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com o familiar e sobre o conteúdo da sessão”.	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E43	Solicitação de que o cuidador fale o que faz	☐ Adequado “Antes de começar a sessão gostaria que a senhora respondesse: O que você faz para cuidar da sua	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	para cuidar da própria saúde. ☐ não é possível avaliar	saúde?”		
E44	Solicitação de que o cuidador fale porquê a própria saúde é tão importante. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Por que sua saúde é tão importante?”	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E45	Solicitação de que o cuidador pense no que faz habitualmente e identifique o que acha que beneficia sua saúde e o que acha que prejudica sua saúde. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Pense agora no que faz habitualmente. O que acha que beneficia ou prejudica a sua saúde?”	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E46	Apresentação de conteúdos sobre a importância do cuidador cuidar da própria saúde física e mental. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Ser um cuidador familiar requer resistência e boa saúde para enfrentar as responsabilidades derivadas do cuidado de outra pessoa. Cuidar de você é essencial para o seu próprio bem-estar, e é crucial para a saúde e conforto de seu familiar com doença crônica. Porque cuidar pode ser uma atividade muito exigente, muitas vezes os cuidadores não fazem atividade física suficiente, não comem uma dieta saudável, ou simplesmente atrasam a procura de cuidados para si. Se você tem uma boa saúde física e mental, você será capaz de lidar com os desafios do dia a dia e com certeza fornecerá o melhor cuidado possível para seu familiar. Se você ignorar a sua própria saúde, seu risco de adoecer será muito alto. A manutenção da sua própria saúde é o melhor investimento que pode fazer por seu familiar”.	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
E47	Apresentação de conteúdos sobre como o cuidador pode cuidar de si mesmo dormindo melhor, fazendo atividade física, evitando isolamento, tendo atividade de lazer e organizando seu tempo. ☐ não é possível avaliar	☐ Adequado “Como cuidar de si mesmo Os cuidadores familiares que se sentem melhor são aqueles que mantêm hábitos de vida que lhes permitem estar em melhores condições físicas e psicológicas para cuidar de si mesmos e de seu familiar. Em seguida mencionaremos algumas recomendações que podem ajudá-los: * Dormir o suficiente. Dormir é uma das necessidades vitais. Sem um sono reparador, as pessoas podem ter vários problemas como falta de atenção, tendência a acidentarem-se, irritabilidade, adormecer em situações perigosas, etc. Para os cuidadores familiares, a falta de sono é um problema frequente, pois cuidar de uma pessoa com doença crônica pode significar atendê-la também à noite. Isso pode levar a um aumento da tensão do cuidador familiar que pode prejudicar sua forma de relacionar-se com seu familiar, o que, por sua vez, lhe dá sentimentos de culpa por não trata-la tão bem como gostaria. Há várias razões por que o cuidador familiar não dorme o	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p>suficiente. Em cada caso a solução será diferente. Se a causa do problema é que seu familiar necessita ser atendido à noite e, se houver outras pessoas morando em casa, podem-se organizar turnos para aliviar este trabalho, ou contratar os serviços de um profissional, alguns dias por semana. É possível, também, que você tenha demasiadas tarefas durante o dia e, por isso, não disponha de tempo para dormir suficientemente. Se for assim, é bom saber que você não precisa fazer tudo que pensou fazer, quando levantou de manhã, mas somente aquilo que é absolutamente necessário. Dedique algum momento durante o dia para descansar, quem sabe, quando seu familiar estiver dormindo, após o almoço.</p> <p>* <i>Faça exercícios físicos com regularidade:</i> O exercício físico é uma forma útil para combater tanto a tristeza como a tensão emocional. É uma forma saudável de eliminar as tensões que vão se acumulando durante o dia. Entretanto, sabemos que pode ser difícil encontrar um tempo para fazer algum tipo de exercício e, por isso, só pensar nisso já o deixa estressado. Por esta razão, vamos sugerir algumas ideias que podem ajudá-lo a adquirir o costume de fazer exercício físico, de forma bem simples. Em primeiro lugar, não pense que fazer exercício físico sempre supõe ir a uma academia ou praticar esportes. Existem outras formas de fazer exercícios físicos, mais de acordo com as suas possibilidades. Por exemplo, fazer uma caminhada é uma das formas mais simples de fazer exercício. Por isso, podem se aproveitar as saídas necessárias (para ir à padaria, ao banco, à lotérica) para caminhar um pouco, inclusive, dando uma volta maior. Igualmente, se as condições físicas de seu familiar permitir podem sair juntos para passear, mesmo que seja por um breve espaço de tempo. Outra possibilidade é dançar ao som de uma música que seja do seu agrado.</p> <p>* <i>Evite isolamento:</i> Muitos cuidadores familiares, como consequência de um excesso de trabalho, se distanciam de seus amigos e familiares. Isto pode levar a uma situação de isolamento que aumenta, no cuidador familiar, a sensação de sobrecarga e de estresse, que podem causar problemas físicos e psicológicos. Para evitar que isso ocorra, uma boa solução é que o cuidador familiar disponha de algum tempo livre para fazer alguma atividade que lhe dá prazer, ler, fazer palavras cruzadas, algum trabalho manual, encontrar-se com amigos. Se você tem dificuldades para encontrar tempo e necessita que outras pessoas o substituam durante alguns momentos, seria bom também pedir ajuda a seu grupo de amigos. De toda forma, mantenha contato com seus amigos e dedique algum tempo para se encontrar com eles. Também é importante sair de casa. Dedique algum tempo para estar fora de casa. Talvez você pense “Seria bom, mas com quem deixo meu marido, pai, mãe?”. Sabemos que não é fácil, mas é importante procurar alternativas, já que se não tivermos momentos de estar fora de casa, visitar alguém, passear, encontrar com amigos, podemos ficar com a sensação de estar numa prisão. Para evitar isso, podemos pensar que parentes e amigos poderiam ficar algum momento do dia com o familiar de quem cuidamos. Peça a eles. De vez em quando, você pode encontrar, também, alguém da sua família que pode se oferecer para que você possa descansar um fim de semana.</p> <p>* <i>Mantenha interesses e passatempos:</i> Introduza na sua vida diária, momentos de descanso, sem precisar sair de casa ou deixar seu familiar sozinho, por meio de formas simples de distrair-se e tirar um tempinho para relaxar. Por exemplo, respirar profundamente durante uns instantes, ficar</p>		
--	--	--	--	--

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		<p><i>algum tempo na janela e procurar ver longe, pensar em algo agradável, interromper suas atividades e descansar um pouco, comer uma fruta ou tomar um suco. É bom também fazer relaxamento. Lembre que nas sessões anteriores você aprendeu algumas técnicas para se relaxar, agora é só praticá-las.</i></p> <p><i>* Organize seu tempo: A falta de tempo é uma das maiores preocupações dos cuidadores familiares: tempo para suas necessidades, para cuidar da pessoa idosa, para atender a outras pessoas da família, para suas responsabilidades profissionais, para encontrar-se com amigos, etc. O tempo é sempre limitado e exerce uma grande pressão sobre os cuidadores familiares, que se sentem, muitas vezes, sufocados pelas múltiplas obrigações e tarefas que devem realizar ao mesmo tempo. Tentar combinar da melhor maneira possível as nossas obrigações, necessidades e a quantidade de tempo que temos, pode nos ajudar a aproveitar melhor o tempo e, assim, viver melhor”.</i></p>		
E48	<p>Explicação sobre como fazer um plano de atividades.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Para isso vamos propor, a seguir, algumas ideias que cuidadores familiares experimentaram. Como organizar o tempo:</i></p> <p><i>* Pergunte: é necessário fazer isto? Desta forma, podem-se decidir quais atividades são importantes e quais não são.</i></p> <p><i>* Marque objetivos realistas antes de comprometer-se.</i></p> <p><i>* Conte com os outros membros da família. Consulte-os, peça sua opinião, veja no que eles podem ajudar e inclua a ajuda deles no seu plano de vida.</i></p> <p><i>* Informe a seu familiar sobre as mudanças e decisões.</i></p> <p><i>* Elabore um plano de atividades.</i></p> <p><i>Como fazer um plano de atividades?</i></p> <p><i>1.Faça uma lista de todas as tarefas a serem executadas, relacionadas com você, com a pessoa cuidada e com outras pessoas.</i></p> <p><i>2.Liste as atividades de acordo com a importância para cada pessoa, começando com as mais importantes (as primeiras da lista)</i></p> <p><i>3.Anote para cada tarefa o tempo aproximado que necessita para realizá-la.</i></p> <p><i>4.Faça outra lista com as atividades que você deve realizar e as que gostaria de realizar, seguindo uma ordem de importância. Comece pelas primeiras atividades da lista. Se tiver mais tempo, continue com as outras. Se não tiver tempo para todas as tarefas e atividades que você anotou, adie para outro momento aquelas que ficaram nos últimos lugares da lista, quando tiver tempo disponível ou tempo extra, faça-las”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado
C18	<p>O interventor apresenta um resumo dos tópicos e dos exercícios/ técnicas aprendidos durante a sessão.</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Nesta última sessão de intervenção conversamos sobre a importância de cuidar de si mesmo para ser capaz de lidar com os desafios do dia a dia e fornecer o melhor cuidado possível para seu familiar. Também passamos umas dicas que lhe vão ajudar a melhorar seu autocuidado e em consequência seu bem estar físico e emocional”.</i></p>	☐ Limítrofe	☐ Inadequado

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

	☐ não é possível avaliar			
C13	<p>Explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor explica a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador) e resalta a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida.</p>	<p>☐ O interventor deixa de atender UM dos critérios: explicar a realização das tarefas de casa (exercício e preenchimento do manual do cuidador), ressaltar a importância de praticar o aprendido até o momento e seu papel na redução da tensão e melhora na qualidade de vida.</p>	<p>☐ O interventor não faz o encerramento da sessão..</p>
C14	<p>O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor pergunta se o cuidador tem dúvidas DE UM MODO GERAL, sem especificar que as dúvidas podem ser sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar.</p>	<p>☐ O interventor NÃO pergunta se o cuidador tem dúvidas.</p>

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

C15	<p>Esclarecimento das dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões ou sobre o cuidado de seu familiar.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, mas NÃO VALIDA se o cuidador entendeu, e/ou o interventor esclarece as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, se necessário apresentando o conteúdo de outra maneira, checa se o cuidador entendeu interventor MAS NÃO oferece sugestão de onde o cuidador pode buscar informações caso o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>	<p>☐ O interventor pode ou não esclarecer as dúvidas do cuidador sobre o conteúdo das sessões (atual ou anteriores) de intervenção ou sobre o cuidado de seu familiar, pode ou não validar se o cuidador entendeu, mas OFERECE informações mesmo se o conteúdo da dúvida fuja do escopo do programa de intervenção ou do cuidado do familiar.</p>
-----	---	--	---	---

E49	<p>O interventor agradece a participação do cuidador no programa de intervenção e faz votos que o cuidador use as habilidades aprendidas.</p> <p>☐ não é possível avaliar</p>	<p>☐ Adequado</p> <p><i>“Gostaria de agradecer-lhe a sua participação neste programa de intervenção. Agradeço o trabalho realizado e a sua disponibilidade. Sabemos que este programa de intervenção demanda tempo, e o tempo é muito importante quando você é um cuidador familiar. Esperamos que este programa tenha ajudado você a cuidar de si mesmo para cuidar mais e melhor de seu familiar e em geral melhorar seu bem-estar. Os técnicas propostas durante o desenvolvimento das cinco sessões de intervenção podem servir não só para ajudar-lhe a enfrentar sua situação como cuidador se não qualquer outra situação que seja estressante. Muito obrigada”</i></p>	<p>☐ Limítrofe</p>	<p>☐ Inadequado</p>
-----	--	---	---	--

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

Itens gerais: avaliar como, em média, foi o desempenho do intervenor				
C1	Demonstração de atenção ao que o cuidador diz por meio do uso de escuta ativa.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra interesse pelo que o cuidador está dizendo.	☐ O intervenor NÃO usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> durante a fala do cuidador.	☐ O intervenor usa expressões suplementares como <i>ahã, sim, estou ouvindo</i> com entonação que demonstra pouco ou nenhum interesse pelo que o cuidador está dizendo.
C2	Demonstração de entendimento da perspectiva do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador e faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor valida ou clarifica a perspectiva do cuidador MAS NÃO faz a ligação com as situações apresentadas no manual do intervenor.	☐ O intervenor NÃO valida ou clarifica a perspectiva do cuidador
C3	Demonstração de entendimento dos sentimentos do cuidador, clarificando ou validando o que o cuidador diz. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador OU aparentemente o cuidador não falou de sentimentos.	☐ O intervenor fala que entende que o cuidador se sinta do modo que se sente, mas não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.	☐ O intervenor não fala que entende que o cuidador se sinta de determinada maneira, não valida ou clarifica os sentimentos expressados pelo cuidador.
C4	Relato de experiências por parte do intervenor como exemplo de resolução de problemas ou para receptividade à experiência do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pertinentes como resolução de problemas ou oferecimento de suporte emocional OU o intervenor não usou auto-discurso.	☐ O intervenor relata experiências próprias em situações pouco pertinentes, fora do contexto de resolução de problemas ou oferecimento de apoio emocional.	☐ O intervenor faz uso excessivo de relatos experiências próprias ou usa suas experiências como uma forma exemplar a ser seguida.
C5	Emprego de palavras e expressões de uso corrente que não distancie e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor emprega palavras e expressões de uso corrente, apropriadas ao contexto, que não distancia e permita o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor ÀS VEZES usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.	☐ O intervenor FREQUENTEMENTE usa expressões inapropriadas ou jargão profissional que podem distanciar e dificultar o entendimento por parte do cuidador.
C7	Oferecimento apenas de informações confiáveis em resposta às perguntas do cuidador. ☐ não é possível avaliar	☐ O intervenor oferece informações confiáveis às perguntas do cuidador ou se não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não sabe, que procurará se informar e responderá na próxima sessão OU não foram oferecidas outras informações além	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz apenas que não sabe.	☐ Se o intervenor não sabe ou não tem certeza da resposta, diz que não tem certeza e/ou oferece informação pouco confiável.

Nursing Intervention Fidelity Evaluation Tool - NIFE Tool

		das previstas no programa de intervenção		
C11	Apresentação do conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, ritmo e entonação adequada aos temas tratados.	☐ O interventor oferece o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado e apresenta variação adequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz confortável, com ritmo adequado, no entanto apresenta variação inadequada do tom da voz segundo os temas tratados.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com tom de voz monocórdico, de maneira monótona. OU o interventor apresenta o conteúdo da intervenção em ritmo acelerado.
C12	O interventor apresenta o conteúdo da intervenção com fluência e familiaridade.	☐ O interventor desenvolve sessão com fluência, faz transição adequada entre as fases da sessão, demonstra familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O interventor faz pausas inadequadas ou repete trechos na sessão demonstrando falta de familiaridade com o conteúdo da intervenção.	☐ O interventor apresenta o conteúdo da intervenção sem fluência demonstrando leitura mecanizada do manual do interventor.
C16	Desenvolver o tema da sessão segundo conteúdos e tempo previstos no manual do interventor, demonstrando capacidade de manutenção do foco durante a sessão. ☐ não é possível avaliar	☐ O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão sem desvio de foco OU o interventor consegue retomar o foco da sessão caso seja necessário.	☐ O interventor apresenta os conteúdos previstos na sessão e tem dificuldade de retomar o foco caso seja necessário.	☐ O interventor apresenta dificuldade de manutenção ou retomada de foco durante a sessão

ANEXO 1 – Carta de Anuência para uso dos dados

CARTA DE ANUÊNCIA

São Paulo, 3 de julho de 2014.

O Projeto de Pesquisa **MEDIDA DE FIDELIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**, a ser desenvolvido como requisito para obtenção do título de doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, cuja doutoranda é Erika de Souza Guedes e orientadora é a Profa Dra Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz será realizado em paralelo ao ensaio clínico controlado randomizado binacional Brasil / Colômbia intitulado **EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM USO DO TELEFONE PARA CUIDADORES COM TENSÃO DO PAPEL DO CUIDADOR**.

As pesquisadoras envolvidas no ensaio clínico, a doutoranda Leidy Johanna Rueda Díaz e a Profa Dra Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz comprometem-se a disponibilizar o áudio das sessões de intervenção do referido ensaio clínico para que seja objeto de avaliação do estudo **MEDIDA DE FIDELIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**.

Ressalta-se que as gravações do áudio das sessões de intervenção foram prevista no delineamento do ensaio clínico e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP sob o parecer número 435.429. Serão mantidos todos os pressupostos de confidencialidade de dados e respeitadas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Profa Dra Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Leidy Johanna Rueda Díaz

ANEXO 2 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM USO DO TELEFONE

Pesquisador: LEIDY JOHANNA RUEDA DIAZ

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 2

CAAE: 21418913.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 435.429

Data da Relatoria: 08/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de doutorado desenvolvido em 3 etapas.

(1) Validação das definições operacionais das características definidoras para o DE Tensão do Papel de Cuidador e dos resultados de enfermagem: Alteração de estilo de vida do cuidador familiar, Saúde emocional do cuidador familiar, Saúde Física do Cuidador Familiar, Bem-estar do cuidador familiar junto a juízes. O grupo de especialistas estará composto por 6 enfermeiros (3 brasileiros e 3 colombianos), que atendam os seguintes critérios de inclusão: ter familiaridade com procedimentos de julgamento de conteúdo de instrumentos de medida ou similares; ter pelo menos uma publicação sobre sistematização da assistência de enfermagem, ou diagnóstico de enfermagem ou sobre cuidadores familiares; prática clínica mínima de um ano em áreas relacionadas com o cuidado de pessoas com doenças crônicas ou cuidadores familiares. A identificação dos especialistas será feita por meio de pesquisa on-line aos currículos da Plataforma Lattes contidos no portal do CNPq; no caso dos enfermeiros brasileiros; e no Diretório de Curriculum Vitae em Ciência y Tecnología CvLAC para os enfermeiros colombianos.

(2) Validação das propriedades psicométricas dos instrumentos que tiveram seu conteúdo validado pelos especialistas. Para a validação estabeleceu-se uma amostra de 250 pessoas (125 no Brasil e 125 na Colômbia) com os seguintes critérios de inclusão: ser um cuidador familiar de uma

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 435.429

pessoa com doença crônica, com idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever, conviver com a pessoa cuidada por um tempo maior que um mês. Critérios de exclusão: presença de déficit cognitivo, avaliado pelo teste Mini-Mental (MEEM); limitações de fala e audição.

(3) Ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade da intervenção por telefone comparada à visita domiciliar. A população estará composta por cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas que se encontram acompanhando o receptor de cuidado num hospital de nível secundário de assistência à saúde. Como sugestão, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e o Hospital Universitário de Santander (HUS/UIS-Colômbia). A pessoa cuidada deve se encontrar com data marcada para a alta ou recebendo atendimento ambulatorial. Critérios de inclusão: Ser um cuidador familiar de uma pessoa com doença crônica, com idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever, conviver com a pessoa cuidada por um tempo maior que um mês, dispor de serviço de telefone. Apresentar o diagnóstico de enfermagem Tensão do Papel Cuidador definido pela NANDA-I como "dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família" e uma pontuação menor ou igual a 2,5 em pelo menos um dos resultados: Alteração de estilo de vida do cuidador familiar, Saúde emocional do cuidador familiar, Bem-estar do cuidador familiar, Saúde Física do cuidador familiar. A amostra será constituída por 52 cuidadores em cada grupo: intervenção e controle.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Determinar a efetividade de intervenções de enfermagem aplicadas por telefone para cuidadores familiares com Tensão do Papel de Cuidador nos domínios: estilo de vida, saúde emocional, saúde física e bem-estar.

Objetivo Secundário:

- Estimar a validade do diagnóstico de Tensão do Papel de Cuidador;
- Estimar a validade dos resultados Alteração de estilo de vida do cuidador familiar, Saúde emocional do cuidador familiar, Saúde física do Cuidador Familiar, Bem-estar do cuidador familiar;
- Comparar manifestações de Tensão do Papel do Cuidador entre amostra de brasileiros e colombianos;
- Comparar respostas a um programa de intervenção para familiares cuidadores pessoas com doença crônica entre amostra brasileira e colombiana.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 435.429

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a pesquisadora, não há riscos previsíveis.

Benefícios: o conhecimento procedente da pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de programas de intervenção efetivos para cuidadores familiares de pessoas com diagnóstico de tensão do papel de cuidador. Os resultados deste estudo auxiliarão na geração de Modelos de Atenção de Enfermagem, dirigidos a cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas que favoreça o posicionamento profissional e disciplinar da enfermagem para a formulação de ações que estejam em conformidade com o contexto e os avanços tecnológicos da América Latina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se desenvolverá no Brasil e na Colômbia. A pesquisadora já tem a aprovação do CEP da instituição colombiana.

O estudo tem por hipóteses:

H1: As intervenções com uso de telefone são mais eficazes que as mesmas intervenções realizadas em casa para cuidadores familiares de pessoas com doença crônica, com o diagnóstico de Tensão do Papel Cuidador.

H0: As intervenções de enfermagem com uso de telefone são igualmente eficazes às mesmas intervenções realizadas em casa para cuidadores familiares de pessoas com doença crônica, com o diagnóstico de Tensão do Papel Cuidador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A documentação apresentada atende à Resolução 466/12. Foi apresentada a carta convite aos especialistas, o TCLE para os cuidadores que participarão da coleta de dados para validar os fatores de risco e características definidoras para os DE propostos: tensão do papel de cuidador e a validade dos indicadores alteração de estilo de vida do cuidador familiar, a saúde emocional do cuidador familiar, a saúde física do cuidador familiar, e o bem-estar do cuidador familiar; e outro TCLE para os cuidadores que participarão da intervenção por telefone ou por visita domiciliar.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 435.429

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

SAO PAULO, 24 de Outubro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM USO DO TELEFONE

Pesquisador: LEIDY JOHANNA RUEDA DIAZ

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 3

CAAE: 21418913.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 508.708

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à(s) seguinte(s) Área(s) Temática(s) Especial(is) "Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro".

No documento intitulado *CPB_RELATORIO_PESQUISA_214189.pdf*, item resumo, lê-se: "A experiência de ser um cuidador familiar de uma pessoa com doença crônica afeta significativamente a qualidade de vida e, geralmente, tende a deteriorar-se nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Na América Latina, o sistema de saúde não responde às demandas e necessidades deste grupo de pessoas; portanto, estabelecer uma proposta baseada na assistência dos cuidadores com o diagnóstico de Tensão do Papel Cuidador, contribuirá para a elaboração de programas de cobertura oportuna e eficaz das necessidades e demandas desta população. Método. A pesquisa será desenvolvida em três etapas. Primeira: validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem tensão do papel de cuidador e de resultados de enfermagem Alteração de estilo de vida do cuidador familiar, Saúde emocional do cuidador familiar, Saúde Física do Cuidador Familiar, Bem-estar do cuidador familiar; segunda: validação do instrumento de medida de diagnóstico e resultados utilizando o modelo de Rasch; terceira: ensaio clínico randomizado.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 508.708

Esta última etapa será desenvolvida simultaneamente no Brasil e na Colômbia. Por cada país a amostra estará composta 78 cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas, consistindo em 26 cuidadores ao grupo controle, 26 no grupo intervenção telefônica e 26 pessoas para o grupo de visita domiciliar. O grupo de γ Intervenção por Telefone γ receberá 5 sessões de intervenção, com o uso de telefone com uma duração de 40 minutos, 1 vez por semana durante 5 semanas. O grupo de γ Intervenção por Visita Domiciliar γ receberá as mesmas 5 sessões de intervenção em visitas domiciliares e o grupo controle receberá o cuidado usual. As sessões de intervenção integrarão atividades das seguintes intervenções da NIC: Apoio ao cuidador e Melhora do enfrentamento. Para o processamento e qualidade dos dados serão construídos dois bancos de dados independentemente em Epi Info e serão analisados em software Stata versão 11. Realizar-se-á uma análise descritiva das características basais dos grupos de intervenção e não intervenção. Para avaliar o efeito da intervenção sobre notas médias finais dos resultados, da segunda e terceira avaliação, nos grupos de intervenção e grupo controle, realizar-se-á uma análise de covariância (ANCOVA). Como medida de impacto da intervenção se calculará o número necessário para tratar (NNT).".

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a efetividade de intervenções de enfermagem aplicadas por telefone para cuidadores familiares com Tensão do Papel de Cuidador nos domínios: estilo de vida, saúde emocional, saúde física e bem-estar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo apresenta em sua folha de rosto o Brasil como país de origem do estudo e como patrocinador, financiamento próprio. Porém no Projeto detalhado consta que será solicitado auxílio financeiro junto à Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo. O estudo terá a participação de enfermeiros colombianos no processo de coleta de dados na Colômbia. Portanto, o protocolo não se enquadra na área da apreciação da CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 508.708

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a CONEP entende que o protocolo de pesquisa em tela, não se enquadra na Área Temática Especial "Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro"(considerando as informações do item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012), não cabendo a sua análise ética à CONEP, mas sim delegada somente ao CEP.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP - delibera pela devolução do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, por não se enquadrar em nenhuma das áreas temáticas descritas no item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012.

BRASÍLIA, 09 de Janeiro de 2014

Assinador por:

Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br