

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

LUZIA ELAINE GALDEANO

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM RELAÇÃO À DOENÇA
ARTERIAL CORONARIANA E À REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO**

RIBEIRÃO PRETO

2007

LUZIA ELAINE GALDEANO

**Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente*
em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar

Orientadora: Prof^a Dr^a Lídia Aparecida Rossi

Ribeirão Preto

2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Galdeano, Luzia Elaine

Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio. Ribeirão Preto, 2007.

110 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Rossi, Lídia Aparecida.

1. Estudos de validação. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Conhecimento. 4. Revascularização miocárdica. 5. Educação do paciente.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luzia Elaine Galdeano

Validação do diagnóstico de enfermagem
conhecimento deficiente em relação à doença
arterial coronariana e à revascularização do
miocárdio

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª Drª _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Profª Drª _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Profª Drª _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Profª Drª _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Profª Drª _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Alexandre, com carinho, amor e gratidão pelo apoio nas horas difíceis, pelas palavras de incentivo, pela imensa ajuda em tudo que fosse necessário e, principalmente, por estar sempre presente em minha vida.

À minha filha, Luiza, com amor. Obrigada por preencher de alegria a minha vida.

À minha mãe, Graça, com admiração, carinho e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial à Prof^a Dr^a Lídia Aparecida Rossi, minha orientadora, pela amizade, confiança, incentivo, dedicação, auxílio e ensinamentos essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

À Prof^a Dr^a Rachel de Carvalho, amiga querida, exemplo de ser humano e de profissional, pelo carinho, amizade, disposição, dedicação e auxílio na finalização deste estudo.

A todos os profissionais que participaram como expertos na primeira etapa desta pesquisa.

Às Prof^{as} Dr^{as} Emília Campos de Carvalho e Márcia Maria Fontão Zago pelos esclarecimentos, ensinamentos e sugestões no processo de refinamento dos instrumentos de coleta de dados e no momento da qualificação.

Às Prof^{as} Dr^{as} Ana Emília Pace, Cristina Maria Galvão, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, Maria Célia Barcellos Dalri, Lisete Diniz Ribas Casagrande, Cristina Ruffino e Cristine Alves Costa de Jesus pela validação de aparência e conteúdo dos instrumentos de coleta de dados.

Ao Prof Vanderlei José Haas, pela assessoria na análise estatística, empenho, dedicação e orientação, sem os quais este estudo não se realizaria.

À Prof^a Rosana Aparecida Spadotti Dantas, pelos esclarecimentos e sugestões no processo de refinamento dos instrumentos de coleta de dados, ensinamentos, orientações e sugestões essenciais na finalização deste estudo.

À Denise de Moura, bibliotecária da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, pela atenção, disposição e auxílio na revisão de literatura e na correção das referências bibliográficas.

À Márcia Regina da Silva, bibliotecária da Biblioteca Central do Campus da USP de Ribeirão Preto, pela atenção e correção das referências bibliográficas.

À Gema Aparecida Pereira, pela atenção, disponibilidade e revisão de texto.

Ao Ronaldo Alves Rios, analista de suporte da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, pela atenção, disposição e auxílio.

À Sofie Tortelboom Aversari Martins, assistente internacional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

A todos os pacientes que concordaram em participar do estudo.

RESUMO

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio***. 2007. 152 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Este estudo teve como principais objetivos realizar a validação de conteúdo e a validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio*. Foram utilizados os modelos de validação de conteúdo e de validação clínica focado no paciente, propostos por Fehring (1987). Validação de conteúdo (1ª etapa do estudo) - foram convidados a participar dessa etapa 50 enfermeiros expertos em diagnósticos de enfermagem, em assistência a pacientes com problemas cardiológicos e/ou na área da educação. Para essa etapa, foi utilizado instrumento, constituído das características definidoras do *Conhecimento deficiente* e de suas respectivas definições operacionais. As características definidoras, classificadas como principais pelos expertos foram: *verbalização do problema* (0,96), *desempenho inadequado em teste* (0,83) e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* (0,83). As características classificadas como secundárias foram: *seguimento inadequado de instruções* (0,71), *memorização de informação deficiente* (0,71), *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (0,69), *questionamento repetitivo* (0,68), *desvalorização das informações* (0,64), *não seguir a terapêutica prescrita* (0,56), *indicadores não-verbais de falta de atenção* (0,56), *falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias* (0,53) e *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) (0,51). A característica *comportamentos impróprios ou exagerados* (0,34) foi considerada insuficiente para caracterizar o *conhecimento deficiente*. Validação clínica (2ª etapa do estudo) – participaram dessa etapa 80 pacientes adultos que se encontravam no período pré-operatório de revascularização do miocárdio. Essa etapa foi realizada no Hospital Beneficência Portuguesa do município de São Paulo. Foram utilizados seis instrumentos: *Questionário para avaliação geral*, *Mini-exame do estado mental*, *Escala hospitalar de ansiedade e depressão*, *Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento*, *Questionário para avaliação da valorização de informações* e *Escala de auto-avaliação*. Todos os instrumentos de coleta de dados, utilizados nessa etapa e preenchidos pela pesquisadora, foram entregues a um enfermeiro especialista com o objetivo de verificar a concordância entre esses dois profissionais na identificação das características definidoras. As características identificadas com frequência superior a 50%, tanto pela pesquisadora como pelo enfermeiro especialista, foram: *desempenho inadequado em teste* e *expressar alteração psicológica*. Com exceção da característica *verbalização do problema*, na qual se obteve 27,5% de concordância entre os dois profissionais, em todas as outras foram obtidos índices de concordância superior a 68%. As características definidoras nas quais foram obtidos maiores coeficientes de confiabilidade foram *desempenho inadequado em teste* e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* ($R = 0,91$). As características definidoras nas quais foram obtidos menores coeficientes de confiabilidade foram: *indicadores não-verbais de falta de atenção* ($R = 0,05$) e *indicadores não-verbais de baixo entendimento* ($R = 0,06$). Apenas quatro (5%) pacientes apresentaram desempenho adequado no questionário para medir conhecimento em relação à doença e ao tratamento. Pode-se concluir que as características definidoras *desempenho inadequado em teste* e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* constituem as melhores manifestações do *Conhecimento deficiente* visto que foram classificadas, na 1ª etapa do estudo como características *principais* e foram identificadas, na 2ª etapa do estudo, com grande frequência.

Palavras-chave: Estudos de validação; Diagnóstico de enfermagem; Conhecimento; Revascularização miocárdica; Educação do paciente.

ABSTRACT

GALDEANO, L. E. **Validation of the nursing diagnosis *Deficient Knowledge* related to coronary artery disease and coronary artery bypass grafting.** 2007. 152 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

The main goals of this research were the content and clinical validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis *Deficient knowledge* in relation to coronary artery disease and coronary artery bypass grafting. The Diagnostic Content Validation Model and the patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model proposed by Fehring (1987) were used. Content validation (1st phase of the study) – to participate in this phase, 50 nurses were invited who were experts in nursing diagnosis, care delivery to patients with heart problems and/or education. For this phase, an instrument was used, comprising the defining characteristics of *Deficient knowledge* and their respective operational definitions. The experts classified the following as the main defining characteristics: *verbalization of the problem* (0.96), *inaccurate performance of test* (0.83) and *expressing mistaken perception about health condition* (0.83). The following characteristics were classified as secondary: *inaccurate follow-through of instruction* (0.71), *lack of information recall* (0.71), *non-verbal indicators of low understanding level* (0.69), *repetitive questioning* (0.68), *information devaluation* (0.64), *not following the prescribed treatment* (0.56), *non-verbal indicators of lack of attention* (0.56), *lack of integration of treatment plan into daily activities* (0.53) and *expressing psychological change* (anxiety, depression) (0.51). *Inappropriate or exaggerated behaviors* (0.34) was considered insufficient to characterize *Deficient knowledge*. Clinical validation (2nd phase of the study) – study participants in this phase were 80 adult patients in the preoperative period of coronary artery bypass grafting. This phase was carried out at the Beneficência Portuguesa Hospital in São Paulo City. Six instruments were used: *General assessment questionnaire*, *Mini mental state examination*, *Hospital anxiety and depression scale*, *Questionnaire for knowledge assessment related to the disease and treatment*, *Questionnaire to assess information valuation and Self-assessment scale*. All data collection instruments used in this phase and filled out by the researcher were passed to a specialized nurse, with a view to verifying the agreement between these two professionals in the identification of the defining characteristics. The following characteristics were identified by the researcher as well as by the specialized nurses with frequencies of more than 50%: *inaccurate performance of test* and *expressing psychological change*. Except for the *verbalization of the problem* characteristic, for which 27.5% of agreement was obtained between the two professionals, agreement rates exceeded 68% on all other characteristics. The defining characteristics with the highest reliability coefficients were *inaccurate performance of test* and *expressing mistaken perception about health condition* ($R = 0.91$). The defining characteristics with the lowest reliability coefficients were: *non-verbal indicators of lack of attention* ($R = 0.05$) and *non-verbal indicators of low understanding level* ($R = 0.06$). Only four (5%) patients displayed adequate performance on the questionnaire for knowledge assessment related to the disease and treatment. It can be concluded that the defining characteristics *inaccurate performance of test* and *expressing mistaken perception about health condition* constitute the best manifestations of *Deficient knowledge*, as they were identified in the 1st phase of the study as the *main* characteristics and were identified with high frequency levels in the 2nd phase.

Keywords: Validation Studies; Nursing Diagnosis; Knowledge; Myocardial Revascularization; Patient Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring.....	32
Quadro 2 –	Características definidoras (CD) da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio e suas definições operacionais (DO).....	51
Quadro 3 –	Características definidoras (CD) da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, seguida das versões que compõem os itens da escala de auto-avaliação e das definições operacionais (DO).....	62
Quadro 4 -	Instrumentos e procedimentos utilizados para avaliar as características definidoras (CD) da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio..	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos expertos que participaram da primeira etapa do estudo. São Paulo - SP, 2006.....	73
Tabela 2 –	Pontuação dos expertos que participaram do processo de validação de conteúdo diagnóstico. São Paulo - SP, 2006.....	74
Tabela 3 –	Titulação e informações referentes à produção bibliográfica dos expertos. São Paulo - SP, 2006.....	75
Tabela 4 –	Características definidoras da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo pontuação obtida na validação de conteúdo. São Paulo - SP, 2006.....	76
Tabela 5 –	Caracterização dos pacientes. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	79
Tabela 6 –	Distribuição dos pacientes, segundo as doenças prévias. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	81
Tabela 7 –	Alterações da senso-percepção apresentadas pelos pacientes. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	83
Tabela 8 –	Grupos de medicamentos usados pelos pacientes em casa e durante a hospitalização. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	85
Tabela 9 –	Distribuição dos pacientes segundo a interpretação dos valores da <i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> . São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	86
Tabela 10 –	Características definidoras da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo número de concordâncias e de discordâncias entre a pesquisadora (E1) e o enfermeiro especialista (E2) na identificação da característica e segundo o coeficiente de confiabilidade (R). São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	90
Tabela 11 –	Média ponderada, obtida a partir da pontuação atribuída pelos pacientes às características definidoras da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007	93

Tabela 12 –	Características definidoras da categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a pontuação obtida na validação de conteúdo e o coeficiente de confiabilidade (R). São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	95
Tabela 13 –	Verbalização de conhecimento em relação à doença e aos fatores que a causaram e em relação ao tratamento cirúrgico e ao período pós-operatório imediato. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007..	96
Tabela 14 –	Desempenho dos pacientes no <i>questionário para medir conhecimento</i> , em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a avaliação da pesquisadora. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	97
Tabela 15 –	Desempenho dos pacientes no <i>questionário para medir conhecimento</i> em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo os anos de estudo. São Paulo – SP , julho de 2006 a janeiro de 2007.....	100
Tabela 16 –	Desempenho dos pacientes no <i>questionário para medir conhecimento</i> em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a avaliação da pesquisadora e do enfermeiro especialista. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	101
Tabela 17 –	Desempenho dos pacientes, segundo os indicadores avaliados no <i>questionário para medir conhecimento</i> em relação à doença e à revascularização do miocárdio. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007.....	103

LISTA DE SIGLAS

ANA –	<i>American Nurse Association</i> (Associação Americanos de Enfermeiros)
CD –	Características Definidoras
CDC -	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
CDV-	<i>Clinical Diagnosis Validation</i> (Validação Clínica do Diagnóstico)
DCV –	<i>Diagnostic Content Validation</i> (Validação de Conteúdo Diagnóstico)
DDV –	<i>Differential Diagnostic Validation</i> (Validação de Diagnóstico Diferencial)
DAC –	Doença Arterial Coronariana
DO –	Definição Operacional
HADS –	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Escala Hospitalar de Medida de Ansiedade e Depressão)
HAS –	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM –	Infarto Agudo do Miocárdio
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEM –	Mini-exame do Estado Mental
NANDA–	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem)
PVC –	Pressão Venosa Central
RN –	<i>Registered Nurse</i>
SBC –	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SNC –	Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Motivação para realizar o estudo.....	16
1.2 Doença arterial coronariana e revascularização do miocárdio.....	17
1.3 Nível de conhecimento e comportamento de autocuidado.....	20
1.4 A categoria diagnóstica <i>Conhecimento deficiente</i>	22
1.5 Validação dos diagnósticos.....	25
1.6 Considerações sobre os critérios para a seleção de expertos.....	28
2 OBJETIVOS.....	37
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	38
3.1 Referencial teórico: educação em saúde e processo de aprendizagem.....	38
3.2 Referencial metodológico: validação de conteúdo e validação clínica, segundo o modelo de Fehring.....	41
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	46
4.1 Grupo de estudo.....	46
4.1.1 Primeira etapa (validação de conteúdo diagnóstico).....	46
4.1.2 Segunda etapa (validação clínica do diagnóstico).....	46
4.2 Campo de estudo.....	47
4.3 Aspectos éticos.....	47
4.4 Descrição dos procedimentos realizados na validação de conteúdo (Primeira etapa do estudo).....	48
4.4.1 Instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo.....	48
4.4.2 Refinamento do instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo.....	52
4.4.3 Operacionalização da validação de conteúdo.....	55
4.5 Descrição dos procedimentos realizados na validação clínica (Segunda etapa do estudo).....	56
4.5.1 Instrumentos de coleta de dados para validação clínica.....	57
4.5.2 Refinamento dos instrumentos de coleta de dados elaborados pela pesquisadora para a validação clínica (Segunda etapa).....	64
4.5.3 Operacionalização da validação clínica (Segunda etapa).....	65
4.6 Tratamento dos dados.....	70
4.6.1 Primeira etapa do estudo.....	70
4.6.2 Segunda etapa do estudo.....	70
4.7 Tratamento estatístico dos dados.....	72
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
5.1 Primeira etapa: validação de conteúdo diagnóstico.....	73
5.2 Segunda etapa do estudo: validação clínica do diagnóstico.....	79
5.3 Conhecimento do paciente em relação à doença e ao tratamento cirúrgico.....	96
6 CONCLUSÕES.....	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114

REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	129
ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para realizar o estudo

Apesar da ampla divulgação de estudos que se reportam aos benefícios do ensino sobre o paciente cirúrgico (KELLER, 1991; ZAGO, 1993; CARPENITO-MOYET, 2005), ainda é possível observar, na prática clínica, falhas na assistência de enfermagem referente a esse aspecto.

O interesse em realizar este estudo se deu durante o desenvolvimento da pesquisa, que resultou na dissertação de mestrado da pesquisadora, que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes que se encontravam no período perioperatório de cirurgia cardíaca. Nesse estudo, durante as entrevistas realizadas no período pré-operatório identificou-se, com muita frequência, que os pacientes às vésperas da cirurgia não tinham conhecimento sobre a cirurgia a que seriam submetidos e em relação ao período pós-operatório imediato. Muitos referiram não ter recebido qualquer tipo de informação. Dos 17 pacientes avaliados no período pré-operatório, 13(76,5%) referiram não possuir conhecimento ou apresentar muitas dúvidas em relação à doença, à cirurgia, à anestesia e ao período pós-operatório (GALDEANO, 2002).

A vivência profissional da pesquisadora, enquanto enfermeira assistencial e docente, também a motivou a realizar um estudo que tivesse como objetivo responder alguns de seus questionamentos. Sabendo-se da responsabilidade legal e moral de informar o paciente quanto aos procedimentos anestésico-cirúrgicos porque, muitas vezes, esse dever era negligenciado pela equipe da saúde? Em quais aspectos, relacionados à doença e à cirurgia, os pacientes apresentam maior deficiência de conhecimento? Como o paciente pode manifestar a falta de

conhecimento em relação à sua doença e ao seu tratamento? Associado ao interesse em desenvolver uma pesquisa que pudesse responder essas perguntas, estava o desejo de continuar estudando os diagnósticos de enfermagem. As inconsistências e as subjetividades do processo de raciocínio diagnóstico tornam necessárias pesquisas sobre o tema.

Sendo assim, surgiu a idéia de estudar a categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* definida pela *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA* (2008), como *ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico* (NANDA, 2008, p.68), em relação à doença arterial coronariana (DAC) e ao período perioperatório de revascularização do miocárdio.

Acredita-se que o uso adequado da categoria *Conhecimento deficiente* pode trazer implicações importantes para a enfermagem, uma vez que poderá subsidiar a identificação das necessidades de aprendizagem do paciente e a elaboração de estratégias para sanar as deficiências relativas à falta de informações sobre saúde, doença e tratamento (CONLEY, 1998).

1.2 Doença arterial coronariana e revascularização do miocárdio

No Brasil, o número de óbitos causados por doenças cardiovasculares vem aumentando a cada ano. No ano 2004, foram notificados, pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 285 543 óbitos por doenças do sistema cardiovascular. Desses óbitos, 145 857 foram registrados na Região Sudeste (BRASIL, 2005).

Dentre as alterações cardiovasculares, responsáveis pelas altas taxas de mortalidade no país, encontra-se a DAC. Apesar dessas elevadas taxas, observa-se redução dos óbitos causados especificamente pela DAC, como consequência dos avanços da ciência e da

tecnologia relacionados aos procedimentos intervencionistas de tratamento, que aumentam a sobrevivência dos pacientes após os quadros isquêmicos (MANSUR et al., 2001).

Nos Estados Unidos, estima-se que 79 milhões e 400 mil pessoas possuam uma ou mais doenças cardiovasculares, sendo 15 milhões e 800 mil diagnosticadas como DAC (ROSAMOND et al., 2007).

A DAC, decorrente da formação gradual de placas ateromatosas no endotélio das coronárias, estreitando a sua luz e obstruindo o fluxo sanguíneo, foi responsável por uma a cada três mortes nos Estados Unidos no ano 2004 (ROSAMOND et al., 2007). Essa doença manifesta-se de diferentes formas, dependendo da extensão do trombo, podendo variar de uma angina instável ao infarto agudo do miocárdio (IAM). Na DAC crônica, a angina estável (*angina pectoris*) constitui a principal manifestação clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC, 2004).

A *angina pectoris* é definida como dor ou desconforto transitório em tórax, mandíbula, epigastro, ombro, dorso ou membros superiores, resultante da isquemia miocárdica. É desencadeada ou agravada por esforço físico, estresse ou espasmo arterial, e aliviada pelo repouso ou pelo uso de nitratos (ZORNOFF et al., 2005).

A SBC (2004) classifica as síndromes coronarianas em: angina estável crônica, tratada com medicamento oral e/ou procedimento transcutâneo; angina instável, caracterizada por dor intensa, crises freqüentes ou crises após pequenos esforços (ou até durante o repouso), necessitando de internação hospitalar e uso de medicamento endovenoso; infarto do miocárdio (transmural ou subendocárdico, com evidências de necrose miocárdica) e choque cardiogênico, caracterizado pela pressão sistólica menor que 80mmHg, pressão venosa central (PVC) maior que 20mmHg, índice cardíaco menor que $1,8\text{l}/\text{min}/\text{m}^2$, com necessidade do uso de drogas inotrópicas e balão intra-órtico no momento da cirurgia .

Existem diferentes formas de tratamento da DAC, sendo o controle dos fatores de risco uma das mais importantes, não só para diminuir os sintomas como também para retardar a progressão da doença (ROCHA; LIBBY, 2005). Se os sintomas da doença arterial coronariana não forem minimizados com o tratamento medicamentoso, com a dietoterapia e com a alteração do estilo de vida, pode ser necessária a realização de angioplastia ou de revascularização do miocárdio.

A revascularização do miocárdio consiste em inserir um enxerto de veias ou artérias até a artéria coronária distal ao ponto ocluído e a aorta ascendente, de forma a isolar o local do vaso obstruído e restabelecer a perfusão da artéria coronária.

A escolha do tipo de enxerto (arterial ou venoso) constitui elemento fundamental para o sucesso de cirurgia. Os enxertos mais usados nesse tipo de cirurgia são: artéria torácica interna esquerda (mamária), artéria radial, artéria ulnar, artéria gastroepiplóica, artéria epigástrica inferior e veia safena magna (SBC, 2004).

Entre as indicações para revascularização do miocárdio destacam-se a angina estável com 50% de estenose da artéria coronária esquerda, angina estável com comprometimento de três vasos, angina instável com comprometimento grave em dois a três vasos, IAM recente, insuficiência cardíaca isquêmica com choque cardiogênico e sinais de isquemia ou IAM iminente depois da angiografia (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

O principal objetivo da revascularização do miocárdio é corrigir a obstrução coronariana e, assim, aliviar os sintomas, proteger o miocárdio isquêmico, melhorar a função ventricular, melhorar a qualidade de vida do paciente, prevenir o infarto do miocárdio e prolongar a vida (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

1.3 Nível de conhecimento e comportamento de autocuidado

Diante do exposto até aqui, verifica-se que a DAC é uma afecção grave, com variada sintomatologia, cuja prevenção de complicações está predominantemente centrada no controle dos fatores de risco modificáveis, sendo eles hipertensão arterial, hipercolesterolemia, sedentarismo e tabagismo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC, 2005). Para se controlar esses fatores, são necessárias, muitas vezes, mudanças no comportamento e no estilo de vida, não só do paciente, mas também de seus familiares.

Para que haja mudança de comportamento e controle dos fatores de risco, é fundamental que o paciente e seus familiares conheçam a doença, os fatores que a causaram, os fatores que podem agravar a sintomatologia, as medidas necessárias para amenizar ou eliminar os sinais e sintomas, as opções de tratamento recomendadas e os benefícios da mudança no estilo de vida.

Nesse sentido, cabem os seguintes questionamentos: o que é importante o paciente aprender em relação à doença e ao tratamento proposto? O que é importante o paciente saber para motivá-lo a seguir as recomendações da equipe de saúde, referentes à adesão, à terapêutica e à mudança do estilo de vida?

Aspecto importante a ser considerado é que, muitas vezes, o paciente é informado sobre o diagnóstico da DAC e, em seguida, da necessidade de cirurgia. A partir desse momento, inicia-se uma nova jornada, na qual o paciente e seus familiares têm que se adaptar e se adequar a uma nova rotina de vida, que incluirá a realização de exames e de procedimentos invasivos. Para enfrentar essa nova rotina, é fundamental que o paciente e sua família tenham informações claras e precisas sobre como será a cirurgia e o período pós-operatório.

A angina, a fadiga, bem como outros sintomas da doença, associadas à ansiedade, à

depressão e ao medo do diagnóstico e do tratamento, acrescentando ainda à incerteza e à falta de conhecimento em relação ao o que esperar após a cirurgia, constituem dificuldades enfrentadas pelos pacientes que se encontram no período pré-operatório de cirurgia cardíaca (LINDSAY et al., 1997; FITZSIMONS; PARAHOO; STRINGER, 2000).

Fitzsimons, Parahoo e Stringer (2000) relatam que a incerteza é importante causa de ansiedade em pacientes à espera de revascularização do miocárdio. Pesquisadores identificaram que, entre as maiores causas de incerteza e dúvida em relação à cirurgia cardíaca, está o recebimento inadequado de informações a respeito de como será a cirurgia, o que ressalta a importância da ação educativa do enfermeiro na diminuição da ansiedade desses pacientes (FITZSIMONS et al., 2003).

Vários estudos internacionais ressaltam a importância do conhecimento, em relação à doença e ao tratamento, e do nível educacional do paciente com insuficiência cardíaca, no desenvolvimento de comportamento de autocuidado e na adesão à terapêutica (LINDSAY et al., 1997; JAARSMA et al., 2000; EVANGELISTA; BERG; DRACUP, 2001; ROCKWELL; RIEGEL, 2001; ARTINIAN et al., 2002), bem como da importância do ensino na diminuição do medo e da ansiedade em pacientes que se encontram no período pré-operatório de cirurgia cardíaca (KOIVULA et al., 2001; FITZSIMONS et al., 2003).

Artinian et al. (2002) descreveram a relação entre o nível de conhecimento sobre a doença e o comportamento de autocuidado em pacientes com problema cardíaco. Nesse estudo, foi identificado baixo nível de conhecimento em relação ao comportamento de autocuidado para a insuficiência cardíaca. Segundo essas pesquisadoras, o conhecimento constitui a ferramenta chave para capacitar o indivíduo para o autocuidado.

Rockwell e Riegel (2001) exploraram a relação entre o nível de conhecimento e o grau de instrução do paciente, e concluíram que os pacientes com maior nível de instrução são mais comprometidos com o autocuidado do que os pacientes com menor grau de instrução.

Apesar dos resultados obtidos, esses pesquisadores ressaltaram que a relação entre autocuidado e nível educacional (ou grau de instrução) não pode ser interpretada como a sugestão de que os pacientes, com menor grau de instrução, não podem apresentar comportamento de autocuidado. O que se pode inferir é que esses pacientes talvez precisem de mais tempo para aprender e adquirir esse comportamento do que os pacientes com maior nível de conhecimento.

O desenvolvimento de comportamento de autocuidado é fundamental ao paciente, pois oferece subsídios que o ajudarão a melhorar sua atividade social e sua função familiar, influenciando, de forma positiva, no seu estado psicológico, mediante a diminuição dos sinais de ansiedade e depressão. A diminuição desses sintomas e o aumento da auto-estima e da auto-realização farão com que esses pacientes aumentem a adesão ao tratamento. Acrescido a isso, o conhecimento da doença pode ajudar os pacientes aprenderem a conviver com os efeitos da doença e diminuir a gravidade dos sintomas (JAARSMA et al., 2000).

Segundo Evangelista, Dracup e Doering (2000), a fraca adesão às recomendações médicas constitui importante problema entre os pacientes com insuficiência cardíaca, que têm que seguir um regime terapêutico diversificado que inclui medicamentos, restrições na dieta, atividade física e manejo dos sintomas. Essas autoras não discutem se essa fraca adesão às recomendações médicas está ou não relacionada ao nível de conhecimento ou de instrução dos pacientes em relação à doença.

1.4 A categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*

O diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* foi proposto em 1980 e sofreu algumas alterações ao longo do tempo. A alteração mais recente se refere à categoria diagnóstica. Na conversão da Taxonomia I para a Taxonomia II, a categoria diagnóstica

Déficit de conhecimento foi modificada para *Conhecimento deficiente*, que significa conhecimento inadequado em quantidade, qualidade ou grau; conhecimento insuficiente ou incompleto (NANDA, 2006). Na análise dessa categoria, segundo sua localização na estrutura da Taxonomia II da NANDA (2008), observa-se que constitui categoria que se encontra no domínio (área de interesse ou de estudo) 5, denominado *percepção/cognição*, definido como um *sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação*. Nessa taxonomia, cada domínio é constituído de classes (subdivisão de um grupo maior por qualidade, grau ou categoria), sendo o diagnóstico de enfermagem em estudo localizado na classe 4 (do domínio 5). Essa classe, denominada *cognição* é definida pela NANDA (2008, p.300) como *uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem*.

Diversos estudos realizaram a validação de conteúdo de diferentes diagnósticos de enfermagem (LEVIN et al., 1989; WIESEKE et al., 1994; WALL, PHILIPS, HOWARD, 1994; BRUKWITZKI, HOLMGREN, MAIBUSCH et al., 1996; ROSSI et al., 1998; OGASAWARA et al. 1999; FU et al. 2001; BACHION, ARAÚJO, SANTANA; 2002; SANTANA, SAWADA, 2002; BERGAMASCO et al., 2004). No entanto, em relação ao diagnóstico *Conhecimento deficiente* observou-se que os estudos são escassos e foram desenvolvidos na década de 80 (POKORNY, 1985; POKORNY, 1986; JENNY, 1987; MCKEIGHEN, MEMHMERT, DICKEL, 1989).

Pokorny (1985) identificou, com elevada frequência, a partir da avaliação dos registros de enfermagem, as seguintes características definidoras do *Conhecimento deficiente*: *verbalização de conhecimento deficiente; entendimento inadequado de informações e memorização deficiente de informações*.

Mckeighen, Memhmert e Dickel (1989), ao analisarem 244 casos clínicos,

identificaram a categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* em 227 casos (93%). Dentre as características definidoras identificadas com maior frequência por esses autores estão: *estado deficiente de conhecimento* (50,6%), *estado inadequado de entendimento da informação* (11,9%), *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (10%), *estado inadequado de percepção da situação de saúde* (8,3%), *estado inadequado de memorização da informação* (6,5%) e *questionamento repetitivo* (5,8%).

O *Conhecimento deficiente* constitui categoria diagnóstica ampla, identificável em diferentes situações e grupos de pacientes, como, por exemplo, conhecimento deficiente em relação aos cuidados com os pés em pacientes diabéticos ou conhecimento deficiente em relação aos cuidados com o estoma em pacientes colostomizados ou, ainda, conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana em pacientes que se encontram no período pré-operatório de revascularização do miocárdio. Sendo assim, faz-se necessária a realização de estudos de validação de conteúdo, o levantamento de novas características definidoras e o desenvolvimento de definições operacionais e de instrumentos ou testes para medir esse conhecimento, considerando-se a deficiência de conhecimento em situações específicas e as diferenças individuais de cada paciente. Esses estudos irão subsidiar toda ação educativa do enfermeiro.

Para alguns autores, como Jenny (1987) e Carpenito-Moyet (2005), a categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* não constitui um diagnóstico de enfermagem, isto é, não constitui *uma resposta humana, uma alteração ou um padrão disfuncional, mas, sim, um fator relacionado*, um fator que pode desencadear outros problemas como, por exemplo, *Déficit de autocuidado, Ansiedade, Medo, Manutenção da saúde ineficaz e Controle ineficaz do regime terapêutico*. De fato, o déficit de conhecimento constitui fator relacionado para algumas categorias diagnósticas como, por exemplo, o *Controle ineficaz do regime terapêutico* (NANDA, 2008, p.85).

A aplicação do diagnóstico *Conhecimento deficiente*, atualmente, tem revelado limitações. Pesquisas clínicas indicam que essa categoria diagnóstica tem sido utilizada inapropriadamente, sem a identificação adequada das características definidoras (KIM et al., 1984; POKORNY, 1986).

Características definidoras constituem *indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar* (NANDA, 2008, p.378). Para saber se as características definidoras de um determinado diagnóstico de enfermagem representam de fato o problema do paciente, faz-se necessário identificar se essas características definem, de forma autêntica, as manifestações encontradas na prática clínica, mediante um processo de validação (GARCIA, 1998).

1.5 Validação dos diagnósticos

A validação dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para sua aplicabilidade clínica. Segundo Sparks e Lien-Gieschen (1994), a inclusão de um diagnóstico de enfermagem na NANDA não significa necessariamente que seu conteúdo foi validado, mas que o diagnóstico foi escolhido como apropriado para testes e estudos.

Validar significa “tornar válido”, “legitimar”, isto é, significa tornar algo autêntico (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.2825). Sendo assim, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo verdadeiro, significa comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas para uma determinada situação clínica.

Validar significa identificar o grau em que cada característica definidora descreve os sinais e sintomas observáveis durante uma interação com o paciente em um ambiente clínico real; significa determinar se essas características definidoras são identificadas em um grande número de casos e por vários enfermeiros (GORDON; SWEENEY, 1979).

Existem diferentes modelos de validação, propostos por diversos pesquisadores (GORDON; SWEENEY, 1979; FEHRING, 1987; HOSKINS, 1989).

Fehring (1987) propõe basicamente três modelos de validação. O *Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (Diagnostic Content Validation – DCV)*, que consiste na obtenção de opiniões de enfermeiros peritos no assunto em estudo em relação ao grau em que certas características definidoras representam um diagnóstico específico; o *Modelo de Validação Clínica do Diagnóstico (Clinical Diagnostic Validation – CDV)*, que consiste na obtenção de evidências clínicas de um determinado diagnóstico, isto é, obter em um ambiente clínico real as manifestações do diagnóstico e o *Modelo de Validação de Diagnóstico Diferencial (Diferencial Diagnostic Validation – DDV)*,

utilizado tanto para validar diferenças entre dois diagnósticos intimamente relacionados (como ansiedade e medo, por exemplo), quanto para diferenciar níveis de ocorrência de um determinado diagnóstico (como por exemplo: ansiedade leve, moderada ou intensa) (GARCIA, 1998, p.28).

Hoskins (1989) descreve três etapas para a validação clínica de diagnósticos de enfermagem. A primeira etapa, denominada *Análise de conceito*, é realizada para identificar as particularidades e os atributos do diagnóstico de enfermagem e gerar uma lista de características definidoras. A segunda etapa da validação clínica é denominada *Validação por especialistas* e consiste na revisão das características definidoras e na obtenção da concordância dos especialistas em relação ao quanto a lista de características se apresenta completa e representativa para caracterizar o diagnóstico em questão. A terceira etapa, *Validação clínica*, consiste na identificação de dados (achados clínicos), identificados durante a avaliação do paciente, que poderão sustentar as características definidoras, analisadas e validadas por especialistas.

Gordon e Sweeney (1979) propõem três modelos de validação de diagnóstico: o *Modelo Retrospectivo*, baseado na experiência clínica do enfermeiro; o *Modelo Clínico*, baseado na observação direta do comportamento do paciente e o *Modelo de Validação por*

Enfermeiros, que consiste na validação do diagnóstico pela identificação das características definidoras em um número suficiente de situações clínicas.

Na literatura, foram encontrados estudos que se reportam à validação clínica de diagnósticos, refletindo a preocupação dos pesquisadores em legitimar os elementos que compõem a taxonomia da NANDA. Dentre esses estudos, encontram-se: o de Carlson-Catalano et al. (1998), cujos autores realizaram a validação clínica do *Padrão respiratório ineficaz* e da *Troca de gases prejudicada*; o estudo de Bartek, Lindeman e Hawks (1999), que validaram o diagnóstico *Processos familiares alterados: alcoolismo*; o de Mallick e Whipple (2000), que validaram a *Síndrome do estresse de mudança*; o de Corrêa e Cruz (2000), que validaram a *Dor* em pacientes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca e o de Oliva e Cruz (2003), que validaram o *Débito cardíaco diminuído*, também no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Outros estudos realizaram a validação de conteúdo das características definidoras de alguns diagnósticos como: o de Rossi et al. (1998), que descreveram o perfil das características definidoras do diagnóstico *Déficit de volume de líquidos* em pacientes portadores de queimaduras; o de Ogasawara et al. (1999), que realizaram a validação do *Distúrbio na auto-imagem* na cultura japonesa e o de Fu et al. (2001), que levantaram evidências para confirmar as características definidoras da *Fadiga*.

Cerullo e Cruz (2008) realizaram revisão bibliográfica, na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com objetivo de identificar estudos sobre diagnósticos de enfermagem publicados até dezembro de 2006. Nesse estudo, as autoras identificaram 38 artigos sobre validação de diagnósticos.

Whitley (1999) fez revisão de literatura sobre a perspectiva histórica das pesquisas metodológicas para validar diagnóstico e apontou, como marcos importantes para o

desenvolvimento do processo de validação dos diagnósticos de enfermagem, os seguintes momentos:

- 1) a primeira nomeação e classificação dos diagnósticos de enfermagem, em 1973;
- 2) a publicação das conferências nacionais de classificação dos diagnósticos de enfermagem (1974-1996);
- 3) a publicação do artigo de Gordon e Sweeney (1979) sobre os três modelos para validar diagnósticos;
- 4) a criação da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA, em 1982;
- 5) a contribuição de Fehring com a publicação dos seus três modelos de pesquisa, em 1984;
- 6) o convite para a conferência em diagnósticos de enfermagem, em 1989;
- 7) a publicação da revista *Nursing Diagnosis* em 1990;
- 8) a contribuição dos colaboradores da NANDA com a *Nursing Diagnosis and Extension Classification* para pesquisa em enfermagem em, 1994;
- 9) o estabelecimento de um fundo para pesquisa em diagnósticos de enfermagem, pela NANDA, em 1995;
- 10) a *International Council of Nurse* que publicou a *Internatinal Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework*, em 1996.

1.6 Considerações sobre os critérios para a seleção de expertos

Em estudo de reflexão, que compreendeu parte da revisão realizada nesta tese, foram descritos e analisados os critérios de seleção de expertos para o processo de validação de conteúdo diagnóstico de 32 artigos. Nessa publicação prévia, observou-se divergência em relação aos critérios utilizados pelos pesquisadores (GALDEANO; ROSSI, 2006). Os

resultados desse estudo estão descritos a seguir.

Nas investigações sobre validação de diagnósticos de enfermagem, têm sido freqüentemente convidados enfermeiros para que atuem como peritos ou *experts*, opinando sobre quanto um aspecto é mais pertinente ou relevante que o outro. Observa-se na literatura que os pesquisadores utilizam diferentes critérios na seleção dos enfermeiros *experts* (ou *expertos*, na língua portuguesa). Diante disso, ao delinear um projeto que envolve a validação de instrumentos de medida, ou de conteúdo diagnóstico, torna-se primordial responder a questão: “quem são os enfermeiros *expertos*?”. Esse questionamento precisa ser feito por várias razões: primeiro, porque não existe um acordo na literatura de que somente os enfermeiros com pós-graduação podem ser considerados *expertos*; segundo, porque nas publicações encontram-se estudos de validação de conteúdo diagnóstico que utilizam diversos critérios para definir suas amostras e, terceiro, porque a NANDA não apresenta qualquer critério de padronização para definir os *expertos* nesses estudos (LEVIN, 2001).

De fato, ao iniciar estudos de validação de características definidoras, um dos principais problemas enfrentados é a dificuldade em selecionar esses profissionais, pois não se sabe ao certo o que define um *experto* e qual é o critério para selecioná-los.

O uso do termo *experto* é freqüente na enfermagem quando são abordados aspectos relacionados à prática clínica, à educação ou à pesquisa. O uso desse termo parece ter aumentado a partir da publicação do livro *From novice to expert*, de Benner, em 1984 (JASPER, 1994).

Apesar de muito utilizado atualmente, o termo *experto* é ainda empregado de forma diferente, embora, muitas vezes, com a mesma finalidade.

Na revisão de literatura, encontram-se diversos estudos sobre validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem (LEVIN et al., 1989; BOISVERT, 1995; WIESEKE et al., 1994; WALL, PHILIPS, HOWARD, 1994; OGASAWARA et al., 1999), no entanto, observa-

se que cada pesquisador utiliza um critério particular para selecionar seus expertos. Observa-se nesses critérios grande diversidade, tanto em relação ao número como em relação à qualificação das pessoas selecionadas como expertas.

Levin et al. (1989) utilizaram, para a validação de conteúdo de seis diagnósticos de enfermagem (*Dor, Ansiedade, Mobilidade física prejudicada, Integridade da pele prejudicada, Déficit no autocuidado e Conhecimento deficiente*), uma amostra randomizada de 600 *registered professional nurses* (RNs) licenciados no Estado de Nova Iorque. As pesquisadoras desse estudo justificam a escolha da amostra a partir das seguintes considerações: a) as categorias diagnósticas envolvidas no estudo representam categorias muito utilizadas na prática por esses enfermeiros; b) o conteúdo relacionado às categorias diagnósticas faz parte do programa curricular desses enfermeiros. Observa-se que essas pesquisadoras (LEVIN et al., 1989) atribuíram significado próprio à palavra *experto*, diferente do significado real. Outros pesquisadores (LIEN-GIESCHEN, 1993) também selecionaram expertos, adotando como critério o fato de o enfermeiro ser *registered professional nurse* (RN) e pertencer ao *Council of Gerontology and Community Health* da *American Nurses Association* (ANA), já que o diagnóstico que pretendiam validar, nesse caso, estava relacionado à prática clínica.

No dicionário da língua portuguesa (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.1288), *experto* significa experiente, logo, um enfermeiro *experto*, é um indivíduo que possui larga experiência ou que possui especialização. As justificativas para a escolha da amostra do estudo em questão (LEVIN et al., 1989) não parecem suficientes. Levando-se em consideração o significado real da palavra *experto* (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.1288), não é correto definir todos os enfermeiros do estudo como expertos, pois não se conhece a experiência, a prática e a especialização de cada profissional. Diante disso, conclui-se que o critério utilizado pelas pesquisadoras, para a validação de conteúdo diagnóstico, não foi o

mais adequado por considerarem que todos os enfermeiros da amostra possuíam o mesmo conhecimento e experiência.

Nos estudos de validação de conteúdo diagnóstico, a escolha inadequada dos critérios de seleção dos expertos irá interferir na fidedignidade dos resultados. Wieseke et al. (1994) utilizaram em seu estudo, como critério de seleção de experto, ser enfermeiro membro da *American Association of Critical Care Nurses* e trabalhar em unidades de cuidados intensivos. Considerando-se que o objetivo desse estudo era realizar a validação de conteúdo de cinco diagnósticos de enfermagem, identificados com frequência em unidades de terapia intensiva, o critério de seleção foi apropriado. No entanto, uma investigação da experiência, do conhecimento e da habilidade prática de cada enfermeiro, em relação ao que se deseja validar, aumentaria a fidedignidade dos resultados.

Ogasawara et al. (1999) validaram as características definidoras da *Imagem corporal perturbada* no Japão, utilizando amostra de 149 enfermeiros com média de 10 anos de experiência clínica e três anos de experiência em diagnóstico de enfermagem. No entanto, essas autoras não especificaram a área na qual os enfermeiros possuíam experiência clínica. Além disso, sendo a *Imagem corporal perturbada* um diagnóstico complexo e difícil de ser analisado e validado clinicamente, seria importante que as características definidoras desse diagnóstico fossem validadas por enfermeiros com experiência na ciência do comportamento, ou por outros profissionais com conhecimento sobre as relações humanas e a dinâmica de padrões comportamentais.

Wall, Philips e Howard (1994) utilizaram o Modelo de Validação de Conteúdo proposto por Fehring (1987) em amostra de 219 enfermeiros, especialistas de diversas áreas, para validar e determinar as características definidoras da pressão intracraniana aumentada e os fatores de risco para essa alteração. Dentre os resultados encontrados nesse estudo, destaca-se a grande diversidade nos processos de validação e de identificação dessas características

definidoras e desses fatores de risco, realizados pelos enfermeiros. Essa variação era esperada, uma vez que as pesquisadoras do estudo convidaram especialistas de diferentes áreas para validar o mesmo diagnóstico, discordando, nesse aspecto, da proposta de Fehring (1987). Desse modo, conclui-se que a experiência clínica e a especialização na área temática do diagnóstico a ser validado são importantes para os estudos de validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem.

Em um estudo que teve como objetivo validar o diagnóstico de *Angústia espiritual*, (PEHEL, 1997), foi utilizada uma adaptação do Modelo de Validação de Fehring (1987), do qual participaram 26 enfermeiros expertos com certificação comprovada.

Lamont (2003) analisou o conceito de desconforto, considerando-o um potencial diagnóstico, a partir de entrevistas com enfermeiros clínicos expertos, mas não descreveu os critérios adotados na seleção desses profissionais.

Brukwitzki, Holmgren e Maibusch (1996) realizaram validação de conteúdo do diagnóstico *Obstrução ineficaz de vias aéreas*. Participaram desse estudo 546 enfermeiros membros de diferentes sociedades (cuidado crítico e outras ligadas ao cuidado respiratório) e que haviam publicado artigos relacionados à temática respiratória e, por isso, foram considerados como expertos.

No Brasil, Jesus (2000) utilizou, para a seleção de peritos, um sistema de pontuação de especialistas aplicado no modelo de Fehring (1994) e apresentado a seguir.

Crítérios	Pontos
- Mestre em enfermagem	4
- Mestre em enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1
- Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2
- Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2
- Doutorado em diagnóstico	2
- Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1
- Certificado (especialização) em área clínica médica com comprovada prática clínica	2

Quadro 1 - Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring

Fonte: Jesus 2000.

De acordo com esse sistema de pontuação (Quadro 1), os enfermeiros deveriam alcançar a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos no painel de juízes.

Em outro estudo nacional, Oliveira e Chianca (2003) realizaram validação de conteúdo do diagnóstico de *Ansiedade*, seguindo o Modelo de Validação de Conteúdo de Fehring (1987), mas também não forneceram informações detalhadas sobre os critérios de seleção dos expertos.

Bergamasco et al. (2004) realizaram a validação de conteúdo das características definidoras das categorias diagnósticas *Medo* e *Ansiedade* em pacientes queimados. Nesse estudo, foi utilizado um painel de enfermeiros expertos selecionados de acordo com o critério adaptado de Jesus (2000). As autoras relataram que houve dificuldades para conseguir, no Brasil, a pontuação requerida para considerar um enfermeiro experto de acordo com a proposta adotada.

Para Levin (2001), o critério de seleção de expertos pode mudar de acordo com o diagnóstico a ser estudado. Muitos profissionais envolvidos com diagnóstico de enfermagem consideram necessário classificar os diagnósticos de acordo com o nível de complexidade. Acredita-se que diagnósticos como, por exemplo, *Déficit de autocuidado*, *Constipação* e *Comunicação verbal alterada* podem ser estabelecidos e validados por enfermeiros que tenham apenas a prática clínica, diferentemente dos diagnósticos *Processos familiares alterados*, *Disfunção sexual* e *Angústia espiritual*, que necessitam de enfermeiros especialistas no assunto (LEVIN, 2001). Nesse sentido, é importante distinguir o enfermeiro especialista do enfermeiro experto. O primeiro termo diz respeito ao profissional com experiência clínica, tanto no que tange ao conhecimento, como à habilidade técnica, e o segundo diz respeito à especialização em relação ao conhecimento.

Quanto mais títulos, quanto mais pesquisas realizadas e/ou quanto maior a experiência clínica do enfermeiro em uma determinada área, mais experto ele será.

Um especialista é definido como “indivíduo que possui habilidades ou conhecimentos especiais ou excepcionais em determinada prática ou atividade” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.1225). Logo, um enfermeiro especialista pode ser considerado um experto em determinado assunto e, portanto, participar de estudos de validação na qualidade de perito, desde que seja especialista na área em que o pesquisador se propõe a investigar.

Em estudos de validação de diagnósticos “amplos”, isto é, identificáveis em uma infinidade de situações e que possuem definição clara e objetiva, podem ser selecionados, para a validação de conteúdo diagnóstico, não apenas enfermeiros expertos em diagnóstico de enfermagem, mas também outros profissionais com profundo conhecimento no assunto em questão.

De acordo com o Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico, proposto por Fehring (1987), o pesquisador deve obter opiniões de enfermeiros expertos no assunto em estudo, para que atuem como juízes em relação ao grau em que determinadas características definidoras representam determinado diagnóstico.

Grant e Davis (1997) sugerem a utilização do seguinte critério para selecionar os expertos: história de publicações em revistas de referência e de apresentações em congressos nacionais e realização de pesquisas sobre o assunto em questão.

No caso específico dos estudos de validação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem, Hoskins (1997) relata que os expertos, além do profundo conhecimento do assunto, devem conhecer e compreender profundamente o diagnóstico de enfermagem a ser validado.

É importante ressaltar que, ao convidar enfermeiros expertos de outros países, é preciso levar em consideração as barreiras relacionadas à língua e à cultura.

Jasper (1994) apresenta como atributos do enfermeiro experto possuir corpo especializado de conhecimento ou habilidades, ter experiência extensa em campo específico

da prática, ter alto nível de desenvolvimento para reconhecimento de padrões e ter a sua qualidade de experto reconhecida por outros. O reconhecimento de um padrão se refere à capacidade de fazer associação instantânea do quadro que um paciente apresenta com um padrão conhecido aceito como, por exemplo, um diagnóstico de enfermagem. É, ainda, importante considerar que um enfermeiro experto não pode ser selecionado apenas por um critério. Outras características também são importantes como ser capaz de categorizar problemas com um alto nível de teorização, aplicar seus conhecimentos na prática, ser flexível, ter especificidade e capacidade de contextualizar e fazer generalizações (FOX-YOUNG, 1995).

Segundo Fehring (1994), para que o enfermeiro seja considerado experto em diagnóstico de enfermagem ele deve possuir título de mestre ou doutor, com tese de conteúdo relevante sobre o diagnóstico de interesse, pesquisa publicada sobre diagnóstico de enfermagem, artigos, sobre diagnóstico de enfermagem, publicados em revistas de referência, experiência clínica de pelo menos um ano em uma área relevante para diagnóstico ou especialização relevante para o diagnóstico de interesse. Esse autor recomenda a seleção de uma grande amostra de expertos (50 a 100) para realizar a validação de conteúdo de um diagnóstico de enfermagem.

A seleção de enfermeiros expertos pode se tornar difícil etapa a ser cumprida, pois, além da escassa literatura referente à definição de experto, há a barreira relacionada à formação e ao aprimoramento profissional do enfermeiro, ainda deficiente em muitos estados do país. É importante lembrar que a validação de conteúdo reflete o que os expertos pensam, buscando um senso comum sobre o que está em julgamento (PARKER; LUNNEY, 1998).

Whitley (1999) conclui que futuras pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem devem incluir análises conceituais, validação clínica e especializada, ampla revisão

bibliográfica, desenvolvimento de instrumentos, análise estatística profunda e comparação de estudos.

Diante da necessidade de legitimar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* e de investigar o conhecimento do paciente referente à doença arterial coronariana e à cirurgia de revascularização do miocárdio, iniciou-se esse estudo, no intuito de contribuir para o entendimento e a utilização desse diagnóstico e para subsidiar a ação educativa dos enfermeiros a pacientes que se encontram no período pré-operatório dessa cirurgia.

2 OBJETIVOS

2.1 Realizar a validação de conteúdo e a validação clínica das características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio.

2.2 Identificar os aspectos, relacionados à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, os quais os pacientes que se encontram no período pré-operatório apresentam deficiência de conhecimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Referencial teórico: educação em saúde e processo de aprendizagem

Este estudo teve como base teórica o processo de aprendizagem do indivíduo descrito por McLennan, Anderson e Pain (1996) e as variáveis que afetam a aprendizagem do paciente, apresentadas por O'Brien (2000).

Educação em saúde consiste em atividade destinada a desenvolver habilidades (cognitivas, psicomotoras e afetivas) que possibilitem a mudança de comportamento, a adesão de novos valores e novo estilo de vida, e não atividade destinada apenas a informar o paciente e sua família em relação à natureza e às causas da sua doença (WHITEHEAD, 2004).

A aquisição, a assimilação e a disseminação de conhecimento referentes à doença e à terapêutica, podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de um estilo de vida mais salutar e pela mudança de hábitos e comportamentos (WHITEHEAD, 2004).

Este estudo foi baseado na incorporação do conhecimento e na premissa de que o paciente, assim como qualquer indivíduo, é capaz de identificar suas necessidades de aprendizagem e de se sentir motivado a aprender um conteúdo relevante.

A aprendizagem tem sido definida como um processo complexo, que envolve interação com o ambiente e mudança de comportamento, resultando em modificação do estilo de vida. Essa definição é muito importante para os profissionais de saúde, que trabalham com educação, sendo pertinente considerá-la na avaliação dos resultados do ensino (MCLENNAN; ANDERSON; PAIN, 1996).

Profissionais especialistas em educação (RANKIN; STALLINGS, 1996; POZO, 2002) descrevem o processo de aprendizagem no indivíduo adulto em oito fases:

1) fase da motivação - que pode ser interna (a própria doença do paciente, interferindo no seu cotidiano, por exemplo) ou externa (produto da expectativa em receber algo em troca do aprendizado, alguma recompensa);

2) fase da compreensão - após o estímulo para a aprendizagem, o paciente inicia o processo de compreensão das informações fornecidas;

3) fase da aquisição - que inclui as mudanças no sistema nervoso central, que irão resultar na incorporação e na assimilação das informações recebidas;

4) fase da retenção da aprendizagem - nessa fase, as informações assimiladas são armazenadas e memorizadas;

5) fase da recordação - é a fase da recuperação do conteúdo memorizado (por exemplo, após ensinar o paciente sobre os cuidados com a ferida operatória, o profissional pede para que ele descreva esses cuidados, assim, o paciente relembra o conteúdo e descreve os cuidados básicos);

6) fase da generalização - corresponde à fase na qual o paciente é capaz de aplicar o conhecimento adquirido em diferentes situações ou contextos;

7 e 8) fases do desempenho e da avaliação (retroalimentação, *feedback*) – correspondem às fases nas quais, se houve aprendizado, é possível observar mudanças de comportamento.

Durante a avaliação do paciente pelo enfermeiro, pode-se identificar as necessidades de aprendizagem, isto é, os aspectos nos quais o paciente expressa conhecimento deficiente e que, portanto, necessita aprender. A identificação dessas necessidades é fundamental para subsidiar a ação educativa do enfermeiro.

Identificadas as necessidades de aprendizagem, é preciso, antes de instituir um plano de ensino, identificar se existem fatores que podem estar interferindo, de forma negativa, no processo de ensino como, por exemplo, o estado físico, o estado mental e o estado de saúde

do paciente e suas características socioculturais (O'BRIEN, 2000).

O'Brien (2000) propõe a avaliação das características de diferentes áreas, que podem afetar a aprendizagem do paciente, entre elas as características físicas, psicológicas, socioculturais e educacionais.

O mesmo autor (O'BRIEN, 2000) propõe questões-chave para avaliar características que podem interferir na aprendizagem do paciente. Essas questões estão relacionadas a:

- características físicas do paciente: idade, sexo, fase da doença, presença de fadiga, presença de dor, diagnóstico médico, doenças prévias, estado mental, acuidade visual e auditiva e habilidade motora;

- características psicológicas: ansiedade, medo, depressão, fase da negação da doença e condição de autocuidado;

- características socioculturais: emprego, ocupação, condição financeira, grau de instrução, capacidade de leitura e interpretação, condições de moradia, crenças em relação à doença e ao tratamento e cultura/etnia;

- características educacionais: o que o paciente já sabe, bem como o que já aprendeu em relação à sua doença e ao seu tratamento; que informações são valorizadas pelo paciente; o que o paciente sente necessidade de aprender; o que a equipe de saúde ou os familiares já falaram para o paciente em relação ao seu estado de saúde e em relação à sua doença e/ou ao seu tratamento; se o paciente está preparado para mudar de comportamento e se está motivado a aprender; se o paciente é capaz de diferenciar os comportamentos ou hábitos salubres dos insalubres; de que forma o paciente aprende melhor, lendo, ouvindo ou fazendo algo.

Os instrumentos de coleta de dados propostos para a segunda etapa do estudo (ANEXOS B e C e APÊNDICES C, D, I e J), que consiste na validação clínica do diagnóstico *Conhecimento deficiente*, foram elaborados com base nessas características.

3.2 Referencial metodológico: validação de conteúdo e validação clínica, segundo o modelo de Fehring

Para este estudo, foram utilizados os modelos de validação propostos por Fehring (1987) denominados: *Diagnostic Content Validation* – DCV (Validação de Conteúdo Diagnóstico) e *Clinical Diagnostic Validation* – CDV (Validação Clínica do Diagnóstico).

O Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV) consiste na obtenção de opiniões de enfermeiros expertos no assunto em estudo em relação ao grau em que certas características definidoras representam um diagnóstico específico (FEHRING, 1987), foi utilizado na 1ª etapa do estudo. Tal modelo recomenda a realização de revisão de literatura para identificar outras características definidoras que, após o processo de validação, poderão ser acrescentadas à Taxonomia da NANDA. Características definidoras fictícias poderão ser acrescentadas à lista de manifestações, com o objetivo de testar a fidedignidade das respostas (FEHRING, 1987).

Para Hoskins (1997), antes da avaliação e do julgamento dos expertos, deve-se realizar uma análise do diagnóstico a ser estudado, com o objetivo de produzir definições operacionais aos conceitos (no caso as características definidoras), atribuindo-lhes significados mensuráveis. Segundo essa autora, após a realização da definição conceitual e operacional do diagnóstico, os indicadores empíricos (características definidoras) devem ser identificados e, em seguida, também ser definidos operacionalmente.

Os princípios do delineamento da pesquisa requerem que todas as variáveis do estudo em questão sejam definidas operacionalmente, tornando-as mais claras, objetivas e, acima de tudo, mensuráveis (HOSKINS, 1997). O uso das definições operacionais aumenta a validade e a credibilidade da pesquisa (GRANT; KINNEY, 1991).

Definir operacionalmente um conceito significa definir em termos de fatos empíricos,

da experiência ou da observação. A definição operacional deve ser a mais abrangente possível e deve traduzir comportamentos físicos concretos, por meio dos quais o construto, no caso o diagnóstico, se expressa (PASQUALI, 1999).

Em alguns casos, para se definir operacionalmente uma característica definidora, isto é, para lhe atribuir um conceito mensurável, é necessária a utilização ou a construção de testes específicos para esse fim.

Seguindo o referencial de Fehring (1987), após a análise do diagnóstico a ser estudado e da definição operacional de cada característica definidora, deverá ser iniciada a avaliação por enfermeiros expertos. Esses enfermeiros devem indicar o quanto cada evidência (característica definidora) representa o diagnóstico em estudo. As características podem ser interpretadas como *muitíssimo característico*, *muito característico*, *de algum modo característico*, *pouco característico* ou *nada característico*. Cada uma dessas possibilidades de resposta possui um peso, sendo: 1; 0,75; 0,50; 0,25 e 0, respectivamente. A partir dos valores obtidos para cada característica definidora, deve ser calculada a média ponderada para cada uma das evidências (FEHRING, 1987).

Após o cálculo das médias ponderadas, as características definidoras devem ser agrupadas como maiores/principais ou menores/secundárias. De acordo com o modelo de Fehring (1986), as evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 devem ser classificadas como características definidoras maiores/principais, aquelas com peso entre 0,50 a 0,79 devem ser classificadas como características definidoras menores/secundárias e as características definidoras com média menor ou igual a 0,50 como irrelevantes.

Apesar de Fehring (1986), em seu modelo, utilizar os termos *características definidoras maiores e menores*, nesse estudo, essas terminologias não serão utilizadas por não fazerem parte da Taxonomia II da NANDA (2008). Sendo assim, as características definidoras antes conhecidas como *maiores* serão, a partir de agora, denominadas *principais*,

e as características definidoras *menores*, denominadas *secundárias*. Entende-se por características definidoras principais aquelas que devem, necessariamente, estar presentes para validar o diagnóstico. Já as características definidoras secundárias são aquelas que fornecem evidência secundária, de apoio ao diagnóstico. Isso significa que a identificação de apenas características definidoras secundárias não garante a existência do diagnóstico (CARPENITO-MOYET, 2005).

A última fase do Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico de Fehring consiste na elaboração do valor total, definido como DCV total, que constitui a somatória das médias ponderadas, dividida pelo número total de características definidoras. Fehring (1986) considera como DCV adequado o valor acima de 0,60.

O Modelo de Validação Clínica de Diagnóstico (CDV), que consiste na obtenção de evidências clínicas de um determinado diagnóstico, isto é, na obtenção das manifestações do diagnóstico em um ambiente clínico real foi utilizado na 2ª etapa desse estudo (FEHRING, 1987).

Segundo Fehring (1987), no modelo original de validação clínica de um diagnóstico, dois enfermeiros, com experiência clínica, devem realizar as observações e as avaliações de cada paciente integrante da amostra, com o objetivo de identificar presença ou ausência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em questão. Esse modelo de validação clínica é indicado nos casos em que o diagnóstico em estudo estiver relacionado ao desenvolvimento de habilidades ou a respostas fisiológicas. Nos diagnósticos dessa natureza, a observação clínica dos examinadores constitui instrumento fundamental no processo de validação.

Após a avaliação dos pacientes pelos observadores, calcula-se o coeficiente de confiabilidade da relação (R) para cada característica definidora, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}}{2}$$

Considera-se:

A - número de concordâncias entre os dois enfermeiros na identificação da presença ou ausência da característica definidora;

D - número de discordâncias entre os dois enfermeiros na identificação da presença ou ausência da característica definidora;

F1 - frequência das características definidoras identificadas pelo primeiro enfermeiro;

F2 - frequência das características identificadas pelo segundo enfermeiro;

N - ao número de pacientes avaliados e R - coeficiente de confiabilidade entre os dois enfermeiros (FEHRING, 1987).

A forma de avaliação do paciente dependerá do tipo de diagnóstico que será validado.

Para Fehring (1987), o diagnóstico envolve respostas cognitivas ou afetivas, como é o caso da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, e será necessário, então, obter informações fornecidas pelo próprio paciente. Nesse caso, o autor recomenda uma outra versão de CDV, denominada Modelo de Validação Clínica Focado no Paciente. Neste estudo, optou-se por essa versão, sendo assim, utilizou-se o Modelo CDV Focado no Paciente, no qual a avaliação por dois enfermeiros não é necessária.

As etapas Modelo de CDV Focado no Paciente, segundo Fehring (1987) são indicadas a seguir.

a) Obtenção de uma amostra de pacientes, com tendência pré-estabelecida a apresentar o diagnóstico de interesse. Segundo Fehring (1987), a escolha da amostra deve ser determinada pelo pesquisador e ser ditada pelo diagnóstico em questão. Caso o diagnóstico de interesse seja raro, ou de difícil identificação, nesse caso, o pesquisador deve

determinar um espaço temporal para o período de coleta.

b) Validação da presença do diagnóstico pelo uso de um instrumento adequado (validado) para a identificação do diagnóstico em questão. Se um instrumento confiável para identificar um determinado diagnóstico não estiver disponível, é necessária a confirmação da presença do diagnóstico por um enfermeiro especialista.

c) Construção de um instrumento contendo as características definidoras, do diagnóstico que está sendo validado. Esse instrumento deve ser utilizado para que os pacientes indiquem o quanto cada característica é indicativa dos seus sentimentos e comportamentos (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998). As possibilidades de respostas para cada característica definidora são: *esse item é muitíssimo característico em mim; esse item é muito característico em mim; esse item é de algum modo característico em mim; esse item é pouco característico em mim; esse item é nada característico em mim.*

d) Atribuição de peso aos diferentes tipos de resposta. Assim como na validação de conteúdo, para cada possibilidade de resposta, deve ser atribuído um peso, sendo: *esse item é muitíssimo característico em mim - 1; esse item é muito característico em mim - 0,75; esse item é de algum modo característico em mim - 0,50; esse item é pouco característico em mim - 0,25 e; esse item é nada característico em mim - 0.*

e) Cálculo da média ponderada dos valores atribuídos pelos pacientes para cada característica definidora. Seguindo-se os mesmos passos do Modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV), a partir dos valores obtidos para cada característica definidora, calcula-se a média ponderada para cada uma das evidências (FEHRING, 1987). Após o cálculo das médias ponderadas, as evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 são classificadas como características definidoras principais; aquelas com peso entre 0,50 e 0,79 são classificadas como características definidoras secundárias e as características definidoras com média menor ou igual a 0,50 são classificadas como irrelevantes.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Grupo de estudo

4.1.1 Primeira etapa (validação de conteúdo diagnóstico): seguindo a recomendação de Fehring (1994), fizeram parte do estudo 50 profissionais expertos em diagnósticos de enfermagem e/ou na teoria e na ciência da educação e do ensino.

Os critérios de inclusão nessa etapa do estudo foram: aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e apresentar pontuação mínima de cinco no sistema de pontuação de expertos, adaptado de Jesus (2000) (Quadro 1, p.32).

4.1.2 Segunda etapa (validação clínica do diagnóstico): fizeram parte dessa etapa do estudo, 80 pacientes adultos, independente do sexo.

Os critérios de inclusão nessa etapa do estudo foram: estar no período pré-operatório de revascularização do miocárdio e aceitar participar no estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Os critérios de exclusão da 2ª etapa do estudo foram:

- apresentar comunicação verbal prejudicada e impossibilidade de se comunicar por escrito (pela impossibilidade de avaliar o conhecimento do paciente em relação à sua doença e à terapêutica, pela dificuldade do paciente para se comunicar);

- apresentar alteração no nível de consciência (alteração na capacidade de processar, interpretar e responder aos estímulos);

- apresentar valor no *Mini-exame do estado mental* (MEM) inferior aos valores medianos descritos por Brucki et al. (2003), de acordo com o grau de escolaridade, o que pode

inferir eventual comprometimento cognitivo. Sendo assim, foram excluídos do estudo: os pacientes analfabetos que apresentaram valor mediano inferior a 20 no MEM; os pacientes com um a quatro anos de escolaridade que apresentaram valor mediano inferior a 25 no MEM; os pacientes com cinco a oito anos de escolaridade que apresentaram valor mediano inferior a 26,5 no MEM; os pacientes com nove a 11 anos de escolaridade que apresentaram valor mediano inferior a 28 no MEM; e os pacientes com escolaridade superior a 11 anos que apresentaram valor mediano inferior 29 no MEM.

4.2 Campo de estudo

A segunda etapa do estudo (validação clínica do diagnóstico) foi realizada no Hospital Beneficência Portuguesa, situado no município de São Paulo, que é uma associação civil, de direito privado, de caráter beneficente, social e científico, sem finalidade lucrativa, dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira. Consiste em uma instituição de grande porte, que realiza atendimento hospitalar a pacientes de todos os níveis econômicos e sociais. Na condição de entidade beneficente e filantrópica, mantém leitos e serviços hospitalares para uso público, sendo 60% deles destinados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, 2005).

4.3 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Beneficência Portuguesa do município de São Paulo, sendo aprovado (ANEXO A) em abril de 2004.

4.4 Descrição dos procedimentos realizados na validação de conteúdo (Primeira etapa do estudo)

4.4.1 Instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo

Inicialmente, foi realizada revisão de literatura para determinar as características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*. Com base na NANDA (2006) e em outros estudos (CAPERNITO-MOYET, 2005; MCKEIGHEN; MEMHMERT; DICKEL, 1989), foram identificadas e acrescentadas ao instrumento de coleta de dados as seguintes características definidoras: *verbalização do problema, desempenho inadequado em teste, expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde, seguimento inadequado de instruções, memorização de informação deficiente, indicadores não-verbais de baixo entendimento, questionamento repetitivo, não seguir a terapêutica prescrita, falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias, expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão) e comportamentos impróprios ou exagerados*.

Não foram incluídas no instrumento características fictícias, como sugerido por Fehring (1987).

Em seguida, para cada característica definidora foram construídas definições operacionais.

Ao construir as definições operacionais, isto é, ao atribuir um significado mensurável a algumas características definidoras, observou-se a necessidade de utilizar escalas, testes ou questionários específicos para três das 11 características definidoras em estudo.

Para definir operacionalmente a característica definidora *desempenho inadequado em teste*, foi construído um questionário específico denominado *Questionário para avaliação de conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico* (APÊNDICE C), para avaliar o

conhecimento do paciente em relação à doença arterial coronariana e aos procedimentos anestésico-cirúrgicos. Para a construção desse instrumento, foram utilizados os indicadores contidos na *Escala de medida do conhecimento em relação ao processo da doença e aos procedimentos de tratamento* da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (JOHNSON, 2004). Para cada indicador dessa escala, formulou-se uma pergunta para medir o conhecimento do paciente sobre a sua doença e a cirurgia a que seria submetido. Com base na literatura (COHAN et al., 1998; FERREIRA, CARNEIRO, 1999; HOUAISS, VILLAR, 2001; ROSAMOND et al., 2007), foram formuladas, para cada dessas perguntas, respostas esperadas para comparar com a resposta do paciente e auxiliar no processo de avaliação do seu conhecimento.

No caso da característica definidora *expressar alterações psicológicas* foi utilizado a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)* (ANEXO B) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), traduzida por Botega et al. (1995). Em relação à característica *memorização deficiente* foi utilizada uma adaptação do *Mini-exame do estado mental* (MEM) (ANEXO C) (FOLSTEIN; FOLSTEIN, MCHUGH, 1975), feita por Bruckl et al. (2003).

O instrumento e as definições operacionais foram submetidos a um processo de refinamento (conforme será descrito a seguir) por seis enfermeiros expertos no assunto, sendo avaliados em relação à clareza, à representatividade e à abrangência.

Conforme sugerido no processo de refinamento, foram acrescentadas as características definidoras *indicadores não-verbais de falta de atenção e desvalorização de informações*. Segundo sugestão de dois expertos, o paciente pode apresentar falta de atenção por não compreender ou não conhecer determinados conceitos.

Para a definição operacional da característica *desvalorização de informações*, foi necessária a construção de um instrumento, denominado *questionário para avaliação da*

valorização de informações (APÊNDICE D), para avaliar o quanto das informações, relacionadas à doença e ao tratamento cirúrgico, são valorizadas pelo paciente. Esse questionário contempla cinco questões abertas.

O quadro a seguir apresenta as características definidoras (CD), bem como as respectivas definições operacionais (DO), que foram submetidas ao processo de validação de conteúdo.

<p>CD - Verbalização do problema DO - Paciente verbaliza falta de conhecimento em relação ao seu problema de saúde (doença arterial coronariana), em relação aos fatores que desencadearam a doença, e/ou em relação aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e/ou em relação ao período pós-operatório imediato</p>
<p>CD - Seguimento inadequado de instruções DO - Paciente verbaliza ou demonstra não seguir de forma adequada/cuidadosa as informações da equipe de saúde (relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas) ou cuidador ou família relatam que o paciente não segue adequadamente as orientações da equipe de saúde, relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas</p>
<p>CD - Desempenho inadequado em teste DO - Paciente apresenta pontuação igual ou inferior a três nas questões referentes ao conhecimento da doença arterial coronariana e/ou nas questões referentes ao conhecimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos do <i>Questionário para avaliação do conhecimento</i> (APÊNDICE C)</p>
<p>CD - Comportamentos impróprios ou exagerados DO - Paciente assume comportamento inadequado para a situação, como rir ou chorar sem parar, gritar, falar demais</p>
<p>CD - Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde DO - Paciente percebe e expressa conhecimento falho, imperfeito e/ou inexato acerca do seu problema de saúde, daquilo que desencadeou a doença e/ou de como será o seu tratamento cirúrgico</p>
<p>CD - Não seguir a terapêutica prescrita DO - Paciente verbaliza ou demonstra não seguir as condutas indicadas pela equipe de saúde para o alívio e a diminuição dos sintomas ou cura da doença, independente de apresentar condições econômicas (dinheiro para conseguir medicamentos e alimentos saudáveis) e sociais (ajuda de amigos e familiares) favoráveis</p>
<p>CD - Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias DO - Paciente verbaliza ou expressa falta de associação e adequação do tratamento às suas atividades cotidianas, independente de condições adversas (como situação socioeconômica desfavorável)</p>
<p>CD - Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão) DO - Paciente apresenta pontuação igual ou superior a oito na <i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> (ANEXO B)</p>
<p>CD - Indicadores não-verbais de baixo entendimento DO - Paciente franze a testa aproximando as sobrancelhas; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta olhar vago</p>
<p>CD - Memorização de informação deficiente DO - Paciente expressa ou demonstra dificuldade em reter informações</p>
<p>CD - Questionamento repetitivo DO - Paciente repete com frequência as mesmas perguntas</p>
<p>CD - Indicadores não-verbais de falta de atenção DO - Paciente demonstra falta de atenção; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta olhar vago</p>
<p>CD - Desvalorização das informações DO - paciente verbaliza não valorizar ou não julgar importantes as informações referentes à sua doença (doença arterial coronariana) e aos procedimentos relacionados à cirurgia, a partir das respostas do <i>Questionário de avaliação da valorização de informações</i> (APÊNDICE D).</p>

Quadro 2 - Características definidoras (CD) da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio e suas definições operacionais (DO)

O instrumento de validação de conteúdo (APÊNDICE E) contempla, para cada característica definidora descrita no Quadro 2, cinco possibilidades de resposta: *esse item é muitíssimo característico, esse item é muito característico, esse item é de algum modo característico, esse item é pouco característico e esse item não é característico*. As possibilidades de resposta correspondem ao grau em que cada evidência clínica (característica definidora) caracteriza a categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* em indivíduos adultos.

Para cada possibilidade de resposta foi atribuído um peso, sendo: *esse item é muitíssimo característico* - 1; *esse item é muito característico* - 0,75; *esse item é de algum modo característico* - 0,50; *esse item é pouco característico* - 0,25 e *esse item é nada característico* - 0.

4.4.2 Refinamento do instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo

O instrumento foi submetido ao refinamento por seis enfermeiros expertos no assunto e dois profissionais com formação em Pedagogia. O objetivo desta etapa foi avaliar os itens do instrumento em relação à clareza, representatividade e abrangência em relação àquilo que se desejava identificar.

O instrumento foi encaminhado aos profissionais via correio, juntamente com uma carta (APÊNDICE F), contendo esclarecimentos sobre essa fase do estudo e perguntas para nortear o refinamento do material.

Dos seis expertos selecionados para essa etapa, quatro julgaram que as características definidoras, contidas no instrumento, seriam suficientes para representar o diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente*.

Os dois expertos com formação em Pedagogia relataram que algumas das

características apresentadas no instrumento como, por exemplo, *comportamentos impróprios ou inadequados*, *alteração psicológica* e *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (CARPENITO-MOYET, 2005; NANDA, 2006), eram pouco representativas do diagnóstico em questão. Segundo esses profissionais, essas características estariam mais relacionadas à avaliação do estado emocional que ao cognitivo. Relataram também que algumas características se limitavam a verificar a memorização de informações e não a construção do conhecimento pelo paciente. Apesar do julgamento desses expertos, essas características definidoras foram mantidas por fazerem parte da Taxonomia II da NANDA (2006), como no caso da característica definidora *comportamentos impróprios ou inadequados* ou serem apresentadas por Carpenito-Moyet (2005), como no caso das características definidoras *alteração psicológica* e *indicadores não-verbais de baixo entendimento*. Além disso, o *comportamento impróprio ou inadequado* pode ser resultado de *alterações psicológicas*, como ansiedade e depressão que, por sua vez, podem interferir no processo de recepção e de processamento de informações.

Cinco expertos julgaram que as definições operacionais estavam redigidas adequadamente e representavam coerentemente as características definidoras. Um dos expertos sugeriu a revisão, em relação ao sentido das palavras e à interpretação das sentenças e dos enunciados de oito das 11 definições operacionais presentes no instrumento. As sugestões foram aceitas e os ajustes realizados.

Em relação às características definidoras *não seguir a terapêutica prescrita* e *falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias*, um dos expertos sugeriu a revisão da definição operacional, de forma a considerar a influência das condições sócioeconômicas do paciente. Segundo esse experto, condições sócioeconômicas desfavoráveis poderiam interferir no seguimento da terapêutica ou na integração do tratamento às atividades diárias, independente do conhecimento do paciente sobre a necessidade de ambas as condutas. Essa

sugestão foi aceita e incorporada ao instrumento.

A partir da premissa de que conhecer/compreender implica gerar mudanças de comportamento, um dos expertos sugeriu que fossem acrescentadas ao instrumento a *falta de relação das informações fornecidas com os fatos do cotidiano do paciente* e o *não seguimento das orientações da equipe de saúde na solução dos problemas*. No entanto, pressupõe-se que esses itens são contemplados no instrumento, sendo representados pelas características *falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias*, *seguimento inadequado de instruções* e *não seguir a terapêutica adotada*.

Conforme sugerido por um dos expertos, foi acrescentada a característica definidora *indicadores não-verbais de falta de atenção*. Segundo esse experto, o paciente pode apresentar falta de atenção por não compreender ou não conhecer determinados conceitos.

Outro experto sugeriu a inclusão da característica *desvalorização das informações*. A inclusão desse item como característica definidora da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* pode ser justificada pela importância da valorização das informações, da motivação no processo de aprendizado e de compreensão das informações referentes à doença e ao tratamento.

Sabe-se que a motivação do paciente em aprender constitui importante característica para o sucesso da aprendizagem. Essa motivação pode ser aferida a partir da investigação das informações que o paciente valoriza, isto é, a partir da investigação da quantidade e do tipo de informações, relacionadas à sua doença e ao seu tratamento, o paciente julga ser fundamental conhecer. Daí a relevância da *desvalorização das informações* como característica definidora do *Conhecimento deficiente*.

Não foram feitas sugestões ou restrições em relação ao uso de testes específicos como, por exemplo, o *Mini-exame do estado mental* (MEM), a escala para medir ansiedade e depressão e outros, para mensurar algumas das características definidoras.

4.4.3 Operacionalização da validação de conteúdo

Terminada a fase de construção e refinamento do instrumento, iniciou-se o processo de recrutamento e seleção dos profissionais expertos para a validação de conteúdo da categoria diagnóstica em estudo.

Neste estudo, por se tratar da validação de um diagnóstico diretamente relacionado ao processo de ensino e de aprendizagem, foram recrutados, para a validação de conteúdo diagnóstico, não apenas enfermeiros expertos em diagnóstico de enfermagem ou em atendimento a pacientes com problemas cardiológicos, mas também profissionais com experiência e conhecimento da ciência da educação.

Seguindo a recomendação de Fehring (1994), foram recrutados 66 profissionais, expertos em diagnósticos de enfermagem e/ou na teoria e na ciência da educação e do ensino, que possuíam pontuação mínima de cinco no *Sistema de pontuação de especialista*, adaptado de Fehring (1986, 1987) e utilizado por Jesus (2000) (Quadro 1, p.32).

As informações dos profissionais recrutados para participar do estudo foram conseguidas mediante o *Currículo Lattes*, disponibilizado pela *Plataforma Lattes* do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (www.cnpq.br).

Após o recrutamento dos expertos foi enviado, via *internet*, o convite para a participação nessa etapa do estudo. Mediante resposta positiva foi enviado, via correio, o seguinte material: duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); instruções para o preenchimento e a devolução do material (APÊNDICE G); um formulário de identificação (APÊNDICE H), destinado ao registro dos dados pessoais e profissionais do enfermeiro, bem como de sua produção bibliográfica; um envelope selado e endereçado, para devolução do material, e o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE E).

Dos 66 profissionais recrutados e convidados para participar do estudo, 50 aceitaram

o convite e foram submetidos ao processo de seleção para a inclusão na primeira etapa da pesquisa.

Os expertos convidados a participar do estudo foram instruídos para indicar o quanto cada característica definidora representava o diagnóstico em estudo, a partir da escolha de uma entre as cinco alternativas (*muitíssimo característico, muito característico, de algum modo característico, pouco característico e nada característico*) do instrumento para validação de conteúdo.

A partir da validação de conteúdo, as características definidoras foram classificadas em principais, secundárias e irrelevantes. As características principais e secundárias foram investigadas nos pacientes, durante a segunda etapa do estudo (validação clínica), a partir de um instrumento próprio elaborado para essa fase.

4.5 Descrição dos procedimentos realizados na validação clínica (Segunda etapa do estudo)

A segunda etapa deste estudo baseou-se na obtenção de evidências para o diagnóstico *Conhecimento deficiente*, a partir de um ambiente clínico real, isto é, baseou-se na verificação clínica da ocorrência ou não das características definidoras no grupo em estudo. Nessa etapa da pesquisa, conforme descrito anteriormente, o grupo de estudo foi constituído por 80 pacientes hospitalizados, que se encontravam no período pré-operatório de revascularização do miocárdio.

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados para validação clínica

Para essa etapa, foram utilizados seis instrumentos de coleta de dados.

O **primeiro instrumento**, intitulado *Questionário para avaliação geral* (APÊNDICE I), foi construído pela pesquisadora e está constituído de seis itens:

- item I, intitulado *dados de identificação* - para o registro de dados como idade, sexo, data de admissão, data da cirurgia e diagnósticos médicos, bem como para iniciar o contato pesquisador-paciente;

- item II, intitulado *nível educacional* - para o registro dos anos de estudo dos pacientes;

- item III, intitulado *renda familiar* - para o registro da renda total da família;

- item IV, intitulado *medicamentos em uso* - para o registro dos medicamentos que o paciente faz uso, no domicílio e durante a internação, para investigar a existência de medicamentos que poderiam interferir na capacidade de aprendizagem do paciente;

- item V, intitulado *comunicação* - para registro dos problemas relacionados à fala, que podem interferir na capacidade do paciente para se expressar e, conseqüentemente, expor suas dúvidas e medos em relação à sua doença e ao tratamento cirúrgico (detecção de problemas significativos na fala, a ponto de tornar a comunicação incompreensível, associada à impossibilidade de o paciente se comunicar por escrito, implicou na exclusão do paciente da amostra);

- item VI, intitulado *senso-percepção* - destinado ao registro do nível de consciência (grau de orientação, perceptividade e reatividade) e das observações referentes à percepção dolorosa e à acuidade visual e auditiva, respectivamente.

A aplicação desse questionário (APÊNDICE I) foi realizada mediante entrevista individual e as respostas foram registradas pela pesquisadora.

O **segundo instrumento** constitui a versão do *Mini-exame do estado mental* (MEM), proposta por Brucki et al. (2003) (ANEXO C), traduzido e validado para nossa cultura e utilizado para avaliar orientação e memória do paciente, e detectar presença ou ausência de comprometimento cognitivo. Ressalta-se que, conforme descrito anteriormente, a detecção de eventuais perdas cognitivas implicou na exclusão do paciente da amostra. A exclusão desses pacientes foi justificada pela interferência do comprometimento cognitivo na avaliação do conhecimento do paciente em relação à sua doença e à terapêutica.

Esse instrumento (ANEXO C) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista.

O **terceiro instrumento** constitui a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (*Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS) (ANEXO B) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), para identificação de sinais de ansiedade e depressão. Essa escala, validada por Botega et al. (1995) e traduzida para a língua portuguesa, está constituída de duas subescalas: uma para ansiedade e outra para depressão, cada qual composta por sete questões do tipo múltipla escolha com valores que variam de zero a três. Cada subescala tem valores que variam de zero a 21 pontos. A interpretação dos valores foi feita conforme orientação de Zigmond e Snaith (1983). Desse modo, a pontuação entre zero a sete foi interpretada como *non-case* (não caso) de depressão ou ansiedade, a pontuação entre oito a dez como *possible case* (possível caso), e a pontuação entre 11 a 21 como *probable case* (provável caso).

Entende-se por “provável” algo *que se pode provar*, algo que possui aparência de verdadeiro (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2320). Logo, nesse estudo, *prováveis casos* de ansiedade e/ou depressão significaram casos nos quais os pacientes relataram sinais característicos dessas alterações e, provavelmente, poderão ser confirmadas a partir de análises complementares.

A palavra “possível” pode ser entendida como algo que pode ser ou acontecer (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2271), sendo assim, *possíveis casos* de ansiedade e/ou

depressão corresponderam, nesse estudo, aos casos cuja existência ainda não foi comprovada, apesar da manifestação de alguns sintomas, mas que pode vir a existir se não forem implementadas medidas de apoio emocional.

Esse instrumento (ANEXO B) foi preenchido pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos, o instrumento foi aplicado pela pesquisadora, mediante entrevista.

O **quarto instrumento**, intitulado *Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico* (APÊNDICE C), foi elaborado pela pesquisadora e está constituído de quatro questões fechadas, que têm como objetivo identificar a característica definidora *verbalização do problema* e 11 questões abertas (sendo cinco questões referentes à doença e seis referentes ao procedimento anestésico cirúrgico), para avaliar o conhecimento em relação ao processo da doença e aos procedimentos relacionados ao tratamento e, conseqüentemente, investigar a presença ou a ausência da característica definidora *desempenho inadequado em teste*.

A aplicação desse questionário foi realizada mediante entrevista individual.

Nas questões fechadas, o paciente, quando indagado se possuía conhecimento em relação ao seu problema de saúde, por exemplo, deveria responder *sim* ou *não*. A resposta positiva foi interpretada pela pesquisadora como *verbalização do problema*.

As respostas às questões abertas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas pela pesquisadora.

A partir da análise das respostas a cada uma das perguntas e da comparação com as *respostas esperadas*, foi avaliado o desempenho do paciente *no questionário para medir conhecimento*. Foram atribuídos pontos a cada possibilidade de desempenho. Sendo assim, o paciente poderia: *acertar toda a questão* (1,0 ponto), *acertar metade da questão* (0,5 ponto),

acertar $\frac{1}{4}$ da questão (0,25 ponto), errar a questão ou não saber respondê-la (zero).

Definiu-se que o paciente que tivesse pontuação igual ou inferior a três nas questões abertas referentes à doença e/ou nas questões referentes aos procedimentos anestésico-cirúrgicos apresentaria *desempenho inadequado em teste*.

Com base na pontuação obtida, o desempenho dos pacientes foi classificado como *adequado* ou *inadequado*.

O **quinto instrumento**, intitulado *Questionário de avaliação da valorização de informações* (APÊNDICE D), foi elaborado pela pesquisadora e está constituído de cinco questões abertas para o registro das informações que o paciente valoriza e julga serem importantes aprender.

Sabe-se que a motivação do paciente em aprender constitui importante característica para o sucesso da aprendizagem. Essa motivação pode ser aferida a partir da investigação das informações que o paciente valoriza, isto é, a partir da investigação da quantidade e do tipo de informações relacionadas à sua doença e ao seu tratamento, as quais o paciente julga ser fundamental conhecer.

Esse instrumento (APÊNDICE D) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista.

O **sexto instrumento**, intitulado *Escala de auto-avaliação* (APÊNDICE J), foi elaborado pela pesquisadora e consiste de uma escala, seguindo as orientações de Fehring (1987), para investigar o quanto cada característica definidora (sinal/sintoma) é observada pelo próprio paciente, isto é, o quanto cada característica definidora é indicativa dos seus sentimentos e comportamentos, segundo a sua opinião.

Para construção dessa escala, foram elaboradas novas versões para cada uma das características definidoras, utilizando-se uma linguagem mais clara e simples, sem modificar o significado de cada uma delas, tendo como alicerces as definições operacionais. O objetivo da elaboração dessas novas versões foi facilitar o entendimento dos pacientes.

Nessa escala, as possibilidades de respostas para cada característica definidora foram: *esse item é muitíssimo característico em mim*; *esse item é muito característico em mim*; *esse item é de algum modo característico em mim*; *esse item é pouco característico em mim*; *esse item é nada característico em mim*. Assim como na validação de conteúdo, para cada possibilidade de resposta foi atribuído um peso, sendo: *esse item é muitíssimo característico em mim* - 1; *esse item é muito característico em mim* - 0,75; *esse item é de algum modo característico em mim* - 0,50; *esse item é pouco característico em mim* - 0,25 e; *esse item é nada característico em mim* - 0.

Assim como a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (ANEXO B), esse instrumento (APÊNDICE J) também foi preenchido pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos, ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos, o instrumento foi aplicado pela pesquisadora, mediante entrevista.

A seguir, será apresentado o Quadro 3 que mostra as características definidoras e as versões que compuseram os itens da escala de auto-avaliação.

Característica definidora	Nova versão	Definição operacional
Verbalização do problema	<ul style="list-style-type: none"> - Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação ao meu problema de saúde e/ou - Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação ao que causou a doença e/ou - Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação à cirurgia que irei fazer e/ou - Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento como será o período imediatamente após a cirurgia. 	Paciente verbaliza falta de conhecimento em relação ao seu problema de saúde (doença arterial coronariana) e/ou em relação aos fatores que desencadearam a doença, e/ou em relação aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e/ou em relação ao período pós-operatório imediato.
Seguimento inadequado de instruções	Não sigo de forma adequada as orientações dadas pela equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista...), em relação ao tratamento, à atividade física, às restrições na dieta e a outros cuidados .	Paciente verbaliza ou demonstra não seguir de forma adequada/cuidadosa as informações da equipe de saúde (relacionadas à terapêutica, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas) ou cuidador ou familiar relatam que o paciente não segue adequadamente as orientações da equipe de saúde.
Desempenho inadequado em teste	Não fui bem no teste de conhecimento que acabei de fazer, no qual foram feitas algumas perguntas relacionadas à minha doença e à cirurgia que irei fazer.	Paciente apresentou pontuação igual ou inferior a três nas questões referentes ao conhecimento da doença arterial coronariana e/ou nas questões referentes ao conhecimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos do <i>Questionário para avaliação do conhecimento</i> (APÊNDICE C).
Não seguir a terapêutica prescrita	Não sigo as orientações dadas pela equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista...). O fato de não seguir essas orientações nada tem a ver com a minha condição financeira (como falta de dinheiro para comprar os medicamentos, por exemplo) e com o fato de não ter ajuda da minha família e dos meus amigos.	Paciente verbaliza ou demonstra não seguir as condutas indicadas pela equipe de saúde para alívio e diminuição dos sintomas ou cura da doença, independente de apresentar condições econômicas (dinheiro para conseguir medicamentos e alimentos saudáveis) e sociais (ajuda de amigos e familiares) favoráveis.
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	Não consigo conciliar o tratamento da minha doença com o meu dia-a-dia. Essa dificuldade em tratamento com o meu dia-a-dia nada tem a ver com condições financeiras (como falta de dinheiro para comprar os medicamentos, por exemplo) e com o fato de não ter ajuda da família e dos amigos.	Paciente verbaliza ou expressa falta de associação e adequação do tratamento às suas atividades cotidianas, independente de condições adversas (como situação sócioeconômica desfavorável).

Continuação		
Característica definidora	Nova versão	Definição operacional
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	Sinto-me apreensivo, tenho sensações de insegurança, de incerteza e sentimento de impotência. Sinto-me aborrecido, triste, infeliz e incapaz.	Paciente apresenta pontuação igual ou superior a oito na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (ANEXO B).
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	Quando não entendo alguma orientação fornecida pelo médico ou pela enfermeira, não falo nada. Disfarço, fico quieto, não respondo, balanço a cabeça e olho para o lado.	Franze a testa aproximando as sobrancelhas; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta um olhar vago.
Memorização de informação deficiente	Tenho dificuldades em guardar e me lembrar de todas as informações. Esqueço das coisas com facilidade.	Paciente expressa ou demonstra dificuldade em reter informações.
Questionamento repetitivo	Às vezes eu pergunto várias vezes a mesma coisa.	Paciente repete com frequência as mesmas perguntas.
Indicadores não-verbais de falta de atenção	Tenho dificuldades em prestar atenção, em me concentrar no que está sendo feito ou falado.	Paciente demonstra falta de atenção; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta olhar vago.
Desvalorização das informações	Não considero importante conhecer a minha doença, o que a causou e como será a cirurgia. Não considero ser necessário ter informações sobre o assunto.	Paciente verbaliza não valorizar ou não julgar importantes as informações referentes à sua doença (doença arterial coronariana) e aos procedimentos relacionados à cirurgia, a partir das respostas do Questionário de avaliação da valorização de informações (APÊNDICE D).

Quadro 3 - Características definidoras (CD) da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, seguidas das versões que compõem os itens da escala de auto-avaliação e das definições operacionais (DO)

4.5.2 Refinamento dos instrumentos de coleta de dados elaborados pela pesquisadora para a validação clínica (Segunda etapa)

Os instrumentos elaborados pela pesquisadora (APÊNDICES C, D, I e J) para a validação clínica foram submetidos ao processo de refinamento, mediante avaliação de seis enfermeiros expertos no assunto. Esses instrumentos foram entregues aos profissionais pela própria pesquisadora ou via correio, juntamente com uma carta com esclarecimentos em relação à atual etapa do estudo e instruções para o refinamento dos instrumentos (APÊNDICE L). O objetivo desta etapa foi avaliar os itens dos instrumentos em relação a: clareza, representatividade e abrangência do que se desejava identificar (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nenhuma outra questão ou item foi acrescentado aos instrumentos. Três expertos sugeriram alteração de palavras de algumas questões e revisão de algumas sentenças dos instrumentos para avaliar o conhecimento (APÊNDICE C) e para avaliar a valorização das informações (APÊNDICE D). As sugestões foram aceitas e os ajustes realizados.

Todos os expertos relataram que os instrumentos eram suficientes para identificar a presença ou ausência das características definidoras do diagnóstico *Conhecimento deficiente*, em pacientes no período pré-operatório de revascularização do miocárdio.

Após a validação dos instrumentos, foi iniciado o pré-teste definido como aplicação *em forma de tentativa, de um instrumento recém-elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências de tempo* (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O pré-teste foi realizado mediante a aplicação de todos os instrumentos de coleta de dados (Quadro 4), em cinco pacientes, que atenderam o critério de inclusão, com os seguintes objetivos: identificar a melhor forma de aplicação do instrumento, verificar a adequação do conteúdo, identificar problemas que poderiam interferir na fidedignidade dos dados e avaliar o tempo gasto durante

as entrevistas.

4.5.3 Operacionalização da validação clínica (Segunda etapa)

Foram realizados os passos propostos por Fehring (1987) para o Modelo de Validação Clínica Focado no Paciente. Sendo assim, inicialmente foi realizada a obtenção de uma amostra de pacientes, com tendência pré-estabelecida a apresentar o diagnóstico de interesse.

A amostra foi obtida por conveniência. Ao consultar o censo da unidade de internação cirúrgica e constatar que o paciente era provável integrante do grupo em estudo, a pesquisadora procedeu à visita. O paciente foi indagado quanto ao desejo de participar do estudo e, mediante resposta positiva e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), foram iniciadas as observações clínicas e a entrevista com o paciente, utilizando os instrumentos de coleta de dados propostos para essa etapa.

O contato inicial com o paciente e a utilização do primeiro instrumento (Questionário para avaliação geral – APÊNDICE I) teve como objetivos estabelecer relacionamento interpessoal, bem como identificar o grau de orientação do paciente e a sua capacidade de processamento e interpretação dos estímulos.

No momento seguinte, foi aplicada a versão em português do *Mini-exame do estado mental* (MEM) (BRUCKI et al., 2003) (ANEXO C), com o intuito de avaliar a consciência, a memória, e detectar a presença ou ausência de comprometimento cognitivo. Como descrito nas páginas 46 e 47, foram excluídos da amostra os pacientes com possíveis comprometimentos cognitivos, conforme valor obtido no MEM.

Os pacientes incluídos no estudo foram avaliados pela pesquisadora, a partir da utilização dos outros instrumentos de coleta de dados (ANEXO B e APÊNDICES C, D, I e J).

Ao final da avaliação e da entrevista, os dados contidos nos instrumentos foram analisados para estabelecimento das características definidoras. Após análise, as características definidoras principais e secundárias identificadas pela pesquisadora foram registradas em um *check-list* elaborado para esse fim (APÊNDICE M).

Todos os instrumentos de coleta de dados utilizados na validação clínica, preenchidos pela pesquisadora, foram entregues a outro profissional, especialista em cardiologia e com experiência clínica no atendimento a pacientes com DAC, para que fizesse sua análise e para que determinasse a deficiência ou não de conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico. O objetivo dessa fase foi validar a análise da pesquisadora, isto é, verificar se houve concordância na identificação das características definidoras entre os dois profissionais. É importante ressaltar que as características identificadas pela pesquisadora não foram reveladas ao enfermeiro convidado a participar dessa fase do estudo.

A seguir, será apresentada, no Quadro 4, a síntese dos procedimentos utilizados para avaliação das características definidoras do *Conhecimento Deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio.

Característica definidora	Instrumento	Procedimento
Verbalização do problema	Questões fechadas (com respostas <i>sim</i> ou <i>não</i>) do <i>Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico</i> (APÊNDICE C).	As questões fechadas do instrumento (APÊNDICE C) foram feitas pela pesquisadora mediante entrevista, após a aplicação do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I), da <i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> (ANEXO B) e do <i>Mini-exame do estado mental</i> (MEM) (ANEXO C). As respostas positivas em uma ou mais nas questões fechadas foram interpretadas como presença da característica.
Seguimento inadequado de instruções	Item 2 da <i>Escala de auto-avaliação</i> (APÊNDICE J).	Essa escala foi preenchida pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos a escala foi aplicada pela pesquisadora, mediante entrevista. Essa escala foi entregue ao paciente após a aplicação de todos os outros instrumentos. As respostas <i>de algum modo, muito</i> ou <i>muitíssimo característico em mim</i> foram interpretadas como presença a característica.
Desempenho inadequado em teste	Questões abertas (sendo cinco questões referentes à doença e seis referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico) do <i>Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico</i> (APÊNDICE C).	As questões abertas do instrumento (APÊNDICE C) foram feitas pela pesquisadora mediante entrevista, após a aplicação do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I), da <i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> (ANEXO B) e do <i>Mini-exame do estado mental</i> (MEM) (ANEXO C). As respostas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Foram atribuídos pontos a cada possibilidade de desempenho. Sendo assim, o paciente poderia: <i>acertar toda a questão</i> (1,0 ponto), <i>acertar metade da questão</i> (0,5 ponto), <i>acertar 1/4 da questão</i> (0,25 ponto), <i>errar a questão ou não saber respondê-la</i> (zero). A pontuação final igual ou inferior a três, nas questões abertas referentes à doença e/ou nas questões referentes aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, foi interpretada como presença da característica.

Continuação		
Característica definidora	Instrumento	Procedimento
Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde	<i>Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico</i> (APÊNDICE C).	A avaliação dessa característica foi feita de forma indireta a partir do tipo de resposta no referido instrumento (APÊNDICE C). As respostas negativas em uma ou mais das questões fechadas foram interpretadas como presença da característica e/ou a pontuação final, igual ou inferior a três, nas questões abertas, referentes à doença e/ou nas questões referentes aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, foi interpretada como presença da característica.
Não seguir a terapêutica prescrita	Item 4 da <i>Escala de auto-avaliação</i> (APÊNDICE J).	Essa escala foi preenchida pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos a escala foi aplicada pela pesquisadora, mediante entrevista. Essa escala foi entregue ao paciente após a aplicação de todos os outros instrumentos. As respostas <i>de algum modo, muito</i> ou <i> muitíssimo característico em mim</i> foram interpretadas como presença da característica.
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	Item 5 da <i>Escala de auto-avaliação</i> (APÊNDICE J).	Essa escala foi preenchida pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos a escala foi aplicada pela pesquisadora, mediante entrevista. Essa escala foi entregue ao paciente após a aplicação de todos os outros instrumentos. As respostas <i>de algum modo, muito</i> ou <i> muitíssimo característico em mim</i> foram interpretadas como presença da característica.
Expressar alteração psicológica	<i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão</i> (ANEXO B).	Essa escala foi preenchida pelos próprios pacientes, com exceção dos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, e dos pacientes com alteração significativa na acuidade visual. Nesses casos a escala foi aplicada pela pesquisadora, mediante entrevista. Essa escala foi entregue ao paciente após a aplicação do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I) e do <i>Mini-exame do estado mental</i> (MEM) (ANEXO C). A pontuação final igual ou superior a oito, na subescala de ansiedade e/ou de depressão foi interpretada como presença da característica.

Continuação		
Característica definidora	Instrumento	Procedimento
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	Item V do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I).	Esse questionário (APÊNDICE I) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista. As observações da pesquisadora, referentes à expressão fácil e corporal de falta de entendimento como, por exemplo, <i>franzir a testa aproximando as sobrancelhas, movimentar a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, olhar vago</i> foram registradas no item “outras considerações importantes” do instrumento e interpretadas como presença da característica.
Memorização de informação deficiente	Item 11 do <i>Mini-exame do estado mental</i> (MEM), proposta por Brucki et al. (2003) (ANEXO C).	Esse questionário (ANEXO C) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista, após a aplicação do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I). A pontuação igual ou inferior a dois no item 11 do <i>Mini-exame do estado mental</i> (MEM) foi interpretada como presença da característica. OBSERVAÇÃO: As respostas <i>muito</i> ou <i>muitíssimo característico em mim</i> do item 8 da <i>Escala de auto-avaliação</i> (APÊNDICE J) também foram consideradas e reforçaram a presença da característica.
Questionamento repetitivo	Item V do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I) e item 9 da <i>Escala de auto-avaliação</i> (APÊNDICE J).	A observação da pesquisadora referente à presença de questionamentos repetitivos por parte do paciente e as respostas <i>de algum modo, muito</i> ou <i>muitíssimo característico em mim</i> foram interpretadas como presença da característica.
Indicadores não-verbais de falta de atenção	Item V do <i>Questionário para avaliação geral</i> (APÊNDICE I).	Esse questionário (APÊNDICE I) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista. As observações da pesquisadora referentes à expressão fácil e corporal de falta de atenção, como, por exemplo, <i>movimentar a cabeça em sinal afirmativo e olhar vago</i> , foram registradas no item “outras considerações importantes” do instrumento e interpretadas como presença da característica.
Desvalorização das informações	<i>Questionário de avaliação da valorização de informações</i> (APÊNDICE D) constituído de cinco questões abertas.	Esse questionário (APÊNDICE D) foi aplicado pela pesquisadora mediante entrevista. As respostas nas quais os pacientes demonstraram não valorizar ou não julgar importantes as informações referentes à sua doença e à cirurgia a que será submetido, foram interpretadas como presença da característica.

Quadro 4 - Instrumentos e procedimentos utilizados para avaliar as características definidoras (CD) da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio

4.6 Tratamento dos dados

4.6.1 Primeira etapa do estudo

Seguindo o referencial metodológico adotado (FEHRING, 1987), para cada opção de resposta foi atribuído um peso, sendo: *multíssimo característico* - 1; *muito característico* - 0,75; *de algum modo característico* - 0,5; *pouco característico* - 0,25; *nada característico* - 0.

A partir dos valores obtidos em cada característica definidora, foi calculada a média ponderada para cada uma das evidências. Em seguida, as evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 foram classificadas como características definidoras principais, aquelas com peso entre 0,50 e 0,79 como características definidoras secundárias e as características definidoras com média menor ou igual a 0,50 foram consideradas irrelevantes.

O valor total, definido como DCV total, foi calculado a partir da somatória das médias ponderadas, dividido pelo número total de características definidoras (FEHRING, 1986).

4.6.2 Segunda etapa do estudo

Seguindo o referencial metodológico, os dados foram tratados da forma apresentada a seguir:

- **Validação da presença e da ausência do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente***. Devido à inexistência na literatura de testes validados para identificar o conhecimento do paciente em relação à sua doença e ao seu tratamento, bem como para identificar os fatores que caracterizam o conhecimento deficiente (nesse caso, em relação à doença arterial coronariana e/ou em relação à revascularização do miocárdio), e

seguindo o referencial metodológico, os dados coletados pela pesquisadora foram entregues a um enfermeiro especialista para que o mesmo fizesse sua avaliação e identificasse as características definidoras do diagnóstico em questão.

Em seguida, foi calculado o *índice de confiabilidade da relação* (R), realizado como no modelo original de validação clínica, para cada característica definidora, utilizando a fórmula proposta por Fehring (1987)

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}}{2}$$

Considerando-se:

A - número de concordâncias entre os dois enfermeiros na identificação da presença ou ausência da característica definidora;

D - número de discordâncias entre os dois enfermeiros na identificação da presença ou ausência da característica definidora;

F1 - frequência das características definidoras identificadas pelo primeiro enfermeiro;

F2 - frequência das características identificadas pelo segundo enfermeiro;

N - ao número de pacientes avaliados;

R - a taxa de fidedignidade entre os dois enfermeiros (FEHRING, 1987).

- Atribuição de peso aos diferentes tipos de resposta da escala de auto-avaliação em relação à presença ou ausência das características definidoras (APÊNDICE J). Assim como na validação de conteúdo, para cada possibilidade de resposta foi atribuído um peso, sendo: *esse item é muitíssimo característico em mim* - 1; *esse item é muito característico em mim* - 0,75; *esse item é de algum modo característico em mim* - 0,50; *esse item é pouco característico em mim* - 0,25 e *esse item é nada característico em mim* - 0.

- **Cálculo da média ponderada dos valores atribuídos pelos pacientes para cada característica definidora.** Também, como na validação de conteúdo, a partir dos valores obtidos para cada característica definidora foi calculada a média ponderada para cada uma das evidências (FEHRING, 1987). Após o cálculo das médias ponderadas, as evidências clínicas com peso maior ou igual a 0,80 foram classificadas como características definidoras principais; aquelas com peso entre 0,50 e 0,79 como características definidoras secundárias e as características definidoras com média menor ou igual a 0,50 foram consideradas irrelevantes.

4.7 Tratamento estatístico dos dados

Após a codificação de cada uma das variáveis (relacionadas aos peritos e aos pacientes) em um dicionário de dados (*codebook*), procedeu-se à validação por dupla digitação, utilizando o aplicativo MS Excel XP.

A análise estatística (distribuições de frequência, medidas de tendência central e de variabilidade) foi realizada mediante a utilização do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Primeira etapa do estudo: validação de conteúdo diagnóstico

Para a 1ª etapa do estudo, foram convidados, por meio de correio eletrônico, 66 enfermeiros. Desses profissionais, 50 aceitaram participar e receberam o material (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulário de identificação, envelope selado e endereçado e instrumento de coleta de dados).

Após período de sete meses (abril a novembro de 2005), todos os enfermeiros devolveram o material preenchido. Todos os enfermeiros atenderam o critério de inclusão, isto é, todos apresentaram pontuação igual ou superior a cinco, no *Sistema de Pontuação de Especialista*, adaptado de Jesus (2000) (Quadro 1).

A seguir serão apresentados na Tabela 1 os dados de caracterização dos expertos que participaram da 1ª etapa do estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos expertos que participaram da primeira etapa do estudo. São Paulo - SP, 2006

Dados dos expertos	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor máx.	Valor mín.
Idade	42	42	9,71	62	24
Tempo de exercício na profissão	18	20	9,77	40	2
Tempo de utilização do diagnóstico de enfermagem	10	9,5	5,64	24	2

Observa-se, na Tabela 1, que a idade média dos expertos que participaram do processo de validação de conteúdo diagnóstico em estudo foi de 42 anos, o tempo médio de exercício na profissão foi de 18 anos e o tempo médio de utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática profissional foi de 10 anos.

Em relação à formação e à titulação dos expertos, 11(22%) fizeram licenciatura, 47(94%) mestrado, 30(60%) doutorado, cinco(10%) livre-docência, dois(4%) eram professores titulares, um(2,0%) era mestrando e seis (12%) eram doutorandos.

A seguir será apresentada a distribuição dos profissionais, segundo a pontuação obtida no sistema de pontuação de especialista.

Tabela 2 - Pontuação dos expertos que participaram do processo de validação de conteúdo diagnóstico. São Paulo - SP, 2006

Pontuação	n	%
5 a 7 pontos	8	16
8 a 10 pontos	6	12
11 a 13 pontos	20	40
14 pontos	16	32
Total	50	100

De acordo com a Tabela 2, a maioria (72%) dos profissionais apresentou pontuação acima de 11 pontos no sistema proposto para incluir o profissional na lista de expertos. Observa-se que 16 expertos (32%) apresentaram a pontuação máxima, e 20 (40%) apresentaram pontuação entre 11 e 13 pontos. A pontuação média obtida foi de 11 pontos, a mediana de 12, o desvio padrão de 2,64 e os valores mínimo e máximo iguais a cinco e 14, respectivamente.

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que a grande maioria dos profissionais selecionados para realizarem a validação das características definidoras possui amplo conhecimento e experiência nas temáticas estudadas, o que é fundamental nesse processo, visto que aumenta a fidedignidade dos resultados.

A seguir serão apresentadas a titulação e as informações referentes à produção bibliográfica dos expertos.

Tabela 3 - Titulação e informações referentes à produção bibliográfica dos expertos. São Paulo - SP, 2006

Itens	n	%
Experiência clínica de pelo menos um ano na área de cardiologia	49	98
Mestre em enfermagem ou em pedagogia e educação	47	94
Publicações sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre o processo ensino-aprendizagem	44	88
Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem ou de processo ensino-aprendizagem em um periódico de referência	44	88
Especialização em cardiologia ou em pedagogia e educação	40	80
Dissertação relacionada à cardiologia ou ao processo ensino-aprendizado	29	58
Tese relacionada à cardiologia ou ao processo ensino-aprendizagem	23	46

Na Tabela 3, é possível observar que 49(98%) expertos apresentavam experiência clínica de pelo menos um ano na área de cardiologia e 40(80%) apresentavam especialização nessa mesma área ou em educação. Ressalta-se, ainda, o elevado número de expertos (44 ou 88%) que possuía publicações sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre o processo ensino-aprendizagem. A partir dos dados apresentados nessa tabela, é possível ressaltar o que já foi descrito anteriormente: o elevado número de mestres e doutores e a grande experiência clínica desses profissionais podem aumentar a fidedignidade dos dados obtidos no processo de validação de conteúdo.

A Tabela 4, a seguir, apresenta os dados referentes à validação de conteúdo diagnóstico.

Tabela 4 - Características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo pontuação obtida na validação de conteúdo. São Paulo - SP, 2006

Características definidoras	Amplitude		Media ponderada	Desvio padrão
	Mín.	Máx.		
Verbalização do problema*	0,5	1	0,96	0,12
Desempenho inadequado em teste*	0,5	1	0,83	0,17
Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde	0	1	0,83	0,22
Seguimento inadequado de instruções*	0	1	0,71	0,27
Memorização de informação deficiente	0	1	0,71	0,27
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	0	1	0,69	0,27
Questionamento repetitivo	0	1	0,68	0,27
Desvalorização das informações	0	1	0,64	0,29
Não seguir a terapêutica prescrita	0	1	0,56	0,27
Indicadores não-verbais de falta de atenção	0	1	0,56	0,27
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	0	1	0,53	0,31
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	0	1	0,51	0,31
Comportamentos impróprios ou exagerados*	0	0,75	0,34	0,24

* Categorias diagnósticas apresentadas pela NANDA (2006).

Observa-se, na Tabela 4, que das 13 características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, três (*verbalização do problema*, *desempenho inadequado em teste* e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde*) apresentaram média superior a 0,80 sendo, portanto, consideradas características definidoras principais. Durante o processo de validação dessas características, dois expertos questionaram a necessidade de manter a característica *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde*, uma vez que ela se sobrepunha à *verbalização do problema* e ao *desempenho inadequado em teste*. Segundo eles, a *verbalização do problema* e o *desempenho inadequado em teste* já indicam ou demonstram *percepção incorreta acerca do estado de saúde*.

Apesar de somente dois profissionais terem feito a colocação descrita anteriormente, observa-se que a média identificada para a característica *desempenho inadequado em teste* foi a mesma identificada na característica *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde*, o que pode sugerir que os outros expertos também compartilham do pensamento de

que o paciente pode expressar um conhecimento deficiente ou falho ao verbalizar ou ao apresentar um desempenho insuficiente em testes específicos para medir o conhecimento.

As características definidoras *seguimento inadequado de instruções, memorização de informação deficiente, indicadores não-verbais de baixo entendimento, questionamento repetitivo, desvalorização das informações, indicadores não-verbais de falta de atenção, falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias, não seguir a terapêutica prescrita e expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão), apresentadas na Tabela 4, foram classificadas como secundárias, por apresentarem média ponderada entre 0,50 e 0,79.

A *memorização de informação deficiente*, classificada como característica secundária, como mostra a Tabela 4, deve ser sempre investigada, uma vez que eventuais perdas cognitivas podem interferir diretamente na capacidade do paciente em conhecer sua doença e seu tratamento.

A Tabela 4 mostra que as características definidoras *indicadores não-verbais de falta de atenção e desvalorização das informações*, que foram incluídas no quadro de características definidoras do diagnóstico em estudo, para serem submetidas ao processo de validação de conteúdo, por sugestão de dois expertos, na fase de refinamento do instrumento, apresentaram médias significativas (0,69 e 0,64, respectivamente).

Conforme mostra a Tabela 4, depois de *comportamentos impróprios ou exagerados*, a característica definidora *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) apresentou a menor média ponderada. Apesar do baixo valor atribuído pelos expertos na validação de conteúdo diagnóstico, essa característica é de grande importância, devido ao fato de estar comumente relacionada ao processo de doença e de hospitalização, podendo interferir de forma negativa na motivação do paciente em aprender (O'BRIEN, 2000).

Segundo a literatura, algumas doenças cardiovasculares estão diretamente associadas à ocorrência de ansiedade e de transtornos de humor (SHEIKH, 2003). Sendo assim, os enfermeiros devem avaliar a ocorrência dessas alterações psicológicas e mensurá-las sempre que

possível.

A ansiedade, além de ser característica definidora do *Conhecimento deficiente*, também constitui um diagnóstico de enfermagem, definido pela NANDA (2008) como sentimento de desconforto e de apreensão, muitas vezes confundido com medo, acompanhado de resposta autonômica, causado por situações percebidas como ameaçadoras. O paciente com dúvidas em relação à cirurgia e ao tipo de anestesia pode apresentar alto nível de ansiedade, sendo o processo de ensino do paciente cirúrgico essencial para a diminuição dessa ansiedade.

A ansiedade e a depressão também podem influenciar no processo de aceitação e de conhecimento da doença, bem como na adesão à terapêutica indicada pela equipe de saúde, e interferir na capacidade de o indivíduo em receber e armazenar informações referentes à sua doença e ao seu tratamento.

Observa-se, na Tabela 4, que, de acordo com a avaliação dos expertos, a característica *comportamentos impróprios ou exagerados*, apresentada pela NANDA (2006), foi considerada insuficiente para indicar ou caracterizar o conhecimento deficiente em relação ao tema específico em estudo.

Seguindo o referencial metodológico utilizado (FEHRING, 1986; 1987), foi calculado um valor total de validação de conteúdo (DCV), cujo valor foi 0,66. Conforme dito anteriormente, esse valor foi obtido mediante a somatória das médias ponderadas, dividido pelo número total de características definidoras. Ressalta-se que Fehring (1987) considera adequado um valor total de DCV acima de 0,60.

5.2 Segunda etapa do estudo: validação clínica do diagnóstico

Na Tabela 5 apresenta-se a distribuição dos pacientes, segundo os seguintes dados de caracterização: sexo, idade, anos de estudo e renda familiar.

Tabela 5 - Caracterização dos pacientes. São Paulo – SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

	n	Rank	%
Sexo			
Masculino	64	1	80
Feminino	16	2	20
Idade			
39 - 48 anos	9	4	11,2
49 - 58 anos	17	2	21,3
59 – 68 anos	38	1	47,5
69 - 78 anos	16	3	20
Anos de estudo			
Zero (analfabeto)	14	3	17,5
1 a 4 anos	21	2	26,2
5 a 8 anos	23	1	28,8
9 a 11 anos	14	3	17,5
Mais que 11 anos	8	4	10
Renda familiar			
380 a 760 reais	28	1	35
761 a 1140 reais	13	3	16,2
1141 a 1520 reais	12	4	15
1521 a 1900 reais	7	5	8,8
Mais de 1900 reais	20	2	25

Pode-se ver, na Tabela 5, que a maior percentagem dos pacientes avaliados neste estudo é do sexo masculino, com idade média de 61 anos, sendo a mediana 62 e o desvio padrão 8,9 anos.

Segundo Duarte et al. (2007), a associação *idade avançada* e *sexo masculino* constitui importante fator de risco para doenças cardiovasculares e presença da DAC.

A variável *idade* é importante para este estudo, pois está diretamente relacionada à experiência de vida, à oportunidade de aprendizagem e à capacidade do paciente em

compreender e assimilar as informações. Além disso, atualmente, em decorrência do aumento da expectativa de vida e dos avanços dos procedimentos anestésicos, observa-se número cada vez maior de pacientes idosos submetidos a tratamento cirúrgico de cardiopatias. Sendo assim, o conhecimento das particularidades fisiológicas desse grupo de pacientes torna-se fundamental (MACHADO et al., 2003).

Em relação aos anos de estudo, a Tabela 5 mostra que a maior percentagem é de pacientes com cinco a oito anos de estudo e a menor percentagem de pacientes com 11 anos ou mais de estudo.

Observa-se que 21(26,2%) pacientes estudaram entre um a quatro anos e que 14(17,5%) eram analfabetos. O baixo nível de escolaridade desses pacientes pode constituir barreira para a retenção de informações relacionadas à sua doença e ao seu tratamento. No estudo de Agard, Hermeren e Herlitz (2004), alguns pacientes referiram não serem capazes de compreender informações mais complexas como, por exemplo, o que significa *insuficiência cardíaca* ou qual a ação de determinados medicamentos, por apresentarem baixo grau de instrução.

Em relação à renda familiar, identificou-se que a menor renda familiar foi de R\$ 380,00 e a maior R\$ 50 000,00. A renda familiar média identificada foi R\$ 1 935,00, a mediana R\$ 1 025,00 e o desvio padrão foi R\$ 5 543,00.

Na literatura, encontram-se estudos que relacionam o nível sócioeconômico, o grau de instrução do paciente e o seu conhecimento cognitivo (ANDERSON; LEPPERT, 2001; ROCKWELL; RIEGEL, 2001). O nível socioeconômico pode indicar diferença entre os pacientes em relação às condições saudáveis de vida (alimentação, moradia), ao acesso de recursos materiais necessários para a manutenção e o restabelecimento da saúde e também ao acesso aos serviços de saúde (ROCKWELL; RIEGEL, 2001).

Neste estudo, a investigação das variáveis sociodemográficas teve como objetivo caracterizar a amostra. No entanto, é importante ressaltar que a avaliação dessas variáveis é fundamental quando se pretende estudar o conhecimento dos indivíduos em relação a algo. As características sociodemográficas e culturais do paciente podem influenciar a sua percepção em relação à saúde, à doença, à vida e à morte (O'BRIEN, 2000).

Na Tabela 6 apresenta-se a distribuição dos pacientes, segundo as doenças prévias.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo as doenças prévias. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Doenças prévias	n	%
Hipertensão arterial sistêmica associada		
a uma doença*	36	45
a duas doenças**	17	21,2
a três doenças***	2	2,5
Hipertensão arterial sistêmica	15	18,8
Nenhuma doença prévia	4	5
<i>Diabetes mellitus</i>	2	2,5
Dislipidemia	2	2,5
Infarto agudo do miocárdio associado		
a <i>diabetes mellitus</i>	1	1,3
a dislipidemia	1	1,3
Total	80	100

* Associada à *diabetes mellitus*, ou à dislipidemia, ou ao infarto agudo do miocárdio.

** Associada à *diabetes mellitus* e dislipidemia ou ao infarto agudo do miocárdio e dislipidemia.

*** Associada à *diabetes mellitus*, dislipidemia e infarto agudo do miocárdio.

De acordo com a Tabela 6, observa-se que, ao somar o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) isolada (15) com os pacientes que apresentam HAS associada a outras doenças (55), obtém-se 70 pacientes (87,5% da amostra) hipertensos. Tal resultado corrobora os dados apresentados na literatura de que a HAS precede o desenvolvimento da DAC em 91% dos casos. Segundo estudos internacionais, a HAS

aumenta duas a três vezes o risco de o indivíduo desenvolver a DAC (LEVY et al., 1996; VASAN et al., 2002).

Entre os diversos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a HAS constitui uma das mais sérias e importantes, responsável por grande número de óbitos, em todo o mundo, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e renal e IAM (ROSAMOND et al., 2007).

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e diastólica maior ou igual a 90mmHg (ROSAMOND et al., 2007). Ressalta-se que, considerar esses parâmetros de forma isolada, significa considerar que grande parcela da população é hipertensa (ROSAMOND et al., 2007).

Observa-se que as doenças prévias apresentadas na Tabela 6 constituem, em sua maioria, os fatores de risco para a DAC (hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemia). Apesar de esses fatores de risco, e de outros relacionados à DAC, como tabagismo, estresse, sedentarismo, processo de envelhecimento, obesidade e sexo, estarem bem estabelecidos na literatura, observa-se controvérsias em relação ao grau de importância de cada um desses fatores de risco em diferentes grupos populacionais (DUARTE et al., 2007).

Grande parte dos fatores de risco biológicos para DAC constitui elementos da chamada síndrome metabólica, descoberta por Reavem, em 1988, freqüentemente identificada em pacientes obesos, e caracterizada por um conjunto de anormalidades metabólicas e hemodinâmicas (hipertensão arterial, diabetes e/ou hiperinsulinemia, dislipidemia, obesidade e microalbuminúria) (RIBEIRO FILHO et al., 2006).

Apesar de a obesidade ser considerada uma doença pela OMS e de estar incluída na *Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, E65), essa variável

não foi investigada nesse estudo por não estar descrita como doença prévia no prontuário do paciente. O mesmo ocorreu com o tabagismo, classificado como condição de doença crônica devido à dependência da nicotina.

Todos os aspectos relacionados ao estado físico do paciente podem interferir na sua capacidade de aprender e, por isso, devem ser avaliados e considerados durante o planejamento de estratégias de ensino em saúde.

A seguir, apresenta-se a Tabela 7, que se refere à acuidade visual e auditiva dos pacientes da amostra.

Tabela 7 - Alterações da senso-percepção apresentadas pelos pacientes. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Alterações	n	%
Diminuição da acuidade visual bilateral		
Dificuldade para ler	41	51,3
Dificuldade para ler e ver objetos e pessoas	24	30
Incapacidade de ler	1	1,3
Diminuição da acuidade visual unilateral		
Dificuldade para ler e ver objetos e pessoas	3	3,8
Incapacidade de ler e ver objetos e pessoas	1	1,3
Diminuição da acuidade auditiva bilateral		
Dificuldade em distinguir os sons	24	30
Diminuição da acuidade auditiva unilateral		
Dificuldade em distinguir os sons	7	8,8
Diminuição da perceptividade e reatividade	0	0
Percepção dolorosa	0	0

As variáveis, apresentadas na Tabela 7, foram investigadas mediante entrevista a partir de perguntas fechadas com respostas positivas e negativas. Não foram utilizados testes específicos para mensurar essas alterações.

A acuidade visual e auditiva e as alterações de senso-percepção (entre elas as alterações do nível de consciência e do estado mental e a percepção dolorosa) foram avaliadas por constituírem fatores causais ou agravantes do conhecimento deficiente, e por interferirem na capacidade do paciente em receber e transmitir mensagens e, conseqüentemente, de

aprender.

Observa-se, na Tabela 7, que a maioria dos pacientes (51,3%) apresenta *diminuição da acuidade visual bilateral*, com prejuízo na leitura sem o uso de óculos. Outros dados importantes, apresentados nessa tabela, referem-se ao número de pacientes com *dificuldade para ver objetos e pessoas* e para *distinguir sons*, o que indica maior comprometimento da acuidade visual e auditiva. Ambas as alterações foram identificadas em 24(30%) pacientes.

Para investigar o que o paciente conhece sobre sua doença e seu tratamento é necessário, primeiramente, investigar sua capacidade de processar e interpretar os estímulos e o seu estado cognitivo. Daí a justificativa para a avaliação do nível de consciência e do estado mental dos pacientes.

A consciência (capacidade do indivíduo para captar o lugar, o tempo e a situação em que se encontra, bem como a capacidade para compreender perguntas e refletir sobre elas) foi investigada mediante a avaliação da perceptividade (capacidade para responder perguntas simples e de informar coisas corriqueiras), da reatividade (capacidade em reagir a estímulos inespecíficos) (PORTO, 2001), da orientação (temporal e espacial), da memória e da resposta a comandos. A Tabela 7 mostra que todos os pacientes avaliados encontravam-se conscientes, orientados e com perceptividade e reatividade inalteradas.

Conforme descrito anteriormente, dentre as alterações do senso-percepção, a ocorrência da percepção dolorosa durante a hospitalização também foi avaliada. Neste estudo, a investigação da dor durante a internação justifica-se pela capacidade que essa experiência desagradável possui de interferir na capacidade da pessoa em aprender, por diminuir a sua concentração e por desviar o seu foco de atenção. Segundo a Tabela 7, é possível observar que todos os pacientes que participaram do estudo referiram não ter sentido dor, talvez devido à ação das drogas anti-anginosas.

A seguir, apresenta-se a Tabela 8, que se refere aos medicamentos utilizados pelos pacientes em casa e durante a hospitalização.

Tabela 8 - Grupos de medicamentos usados pelos pacientes em casa e durante a hospitalização. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Medicamentos	Uso	em casa n = 63*			no hospital n = 73**		
		n	%	Rank	n	%	Rank
Drogas antiplaquetárias		44	69,8	1	11	15,1	10
Inibidores da enzima conversora da angiotensina		36	57,1	2	48	65,8	3
Hipoglicemiantes		35	55,6	3	15	20,5	8
Betabloqueadores		31	49,2	4	43	58,9	4
Nitratos		28	44,4	5	70	95,9	1
Vastatinas		24	38,1	6	49	67,1	2
Diuréticos		19	30,2	7	31	42,5	6
Bloqueadores dos canais de cálcio		14	22,2	8	13	17,8	9
Bloqueadores dos receptores AT1		7	11,1	9	6	8,2	11
Benzodiazepínicos		5	7,9	10	15	20,5	8
Inibidores da bomba de prótons		4	6,3	11	32	43,8	5
Glicosídeo digitalico		3	4,8	12	3	4,1	13
Fibratos		2	3,2	13	-	-	-
Psicofármacos		1	1,6	14	5	6,8	12

* Quatro (5%) pacientes não utilizavam nenhum medicamento em casa e 13(16,3%) pacientes não souberam descrever os medicamentos que faziam uso em casa; ** sete pacientes estavam sem prescrição médica.

Neste estudo, o uso de medicamentos, principalmente, durante a internação, no período pré-operatório, foi investigado pelo fato de certos fármacos, principalmente os opióides e os tranquilizantes, causarem depressão do sistema nervoso central (SNC) e diminuição do nível de consciência, o que poderia interferir na capacidade de memorização e aprendizagem do paciente (O'BRIEN, 2000).

Observa-se, na Tabela 8, que os grupos de medicamentos utilizados por mais de 50% dos pacientes, durante a hospitalização, foram: nitratos (70 - 95,9%); vastatinas (49 - 67,1%); inibidores da enzima conversora da angiotensina (48 - 65,8%) e betabloqueadores (43-58,9%). Ressalta-se que nenhum desses fármacos causa alteração de consciência ou memória (BRUNTON et al., 2006).

As drogas que podem afetar o SNC e, conseqüentemente, contribuir para o déficit de conhecimento, foram utilizadas por apenas 15(20,5%) pacientes, no caso dos benzodiazepínicos e cinco (6,8%), no caso dos psicofármacos (CHARNEY, MIHIC, HARRIS, 2006; BALDESSARINI, 2006). Esses pacientes, apesar de utilizarem drogas que poderiam provocar alteração de consciência e de cognição, fizeram parte do estudo, pois, durante avaliação, encontravam-se conscientes, comunicativos, sem comprometimento cognitivo (de acordo com o MEM) e, portanto, não se encaixaram nos critérios de exclusão.

A seguir, mostra-se, na Tabela 9, a distribuição dos pacientes segundo a interpretação dos valores da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão*.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes segundo a interpretação dos valores da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão*. São Paulo, julho de 2006 a janeiro de 2007

Interpretações	Alterações psicológicas		Ansiedade		Depressão	
	n	%	n	%	n	%
Não caso (0 a 7 pontos)	42	52,5	57	71,3		
Possível caso (8 a 10 pontos)	18	22,5	13	16,3		
Provável caso (11 a 21 pontos)	20	25,0	10	12,5		

Na Tabela 9, observa-se que em 42 pacientes (52,5%) não foram identificados sintomas de ansiedade. No entanto, foram identificados 18(22,5%) *possíveis casos de ansiedade* e 20(25%) *prováveis casos* desse transtorno, o que constitui um resultado interessante. Ao somar os *possíveis casos* com os *prováveis casos de ansiedade* obtém-se taxa de 47,5%. Isso significa que 38 pacientes (47,5%) relataram ou manifestaram sinais ou sintomas de ansiedade.

Conforme descrito anteriormente, com base na definição de *provável* (algo que possui aparência de verdadeiro) (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.2320), neste estudo, *prováveis casos* de ansiedade corresponderam aos casos nos quais os pacientes relataram, ou apresentaram,

características significativas que poderiam comprovar a existência dessa alteração a partir de análises complementares.

Com base no significado da palavra *possível* (algo que pode ser ou acontecer) (HOUAISS; VILLAR, 2001, p.2271), *possíveis casos* de ansiedade corresponderam, nesse estudo, aos casos nos quais os pacientes manifestaram alguns sintomas, porém esses não seriam suficientes para comprovar a existência desse transtorno, caso fossem realizadas outras análises diagnósticas.

A ansiedade constitui sentimento de apreensão, de natureza vaga, caracterizado por sensações de incerteza e de impotência, é uma experiência individual e subjetiva, normalmente desencadeada por uma situação desconhecida ou nova como, por exemplo, o período que precede uma cirurgia (STUART, 2001).

A alta percentagem de pacientes com sintomas de ansiedade, identificada neste estudo, constitui resultado importante, pois reforça o fato de que eventos estressores como, por exemplo, a doença e a necessidade de cirurgia, constituem fatores preditivos de ansiedade (MARGIS et al., 2003).

A relação de eventos estressores com o surgimento de transtornos de ansiedade e de depressão foi identificada em outros estudos (SILBERG et al., 1999; SILBERG et al., 2001). Alguns pesquisadores concluíram que para os eventos estressores acarretarem sintomas de ansiedade ou depressão, é necessário que haver predisposição genética para a ocorrência de ansiedade e depressão. Estudos demonstram que as capacidades individuais de interpretar e de enfrentar eventos estressores da vida também parecem ser geneticamente influenciadas (SILBERG et al., 1999; SILBERG et al., 2001).

A Tabela 9 mostra que a maioria dos pacientes (71,3%) não apresentou sinais de depressão. A partir dos dados apresentados nessa tabela, é possível concluir que 23 pacientes (28,8%), o que corresponde à somatória dos *possíveis* com os *prováveis* casos de depressão,

apresentaram sintomas de depressão. Em alguns estudos, foram encontrados resultados similares (HAVRANEK; WARE; LOWES, 1999; SCHWEITZER; HEAD; DWYER, 2007).

No estudo de Havranek, Ware e Lowes (1999), identificou-se que um quarto da amostra avaliada, constituída por pacientes com insuficiência cardíaca, vivenciou a depressão. No estudo de Schweitzer, Head e Dwyer (2007), aproximadamente um terço dos pacientes referiram sintomas depressivos, sendo que 5,9% desses pacientes apresentaram depressão grave.

Os episódios depressivos caracterizam-se por humor, que varia de irritável a triste. A pessoa deprimida experimenta pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite ou peso (normalmente reduzidos), alteração de sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar e se concentrar ou pensamentos recorrentes sobre morte (STUART, 2001; BRASIL, 2007). Essa diminuição dos níveis de energia, associada à falta de motivação e aos sentimentos de desamparo e de dependência, prejudica a capacidade de autocuidado dos pacientes.

A ansiedade e a depressão, normalmente identificadas durante o processo de doença e de hospitalização, além de constituírem características definidoras do *Conhecimento deficiente*, podem interferir negativamente na motivação do paciente para aprender, dificultar a compreensão de informações importantes sobre a doença e o tratamento e impedir o estabelecimento de mecanismos apropriados de enfrentamento e de autocuidado.

Além disso, as doenças cardiovasculares como, por exemplo, a insuficiência cardíaca, a angina e as arritmias estão diretamente associadas à ocorrência de ansiedade (SHEIKH, 2003). No caso da ocorrência de depressão, a literatura também descreve relação com a doença cardíaca; no entanto, a relação dos fatores psicológicos e comportamentais envolvidos com o desenvolvimento desse transtorno ainda não está totalmente esclarecida (JOYNT; WHELLAN; O'CONNOR, 2003; MARGIS et al., 2003).

A ansiedade e a depressão podem interferir de forma negativa no processo de aceitação e conhecimento da doença e na adesão ao tratamento. Além disso, essas alterações podem interferir na capacidade de o indivíduo receber e armazenar informações (O'BRIEN, 2000).

Neste estudo, a ansiedade e/ou a depressão foram mensuradas, conforme descrito anteriormente, mediante a aplicação da *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS), que é uma escala simples, de fácil preenchimento, validada para a cultura brasileira, que fornece “pistas” sobre essas alterações. Com essa escala, é possível identificar traços ou sintomas de ansiedade e depressão em diferentes grupos de pessoas e em diferentes situações. É necessário esclarecer que este estudo não teve a pretensão de diagnosticar esses transtornos, visto que a confirmação diagnóstica, tanto da ansiedade como da depressão, depende de avaliações, não só fisiológicas ou comportamentais, mas também culturais, cognitivas e afetivas.

Considerando-se a definição de validação clínica (obtenção de manifestações do diagnóstico em um ambiente clínico real), a identificação dos *possíveis* e *prováveis* casos de ansiedade e depressão teve como principal objetivo identificar a presença da característica definidora *expressar alteração psicológica*.

Sabe-se que, assim como as características físicas do paciente, as características psicológicas também podem influenciar na capacidade de entendimento e aprendizagem. No entanto, neste estudo, não foram realizados testes para medir a relação entre a ocorrência de ansiedade e depressão como o conhecimento do paciente em relação à doença e ao tratamento cirúrgico.

A seguir, apresenta-se, na Tabela 10, as características definidoras do *Conhecimento deficiente*, segundo o número de concordância e discordância entre a pesquisadora e o enfermeiro especialista e o coeficiente de confiabilidade.

Tabela 10 - Características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo número de concordâncias e de discordâncias entre a pesquisadora (E1) e o enfermeiro especialista (E2) na identificação da característica e segundo o coeficiente de confiabilidade (R). São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Características definidoras	E1		E2		Concordâncias E1 e E2		Discordâncias E1 e E2		R	Rank
	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank		
Desempenho inadequado em teste*	76 (95)	1	78 (97,5)	1	76 (95)	1	4 (5)	9	0,91	1
Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde	76 (95)	1	78 (97,5)	1	76 (95)	1	4 (5)	9	0,91	1
Verbalização do problema*	70 (87,5)	2	33 (41,3)	4	22 (27,5)	9	58 (72,5)	1	0,18	7
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	45 (56,3)	3	47 (58,8)	2	66 (82,5)	7	14 (17,5)	3	0,47	2
Desvalorização das informações	36 (45)	4	41 (51,3)	3	67 (83,8)	6	13 (16,2)	4	0,40	3
Seguimento inadequado de instruções*	23 (28,8)	5	25 (31,3)	5	76 (95)	1	4 (5)	9	0,29	4
Não seguir a terapêutica prescrita	19 (23,8)	6	18 (22,5)	8	75 (93,8)	2	5 (6,2)	8	0,22	6
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	17 (21,3)	7	21 (26,3)	6	76 (95)	1	4 (5)	9	0,23	5
Memorização de informação deficiente	09 (11,3)	8	20 (25)	7	55 (68,8)	8	25 (31,2)	2	0,12	8
Questionamento repetitivo	06 (7,5)	9	13 (16,3)	9	68 (85)	5	12 (15)	5	0,10	9
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	01 (1,3)	10	9 (11,3)	11	70 (87,5)	4	10 (12,5)	6	0,05	11
Indicadores não-verbais de falta de atenção	01 (1,3)	10	10 (12,5)	10	71 (88,7)	3	09 (11,3)	7	0,06	10

* Categorias diagnósticas apresentadas pela NANDA (2006).

Observa-se, na Tabela 10, que as características definidoras identificadas com maior frequência, tanto pela pesquisadora (E1) como pelo enfermeiro especialista (E2) foi *desempenho inadequado em teste e expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde*, obtendo-se, em ambas, 95% de concordância entre os dois profissionais (E1 e E2) e maior índice de confiabilidade ($R=0,91$). Conclui-se que essas características representam importantes manifestações do *Conhecimento deficiente*, visto que foram classificadas como características definidoras *principais* na validação de conteúdo (Tabela 4) e foram identificadas com grande frequência no processo de validação clínica.

É importante ressaltar que, neste estudo, a *concordância* significou a frequência na qual a pesquisadora e o enfermeiro especialista concordaram na identificação ou não da característica definidora.

A *verbalização do problema* foi a segunda característica identificada com maior frequência pela pesquisadora. Essa característica foi identificada em 70(87,5%) pacientes pela pesquisadora e em apenas 33(41,3%) pelo enfermeiro especialista; sendo assim, a percentagem de concordância (27,5%) e o índice de confiabilidade ($R=0,18$) foram baixos. Isso pode ter ocorrido pelo fato de o enfermeiro especialista não ter avaliado pessoalmente o paciente, mas sim os instrumentos de coleta de dados preenchidos pela pesquisadora. O enfermeiro especialista pode não ter conseguido entender que a resposta negativa ao questionamento *o Sr(a) tem conhecimento em relação ao seu problema de saúde?*, por exemplo, significa *verbalizar* o problema e, por isso, pode não ter conseguido inferir a existência da característica definidora.

No estudo de Pokorny (1985), a maioria dos pacientes verbalizou o problema do déficit de conhecimento.

No caso da característica *seguimento inadequado de instruções*, observa-se, na Tabela 10, que foi identificado alto índice de concordância (95%), porém baixo coeficiente de

confiabilidade ($R = 0,29$). Isso ocorreu pelo fato da referida característica ter sido identificada em apenas 23(28,8%) pacientes pela pesquisadora e em 25(31,3%) pacientes pelo enfermeiro especialista. O mesmo ocorreu com as características *indicadores não-verbais de baixo entendimento* e *indicadores não-verbais de falta de atenção*, nas quais se obteve os menores valores de R (0,06 e 0,05, respectivamente).

Ao avaliar a fórmula proposta por Fehring (1987), para a obtenção do índice de confiabilidade entre o enfermeiro especialista e a pesquisadora no estabelecimento de uma característica definidora (R), observa-se que R é diretamente proporcional ao número de vezes que a característica definidora foi identificada. Isso significa que o R será alto quando a característica for identificada com grande frequência. Um valor R baixo pode significar que a característica definidora não é uma boa manifestação da categoria diagnóstica, visto que, em ambiente clínico real, ela não é frequentemente identificada. Pode-se observar que o R foi baixo para todas as características identificadas com pouca frequência.

Depois da característica *desempenho inadequado em teste*, as características identificadas com maior frequência, tanto pela pesquisadora como pelo enfermeiro especialista e que apresentaram maior R foram: *expressar alterações psicológicas* e *desvalorização de informações*.

A elevada frequência na qual foi identificada a *desvalorização de informações* constitui resultado importante, pois a valorização das informações e a motivação são fundamentais no processo de aprendizado no adulto.

No estudo de Agard, Hermeren e Herlitz (2004), a maioria dos pacientes não valorizava as informações relacionadas à doença e ao tratamento e apresentava postura passiva e indiferente em relação ao cuidado à sua saúde. Os pacientes que participaram do mencionado estudo, relataram não achar importante obter informações sobre a sua condição

de saúde, pelo fato de não serem capazes de resolver os problemas relacionados com a sua doença.

A Tabela 11, apresentada a seguir, mostra a pontuação média obtida na *escala de auto-avaliação* para as características definidoras da categoria diagnóstica em estudo.

Tabela 11 - Média ponderada, obtida a partir da pontuação atribuída pelos pacientes às características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Características definidoras	Amplitude		Média ponderada	Desvio padrão
	Mín.	Máx.		
Verbalização do problema: conhecimento deficiente em relação ao período pós-operatório imediato	0	1	0,66	0,46
Verbalização do problema: conhecimento deficiente em relação à causa da doença	0	1	0,60	0,47
Verbalização do problema: conhecimento deficiente em relação à cirurgia	0	1	0,60	0,47
Verbalização do problema: conhecimento deficiente em relação à doença	0	1	0,44	0,48
Desvalorização das informações	0	1	0,38	0,40
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	0	1	0,36	0,35
Memorização de informação deficiente	0	1	0,36	0,36
Desempenho inadequado em teste de conhecimento	0	1	0,33	0,29
Seguimento inadequado de instruções	0	1	0,24	0,37
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	0	1	0,23	0,37
Não seguimento das orientações da equipe de saúde	0	1	0,22	0,40
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	0	1	0,22	0,37
Indicadores não-verbais de falta de atenção	0	1	0,15	0,28
Questionamento repetitivo	0	1	0,13	0,27

Os dados apresentados na Tabela 11 foram obtidos mediante a utilização da *escala de auto-avaliação* (APÊNDICE J), que teve como objetivo investigar quais características definidoras seriam percebidas e o quanto seriam consideradas verdadeiras pelos próprios pacientes.

Na Tabela 11, observa-se que, de acordo com a avaliação dos pacientes, a característica definidora *verbalização do problema* constitui característica *secundária* e as outras características são *irrelevantes* (média ponderada inferior a 0,50). Desse modo, pode-se inferir que os pacientes não conseguem identificar em si mesmos outros sinais de *Conhecimento deficiente*, com exceção da *verbalização do problema*.

Os pacientes parecem não perceber que o fato de não valorizarem algumas informações referentes à sua doença ou de não seguirem as orientações da equipe de saúde pode indicar falta de conhecimento.

De fato, durante a coleta de dados, foi possível observar que os pacientes não reconheciam a sua limitação de conhecimento. A consciência dessa limitação parecia ser despertada após o questionamento da pesquisadora em relação aos diferentes aspectos relacionados à doença e ao tratamento cirúrgico.

No estudo de Agard, Hermeren e Herlitz (2004), número significativo de pacientes verbalizou nunca ter refletido sobre a definição de sua doença e sobre o seu limitado conhecimento em relação a ela. Para Russel (2006), a falta de percepção quanto à necessidade do conhecimento e da aprendizagem constitui importante barreira a ser transposta para que haja sucesso no processo de educação do paciente.

A seguir, apresenta-se a Tabela 12, que mostra o valor atribuído pelos expertos na validação de conteúdo e o coeficiente de confiabilidade entre a pesquisadora e o enfermeiro especialista para cada característica definidora.

Tabela 12 - Características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a pontuação obtida na validação de conteúdo e o coeficiente de confiabilidade (R). São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Características definidoras	Valor validação de conteúdo	R
Verbalização do problema*	0,96	0,18
Desempenho inadequado em teste*	0,83	0,91
Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde	0,83	0,91
Seguimento inadequado de instruções*	0,71	0,29
Memorização de informação deficiente	0,71	0,12
Indicadores não-verbais de baixo entendimento	0,69	0,06
Questionamento repetitivo	0,68	0,10
Desvalorização das informações	0,64	0,40
Não seguir a terapêutica prescrita	0,56	0,22
Indicadores não-verbais de falta de atenção	0,56	0,05
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	0,53	0,23
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	0,51	0,47

* Categorias diagnósticas apresentadas pela NANDA (2006).

A Tabela 12 tem como finalidade possibilitar a comparação entre a pontuação obtida na validação de conteúdo com o índice de confiabilidade entre o enfermeiro especialista e a pesquisadora (R) que, conforme descrito anteriormente, está diretamente relacionado à frequência de identificação de cada característica.

Analisando os dados apresentados na Tabela 12, conclui-se que apesar de os expertos considerarem algumas características definidoras como *principais* manifestações da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente*, na prática, algumas dessas manifestações não foram identificadas com frequência.

A seguir, apresentam-se dados referentes ao conhecimento dos pacientes em relação à DAC e à revascularização do miocárdio.

5.3 Conhecimento do paciente em relação à doença e ao tratamento cirúrgico

A seguir apresenta-se na Tabela 13, o número de pacientes que verbalizaram ter conhecimento em relação à doença e/ou ao tratamento cirúrgico e, conseqüentemente, não apresentaram a característica definidora *verbalização do problema*.

Tabela 13 - Verbalização de conhecimento em relação à doença e aos fatores que a causaram e em relação ao tratamento cirúrgico e ao período pós-operatório imediato. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Verbalização do conhecimento	n	%
em relação à doença	43	53,8
em relação ao tratamento cirúrgico	34	42,5
em relação à causa da doença	32	40,0
em relação ao período pós-operatório imediato	27	33,8

Os dados apresentados na Tabela 13 foram obtidos a partir da resposta dos pacientes a quatro questões fechadas (APÊNDICE C), relacionadas ao conhecimento sobre a doença, ao tratamento cirúrgico e ao período pós-operatório imediato, com o objetivo de identificar a característica definidora *verbalização do problema*.

Observa-se, na Tabela 13, que, com exceção do item *conhecimento em relação à doença*, a minoria dos pacientes verbalizou ter conhecimento, o que sugere que a maioria apresentou a característica definidora *verbalização do problema*.

Todos os pacientes da amostra referiram ter recebido informações sobre a doença e a necessidade da cirurgia pelo seu médico cardiologista. No estudo de Kubo et al. (2001), no qual um dos objetivos foi identificar o conhecimento de pacientes valvulopatas sobre a sua doença, também foi observado que as informações referentes à doença e ao tratamento foram dadas apenas pelo médico.

Tais resultados refletem a lacuna existente na assistência de enfermagem no que se refere à educação dos pacientes e a necessidade de sensibilização desses profissionais quanto à importância do ensino e fornecimento de informações referentes ao diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Estudos demonstram que muitos pacientes com insuficiência cardíaca possuem conhecimento inadequado em relação à sua doença e ao seu tratamento (HORAN et al., 2000; ROGERS et al., 2002), o que também pôde ser observado neste estudo, a partir dos dados apresentados a seguir na Tabela 14.

Tabela 14 - Desempenho dos pacientes no *Questionário para medir conhecimento*, em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a avaliação da pesquisadora. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Desempenho	n	%
Inadequado em relação à doença e ao tratamento cirúrgico	59	73,7
Inadequado em relação ao tratamento cirúrgico e adequado em relação à doença	11	13,8
Inadequado em relação à doença e adequado em relação ao tratamento cirúrgico	6	7,5
Adequado em relação à doença e ao tratamento cirúrgico	4	5
Total	80	100

Conforme descrito anteriormente, para avaliar o conhecimento do paciente em relação à doença e aos procedimentos relacionados ao tratamento e, conseqüentemente, investigar a presença ou a ausência da característica definidora *desempenho inadequado em teste*, o paciente respondeu 11 questões abertas, que compuseram o *questionário para medir conhecimento* (APÊNDICE C). Com base na avaliação das respostas de cada paciente, obteve-se resultados apresentados na Tabela 14.

Tal tabela mostra que, dos 80 pacientes que participaram do estudo, apenas quatro(5%) apresentaram *desempenho adequado* no *questionário para medir conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico*. Sendo assim, pode-se concluir que a grande maioria dos pacientes apresentou a característica definidora *desempenho inadequado em teste*.

Observa-se que 70(87,5%) pacientes apresentaram *desempenho inadequado em questionário para medir conhecimento em relação ao tratamento cirúrgico*, o que corresponde à soma dos pacientes que apresentaram *desempenho inadequado em relação à doença e ao tratamento cirúrgico* com os pacientes que apresentaram *desempenho inadequado em relação ao tratamento cirúrgico e adequado em relação à doença*. Esse resultado demonstra que grande parte dos pacientes não possuía conhecimento a respeito da cirurgia a que seria submetido, o que indiretamente demonstra falha no processo de preparo e de esclarecimento do paciente no período pré-operatório.

O enfermeiro e o médico possuem a obrigação (legal e moral) de informar o paciente quanto aos procedimentos, cuidados, complicações, riscos e benefícios relacionados à cirurgia e à anestesia, além de esclarecer dúvidas, utilizando linguagem acessível. O objetivo desse esclarecimento é suprir as necessidades de informação do paciente e contribuir para o processo de decisão em relação à assinatura de consentimento para fazer ou não determinado procedimento anestésico-cirúrgico (AURICCHIO; MASSAROLLO, 2007).

Observa-se, na Tabela 14, que 65(81,3%) pacientes apresentaram *desempenho inadequado em relação à doença*, resultado obtido a partir da soma dos pacientes que apresentaram *desempenho inadequado em relação à doença e ao tratamento cirúrgico* com os pacientes que apresentaram *desempenho inadequado em relação à doença e adequado em relação ao tratamento cirúrgico*. Esse resultado não era esperado, pois, sendo a DAC uma alteração crônica, esperava-se que a maioria dos pacientes avaliados, por conviver com essa doença, e com as limitações impostas por ela há algum tempo, apresentasse mais conhecimento e, conseqüentemente, melhor desempenho no *questionário para medir conhecimento*.

Outros estudos (HORAN et al., 2000; TOD et al., 2001; ROGERS et al., 2002; GARD; HERMEREN; HERLITZ, 2004) também mostraram a falta de conhecimento dos pacientes em relação à doença cardíaca.

Agard, Hermeren e Herlitz (2004) concluíram em estudo realizado que os pacientes possuíam conhecimento vago em relação aos diferentes aspectos da sua doença e demonstravam incerteza e dúvida ao serem questionados sobre a doença, respondendo as questões de forma vaga e incompleta.

Horan et al. (2000) ao avaliarem o conhecimento dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, observaram que a maioria apresentou conhecimento deficiente. Nesse estudo, os pesquisadores identificaram que 85% dos participantes não conheciam a ação dos medicamentos; 84% não sabiam da importância da restrição do sal na dieta; 67% não conheciam os medicamentos utilizados na insuficiência cardíaca congestiva; 63% não apresentavam conhecimento em relação à disfunção cardíaca e 49% não sabiam da importância da realização do exercício físico.

Os resultados encontrados neste estudo, assim como em outros (HORAN et al., 2000; TOD et al., 2001; ROGERS et al., 2002; GARD; HERMEREN; HERLITZ, 2004), mostram a falha existente na assistência prestada aos pacientes no que se refere à educação em saúde. Além da ausência de programas efetivos de orientação e de ensino nos hospitais, há também fatores relacionados aos próprios pacientes que interferem na aquisição de novos conhecimentos, entre eles o grau de valorização de informações referente à sua doença e ao seu tratamento, a motivação para aprender, a potencialidade individual para acessar, compreender e adquirir informações, o grau de instrução e o nível sócioeconômico.

Estudiosos reforçam a importância do ensino pré-operatório para aumentar o nível de conhecimento e a qualidade de vida dos pacientes, e para melhorar a adesão ao tratamento e diminuir a necessidade de hospitalização (AGARD; HERMEREN; HERLITZ, 2004;

ROGERS et al., 2002; HORAN et al., 2000). Sendo assim, faz-se necessária a sensibilização dos enfermeiros quanto à importância do seu papel educativo.

O respeito à autonomia do paciente deve fazer com que os profissionais forneçam informações sobre a doença e sobre o tratamento cirúrgico, que assegurem o esclarecimento e auxiliem na tomada de decisão adequada.

Outro aspecto importante a ser discutido é a ausência de percepção, por parte dos pacientes, da falta de conhecimento. Com base nos dados apresentados nas Tabelas 13 e 14, isto é, na comparação entre o número de pacientes que verbalizaram ter conhecimento (Tabela 13) com o número de pacientes que apresentaram *desempenho inadequado* no *questionário para medir conhecimento* (Tabela 14), pode-se inferir que os pacientes não possuem consciência do seu déficit de conhecimento e, portanto, da sua necessidade de aprendizagem. Não foram realizados testes de correlação dessas variáveis por não constituir o objetivo deste estudo. No entanto, considerando a importância desse resultado, sugere-se que, em estudos posteriores, essa relação seja explorada.

A seguir, apresenta-se, na Tabela 15, a distribuição dos pacientes, segundo o nível de escolaridade (anos de estudo) e o desempenho no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença e ao tratamento cirúrgico.

Tabela 15 - Desempenho dos pacientes no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo os anos de estudo. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Anos de estudo	Desempenho		Inadequado	
	Adequado n	%	n	%
Analfabeto	-		14	100
1 a 4 anos	-		21	100
5 a 8 anos	1	(4,3)	22	95,7
9 a 11 anos	2	(14,3)	12	85,7
Mais que 11 anos	1	(12,5)	7	87,5
Total	4	(5)	76	(95)

Observa-se, na Tabela 15, que, em todas as categorias de tempo de estudo, a maioria dos pacientes apresentou *desempenho inadequado* no questionário para medir conhecimento. Esses resultados não eram esperados, uma vez que se acreditava que, quanto maior o grau de instrução ou o nível de escolaridade do paciente, maior seria o seu nível de conhecimento em relação à doença e à cirurgia e, conseqüentemente, melhor seria o seu desempenho no questionário.

A seguir, apresenta-se, na Tabela 16, o desempenho dos pacientes no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio.

Tabela 16 - Desempenho dos pacientes no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, segundo a avaliação da pesquisadora e do enfermeiro especialista. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Avaliação pesquisador	Avaliação especialista	Adequado		Inadequado		Total	
		n	%	n	%	n	%
Adequado	n (%)	2	50	02	50	04	(5)
Inadequado	n (%)	0		76	100	76	(95)
Total		2	2,5	78	97,5	80	(100)

Observa-se, na Tabela 16, que, segundo a avaliação da pesquisadora, 76(95%) pacientes apresentaram *desempenho inadequado no questionário para medir conhecimento* em relação à doença e ao tratamento cirúrgico e, segundo a avaliação do enfermeiro especialista, 78(97,5%) pacientes apresentaram esse mesmo desempenho.

Com base nos dados apresentados na Tabela 16, foi calculado o Kappa, sendo identificado 0,66; o que indica existir forte concordância entre a pesquisadora e o especialista na identificação da característica definidora *desempenho inadequado em teste*. Ressalta-se que

além da forte concordância identificada pelo Kappa, a referida característica também apresentou alto coeficiente de confiabilidade (R) (Tabela 10).

A seguir, apresenta-se, na Tabela 17, o conhecimento dos pacientes em diferentes aspectos ou indicadores, relacionados à DAC e à revascularização do miocárdio.

Tabela 17 - Desempenho dos pacientes, segundo os indicadores avaliados no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença e à revascularização do miocárdio. São Paulo - SP, julho de 2006 a janeiro de 2007

Indicadores	Desempenho		Acertou toda questão		Acertou metade da questão		Acertou ¼ da questão		Errou toda a questão		Não soube responder	
	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank	n (%)	Rank
Nome da cirurgia	31 (38,8)	1	10 (12,5)	6	3 (3,8)	7	14 (17,5)	5	22 (27,5)	3		
Sinais e sintomas da doença	20 (25)	2	30 (37,5)	2	20 (25)	5	4 (5)	8	6 (7,5)	9		
Anestesia	20 (25)	2	6 (7,5)	8	2 (2,5)	8	6 (7,5)	7	46 (57,5)	2		
Causas da doença	15 (18,8)	3	15 (18,8)	3	23 (28,8)	3	10 (12,5)	6	17 (21,3)	5		
Procedimentos pré-operatórios	11 (13,8)	4	35 (43,8)	1	23 (28,8)	3	1 (1,3)	9	10 (12,5)	8		
Objetivos da cirurgia	9 (11,3)	5	15 (18,8)	3	25 (31,3)	2	26 (32,5)	2	5 (6,3)	10		
Medidas para minimizar a progressão da doença	9 (11,3)	5	13 (16,3)	4	23 (28,8)	3	25 (31,3)	3	10 (12,5)	8		
Sinais e sintomas de complicação da doença	7 (8,8)	6	9 (11,3)	7	21 (26,3)	4	24 (30,0)	4	19 (23,8)	4		
Nome da doença	4 (5)	7	12 (15)	5	6 (7,5)	6	42 (52,5)	1	16 (20)	6		
Cirurgia	3 (3,8)	8	10 (12,5)	6	6 (7,5)	6	14 (17,5)	4	47 (58,8)	1		
Período pós-operatório imediato	3 (3,8)	8	30 (37,5)	2	26 (32,5)	1	6 (7,5)	6	15 (18,8)	7		

A maior percentagem de acerto total foi 38,8% e se referiu a 31 pacientes que responderam corretamente toda a questão relacionada ao *nome da cirurgia*.

Quanto aos *sinais e sintomas da doença*, é possível verificar que 20(25%) pacientes acertaram toda a questão e 30(37,5%) acertaram metade dela. Observa-se que, de todos os indicadores apresentados na Tabela 17, os *sinais e sintomas* foi o indicador no qual os pacientes tiveram melhor desempenho, talvez pelo fato de muitos descreverem sua própria sintomatologia.

Assim como na questão relacionada aos *sinais e sintomas da doença*, na questão referente à *anestesia*, os pacientes apresentaram o segundo maior número de acerto total, no entanto, 46(57,5%) pacientes não souberam responder essa questão. Os resultados mostram que grande parte dos pacientes não recebeu informações ou esclarecimentos do cirurgião, do anestesiológico e do enfermeiro sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, bem como sobre os procedimentos relacionados ao preparo para a cirurgia.

Muitas vezes, o paciente é informado quanto à necessidade de ser submetido à cirurgia cardíaca, mas não lhe são fornecidas informações referentes aos procedimentos anestésico-cirúrgico, período pós-operatório imediato e retorno às atividades sociais e de trabalho.

Em relação à questão referente ao conhecimento dos *fatores que causaram a doença*, observa-se que 23(28,8%) pacientes acertaram apenas um quarto da questão, seguidos de 17(21,3%) que não souberam responder e 10(12,5%) que erraram toda a questão. Tais resultados constituem dados importantes, visto que 62,5% dos pacientes (resultado obtido a partir da somatória das porcentagens dos pacientes que *acertaram 1/4 da questão*, que *erraram a questão* e que *não souberam responder*) apresentam conhecimento deficiente em relação aos fatores causais da doença.

Resultados similares aos encontrados nesse estudo foram identificados em estudo internacional, no qual 105 participantes hospitalizados com diagnóstico de DAC foram

abordados para que descrevessem os fatores de risco cardiovasculares. Nesse estudo, 83 (79%) sujeitos descreveram de um a três fatores de risco modificáveis (tabagismo, hipertensão arterial e elevação do colesterol) e apenas sete (7%) descreveram todos os três fatores (ZERWIC; KING; WLASOWICZ, 1997).

Em outro estudo, desenvolvido no Instituto do Coração da Universidade de Ottawa, resultados diferentes foram encontrados. Nessa pesquisa, identificou-se que 93% dos participantes sabiam descrever os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Os pesquisadores atribuíram o alto nível de conhecimento dos participantes à atuação efetiva da Comissão de Prática Clínica do instituto responsável pelo processo de ensino dos pacientes (MOMTAHAN et al., 2004).

Quanto à questão referente aos *procedimentos pré-operatórios*, observa-se, na Tabela 17, que 35(43,8%) pacientes acertaram metade, 23(28,8%) acertaram $\frac{1}{4}$ da questão e apenas um (1,3%) errou toda essa questão. Esse resultado talvez possa ser justificado pelo fato de a maioria dos participantes já ter sido submetido a alguns desses procedimentos de preparo para a cirurgia.

Nessa mesma tabela, os resultados relacionados à questão *objetivos da cirurgia* indicam que 31(38,8%) pacientes erraram ou não souberam responder, sendo que apenas nove (11,3%) responderam corretamente a essa questão.

Quanto às *medidas para minimizar a progressão da doença*, observa-se que apenas nove pacientes (11,3%) acertaram a questão. Esse resultado é preocupante, uma vez que indica a falta de conhecimento desses pacientes em relação à importância de mudar o estilo de vida e de adquirir hábitos saudáveis.

Em um estudo irlandês (TIMMINS, KALISZER, 2003), no qual foi avaliada a necessidade de informação de pacientes cardíacos, o “manejo dos sintomas” constituiu a categoria indicada como de maior necessidade, tanto pelos pacientes, como pelos enfermeiros,

seguido pelas categorias “informações sobre medicamentos” e “fatores relacionados ao estilo de vida”.

No caso dos *sinais e sintomas de complicação da doença* observa-se, na Tabela 17, que, ao somar o número de pacientes que erraram toda a questão com o número de pacientes que não souberam responder a questão, obtém-se um total de 43 pacientes, o que corresponde a 53,8% da amostra.

A alta percentagem de pacientes (53,8%) que erraram ou não souberam responder a questão referente aos *sinais e sintomas de complicação da doença*, constitui um resultado interessante, uma vez que, Timmins (2005), em um trabalho de revisão de literatura, concluiu que os pacientes parecem priorizar as informações pertinentes à sobrevivência, como o controle dos sintomas e a influência do estilo de vida na ocorrência de novos eventos cardiovasculares.

Rogers et al. (2002) identificaram que os pacientes com insuficiência cardíaca crônica possuíam pouco conhecimento em relação à finalidade dos medicamentos e como amenizar ou tratar os sintomas da insuficiência cardíaca, e que tinham dificuldades em diferenciar o efeito das drogas com os sintomas da doença.

Agard, Hermeren e Herlitz (2004) realizaram estudo com o objetivo de explorar o conhecimento dos pacientes em relação à insuficiência cardíaca e identificaram que os pacientes apresentam pouco conhecimento em relação à doença. Nesse estudo, 85% dos pacientes avaliados não souberam definir insuficiência cardíaca, 62,5% dos pacientes não souberam informar se teriam que tomar medicamentos durante toda a vida e 22,5% dos pacientes não souberam descrever o mecanismo básico pelo qual a doença cardíaca causa a insuficiência cardíaca.

Em relação ao indicador *nome da doença*, observa-se que, ao somar o número de pacientes que erraram toda a questão, com os pacientes que não souberam responder a essa

questão, obtém-se o total de 58(72,5%) pacientes. Apenas quatro pacientes (5%) responderam essa questão corretamente.

Quanto aos indicadores *cirurgia e período pós-operatório imediato*, a Tabela 17 mostra que os pacientes também não apresentaram bom desempenho.

Observa-se, na Tabela 17, que, de maneira geral, os pacientes não apresentaram bom desempenho no *questionário para medir conhecimento*, uma vez que a percentagem de acerto total foi baixa em todos os indicadores ou questões. Tais resultados demonstram a necessidade da implementação de estratégias de ensino para pacientes coronariopatas a serem submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e de atuação mais efetiva do enfermeiro, no que diz respeito à ação educativa.

Pesquisas demonstram que melhor assistência de enfermagem, no que se refere à educação dos pacientes no período pré-operatório, pode diminuir as complicações no período pós-operatório, por diminuir os níveis de ansiedade (o que auxilia a retenção de informações), por facilitar a participação do paciente durante o seu restabelecimento e satisfazer suas necessidades de compreensão quanto aos procedimentos envolvidos no seu tratamento (MARTINS; TURKELSON, 2006; LAMARCHE; TADDEO; PEPLER, 1998).

Baggio, Teixeira e Portella (2001) realizaram estudo cujo objetivo foi identificar a percepção do paciente que será submetido à cirurgia cardíaca, acerca das orientações pré-operatórias fornecidas pela enfermagem. Nesse estudo, todos os pacientes referiram que as orientações recebidas foram importantes, pois proporcionaram tranquilidade e coragem para enfrentar as fases subseqüentes do seu tratamento (no caso, a cirurgia e o período pós-operatório imediato).

O processo de ensino do paciente cirúrgico consiste em antecipar as experiências que serão vivenciadas, iniciando-se pelos procedimentos de preparo para a cirurgia. Durante esse

processo, todas as dúvidas relacionadas ao período perioperatório devem ser sanadas (MARTINS; TURKELSON, 2006).

Martin e Turkelson (2006) descreveram itens importantes, relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico, que devem ser incluídos no processo de ensino do paciente que se encontra no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Entre esses itens destacam-se: as imagens e os sons do ambiente cirúrgico, a inserção de cateteres para monitorização, os medicamentos administrados no período pré-operatório imediato e suas sensações, a necessidade dos exercícios respiratórios (espirômetro), o tamanho da incisão cirúrgica; as expectativas na unidade de recuperação cardíaca, a disponibilidade de medicamento para dor pós-operatória e a presença intensiva da equipe de enfermagem, a presença e a permanência do tubo endotraqueal, as formas de comunicação e a atividade no período pós-operatório.

No período pré-operatório, é fundamental que o enfermeiro saiba equilibrar a quantidade e a qualidade de informações em função do tempo disponível. A seleção das informações deve ser feita a partir daquilo que o paciente conhece e do que precisa aprender, significando que o processo de ensino deve ser baseado nas necessidades de cada pessoa. Se o paciente não tem necessidade de conhecer detalhes relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico, não há porquê explicá-los. Antecipar situações e experiências que não constituem necessidades de aprendizagem do paciente pode repercutir de forma negativa, aumentando a ansiedade e o medo.

Ivarsson et al. (2007) realizaram estudo com o objetivo de descrever a percepção dos pacientes a respeito do recebimento de informações sobre possíveis complicações relacionadas à cirurgia cardíaca. Para isso, esses pesquisadores entregaram a um grupo de pacientes (controle) material contendo informações básicas referentes ao preparo para a cirurgia e ao procedimento anestésico-cirúrgico e, para outro grupo (experimental), além do

material com informações básicas (igual ao entregue ao grupo controle), entregaram outro material, contendo informações mais detalhadas. Esse estudo mostrou que os pacientes do grupo experimental ficaram mais satisfeitos com as informações recebidas, demonstraram estar mais preparados para eventuais complicações e mais atentos às questões discutidas com o cirurgião, quando comparados com os pacientes do grupo controle.

Além de saber equilibrar a quantidade e a qualidade de informações fornecidas ao paciente, Baggio, Teixeira e Portella (2001) ressaltam a importância de se identificar as particularidades de cada paciente em relação à necessidade de orientação.

Estudos mostram que os profissionais nem sempre identificam corretamente as necessidades de aprendizagem dos pacientes (TIMMINS, 2005; SUHONEN et al., 2005; TIMMINS, KALISZER, 2003). A partir de estudos revisados por Timmins (2005), concluiu-se que os pacientes e os profissionais atribuem diferentes graus de importância às diversas necessidades de aprendizagem. Segundo Suhonen et al. (2005), as informações fornecidas aos pacientes devem corresponder às suas necessidades e aos seus interesses, caso contrário, as orientações não serão assimiladas.

A equipe de enfermagem deve mostrar-se aberta e disponível para atender as necessidades de aprendizagem dos pacientes, deixando-os à vontade e confiantes para expressarem seus sentimentos e dúvidas.

Com o acelerado avanço da tecnologia a produção e a divulgação do conhecimento acontecem de forma muito rápida. É necessário aproveitar os recursos tecnológicos de informação para facilitar a aprendizagem do paciente e utilizá-los como ferramentas de apoio no processo de educação em saúde.

Pesquisadores europeus (BERANOVA; SYKES, 2007) realizaram revisão bibliográfica sistematizada, com o objetivo de levantar estudos para avaliarem o uso de programas computadorizados na educação de pacientes com doença cardíaca, e concluíram

que o uso desses programas constitui estratégia importante e que pode contribuir para o aumento do conhecimento dos pacientes em relação à DAC. Segundo esses pesquisadores, o computador deve ser utilizado como instrumento de educação em saúde, pois se trata de ferramenta bem-aceita por indivíduos de todas as idades.

Infelizmente, no Brasil o computador não constitui ferramenta de ensino acessível a todos os indivíduos, considerando as características socioeconômicas e educacionais da maioria da população. Sendo assim, os profissionais da saúde devem estabelecer estratégias de ensino mais simples, embasadas no estilo de aprendizagem do paciente, e fornecer as informações de acordo as necessidades individuais.

6 CONCLUSÕES

Validação de conteúdo

- as características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio, classificadas como principais, foram: *verbalização do problema* (0,96), *desempenho inadequado em teste* (0,83) e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* (0,83);
- as características definidoras, classificadas como secundárias, foram: *seguimento inadequado de instruções* (0,71), *memorização de informação deficiente* (0,71), *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (0,69), *questionamento repetitivo* (0,68), *desvalorização das informações* (0,64), *não seguir a terapêutica prescrita* (0,56), *indicadores não-verbais de falta de atenção* (0,56), *falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias* (0,53) e *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) (0,51);
- a característica *comportamentos impróprios ou exagerados* (0,34) foi considerada insuficiente para caracterizar o *Conhecimento deficiente*.

Validação clínica

- as características definidoras identificadas com frequência superior a 50%, tanto pela pesquisadora (E1) como pelo enfermeiro especialista (E2), foram: *desempenho inadequado em teste* e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* (identificadas em 76 pacientes ou 95% da amostra por E1 e 78 pacientes ou 97,5% da amostra por E2) e *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) (identificado em 45 pacientes ou 56,3% da amostra por E1 e 47 pacientes ou 58,8% da amostra por E2);
- a característica definidora *verbalização do problema* foi identificada em 70 pacientes (87,5%) por E1 e em apenas 33 pacientes (41,3%) por E2;

- a característica definidora *desvalorização das informações* foi identificada em 36 pacientes (45%) por E1 e em 41 pacientes (51,3%) por E2;
- com exceção da característica definidora *verbalização do problema*, na qual se obteve 27,5% de concordância entre E1 e E2, em todas as outras foram obtidos índices de concordância superior a 68%. O índice de concordância entre E1 e E2 nas demais características definidoras foi: *desempenho inadequado em teste* (95%), *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* (95%), *seguimento inadequado de instruções* (95%), *falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias* (95%), *não seguir a terapêutica prescrita* (93,8%), *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (88,7%), *indicadores não-verbais de falta de atenção* (87,5%), *questionamento repetitivo* (85,0%), *desvalorização das informações* (83,8%), *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) (82,5%) e *memorização de informação deficiente* (68,8%);
- as características definidoras, nas quais foi obtido maior coeficiente de confiabilidade (R), foram *desempenho inadequado em teste* e *expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde* (R = 0,91), seguido de *expressar alteração psicológica* (ansiedade, depressão) (R = 0,47) e *desvalorização das informações* (R = 0,40);
- as características definidoras nas quais foram obtidos menores R foram: *indicadores não-verbais de falta de atenção* (R = 0,05) e *indicadores não-verbais de baixo entendimento* (R = 0,06);

Conhecimento do paciente em relação à doença e ao tratamento cirúrgico

- quarenta e três pacientes (53,8%) verbalizaram ter conhecimento em relação à doença, 34(42,5%) em relação ao tratamento cirúrgico, 32(40%) em relação à causa da doença e 27(33,8%) em relação ao período pós-operatório imediato;
- cinquenta e nove pacientes (73,3%) apresentaram desempenho inadequado em relação à doença e ao tratamento cirúrgico, 11(13,8%) em relação à doença e cinco (7,5%) em relação ao tratamento cirúrgico;
- quatro pacientes (5,0%) apresentaram desempenho adequado no *questionário para medir conhecimento* em relação à doença e ao tratamento cirúrgico;
- sessenta e um pacientes (76,3%) erraram ou não souberam responder a questão referente à *cirurgia*, 58(72,5%) a questão referente ao *nome da doença*, 52(65,0%) a questão referente à *anestesia*, 43(53,8%) a questão referente aos *sinais e sintomas de complicação da doença*, 36 (45%) a questão referente ao *nome da cirurgia*, 35(43,8%) a questão referente ao conhecimento das *medidas para minimizar a progressão da doença*, 31(38,8%) aquela referente aos *objetivos da cirurgia*, 27 (33,8%) a questão referente aos *fatores que causaram a doença* e 21(26,3%) a questão referente ao *período pós-operatório imediato*;
- cinquenta (62,5%) pacientes conseguiram descrever os *sinais e sintomas da doença*, acertando toda ou metade da questão e 46(57,5%) os *procedimentos pré-operatórios*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Conhecimento deficiente* em relação à doença e ao tratamento constitui importante diagnóstico de enfermagem, visto que reflete a necessidade do paciente de informação e conhecimento (CONLEY, 1998). O reconhecimento dessa categoria diagnóstica, a partir da identificação de características definidoras consistentes, poderá subsidiar o enfermeiro na elaboração de estratégias de ensino, visando a melhora da qualidade de vida do paciente, auxiliar na adesão à terapêutica medicamentosa, incentivar a mudança de comportamento e controlar os sintomas da doença.

Os resultados identificados neste estudo mostraram que o *desempenho inadequado em teste* é uma característica definidora importante do diagnóstico *Conhecimento deficiente*. A partir dessa constatação, ao fazer tal inferência diagnóstica, é fundamental que o enfermeiro identifique o desempenho do paciente em um teste para medir o seu conhecimento em relação a um tema específico.

Ressalta-se que nem sempre é possível encontrar testes que sejam adequados para mensurar o conhecimento de pacientes, família e/ou cuidadores, em relação a um determinado assunto. Ao iniciar este estudo, uma das dificuldades foi conseguir um teste ou questionário que pudesse medir o conhecimento do paciente em relação à sua doença e ao seu tratamento cirúrgico, sendo necessária a construção de um instrumento para esse fim. Daí a importância dos estudos de construção, validação e adaptação transcultural de instrumentos, que possuam, como objetivos, identificar o grau de conhecimento dos pacientes e as suas necessidades de aprendizagem.

Ao refletir sobre as características definidoras do diagnóstico em estudo, identificadas no processo de validação clínica, conclui-se que a *verbalização do problema* também constitui uma importante manifestação da falta de conhecimento. No entanto, o fato de os

pacientes não verbalizarem o déficit de conhecimento não significa que eles não o tenham. Os pacientes podem não ter a consciência da falta de informação ou, ainda, pensar que possuem conhecimento, quando, na verdade, isso não é observado.

Os resultados identificados neste estudo demonstram a falha existente na assistência de enfermagem no que se refere ao ensino do paciente cirúrgico. Sabendo-se dos benefícios da educação do paciente e dos resultados positivos alcançados com o processo de ensino, o enfermeiro deve se capacitar para realizar essa função de forma efetiva.

O presente estudo poderá sensibilizar enfermeiros quanto à importância da implementação de estratégias de ensino do paciente, no sentido de contribuir para a promoção e restabelecimento da saúde.

Antes de iniciar o processo de planejamento da assistência com foco no ensino, é fundamental que o enfermeiro reconheça as necessidades de aprendizagem do paciente e as barreiras para compreensão e assimilação das informações.

As necessidades de aprendizagem, relacionadas à saúde, devem ser identificadas de forma individual, visto que podem variar, dependendo do conhecimento prévio, do grau de instrução, do nível socioeconômico, da capacidade cognitiva e da memória do paciente.

O profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que permanece maior parte do tempo próximo ao paciente, além de identificar suas necessidades de aprendizagem, bem como os fatores que podem interferir no seu processo de ensino, deve identificar o seu estilo preferencial de aprendizagem. As pessoas são diferentes, e possuem preferências distintas em relação à forma de receber informações. Existem estilos diferentes de aprendizagem, isto é, existem caminhos individuais nos quais ocorre o processo de aprendizado de informações. Existem pessoas que assimilam um conteúdo com maior facilidade, lendo ou visualizando as informações a partir de algum recurso audiovisual (estilo visual). Já outras pessoas absorvem melhor as informações se as receberem de forma verbal (estilo auditivo). Há, ainda, pessoas

no qual o processo de aprendizado é mais efetivo quando a estratégia de aprendizagem é dinâmica e envolve sua participação direta (estilo cinestésico).

É necessário considerar ainda que alguns pacientes podem apresentar limitação cognitiva e, por isso, não compreenderem as informações. É possível que o paciente tenha medo ou vergonha de fazer perguntas referentes à sua doença, ou ao tratamento a que será submetido. É possível, ainda, que os pacientes não expressem suas dúvidas por pensarem que a equipe de saúde não está disponível para fornecer tais informações.

Para que esse processo de ensino seja efetivo, é fundamental que o enfermeiro estabeleça relacionamento de confiança com o paciente, colocando-se à disposição para retirar suas dúvidas e satisfazer suas necessidades de aprendizagem, e que conheça os princípios do aprendizado no adulto (RUSSEL, 2006).

A aprendizagem do adulto é influenciada por diversos fatores, entre eles o grau de motivação, a experiência de aprendizagem prévia e o nível de engajamento no processo de educação (RUSSEL, 2006). Conhecer esses fatores, bem com a cultura do paciente, pode ajudar o enfermeiro a definir as estratégias que serão implementadas para o ensino, e a adequar o material e o vocabulário a serem utilizados, com o nível social e com os valores culturais do paciente (O'BRIEN, 2000).

No adulto, a assimilação e o entendimento de um conteúdo específico são mais efetivos quando incentivados pela necessidade (O'BRIEN, 2000). Por exemplo, o paciente que sofreu um IAM pode se sentir motivado para conhecer os fatores que causaram essa alteração e as orientações necessárias para prevenir a ocorrência de novos episódios. Logo, conclui-se que o sucesso da educação em saúde depende da identificação das informações que o paciente valoriza e manifesta interesse em conhecer.

Os resultados deste estudo poderão auxiliar os enfermeiros na identificação das características definidoras da categoria diagnóstica *Conhecimento deficiente* e, desse modo,

contribuir para a aplicação desse diagnóstico na prática profissional.

Sugere-se que novos estudos de validação de diagnóstico sejam realizados de forma a contribuir para a compreensão e utilização das categorias diagnósticas na prática clínica.

Por fim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos de validação clínica da categoria *Conhecimento deficiente* em relação à doença e ao tratamento, em outras populações específicas, com o objetivo de subsidiar a ação educativa do enfermeiro.

Pretende-se, em outro estudo, relacionar as características definidoras do diagnóstico *Conhecimento deficiente* em relação à doença e ao tratamento com as características sociodemográficas, culturais e emocionais dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGARD, A., HERMEREN, G.; HERLITZ, J. When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. **Heart lung.**, St. Louis, v. 33, n. 4, p. 219-226, july/aug. 2004.

ANDERSSON, P.; LEPPERT, J. Men of low socio-economic and education level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. **J. cardiovasc. risk.**, London, v.8, n. 6, p. 371-377, dec. 2001.

ARTINIAN, N. T. et al. Self-care behaviors among patients with heart failure. **Heart lung.**, St. Louis, v. 31, n. 3, p. 161-172, may/June 2002.

AURICCHIO, A. M.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.13-20, 2007.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F. Validação de conteúdo para o diagnóstico "mobilidade física prejudicada" em pacientes idosos adultos: uma contribuição. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 66-72, out./nov. 2002.

BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 122-139, jan. 2001.

BALDESSARINI, R. J. Tratamento farmacológico da depressão e dos transtornos de ansiedade. In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S. **Goodman & Gilman**: as bases farmacológicas da terapêutica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. cap. 17, p.383-410.

BARTEK, J. K.; LINDEMAN, M.; HAWKS, J. H. Clinical validation of characteristics of the alcoholic family. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v.10, n.4, p. 158-167, oct./nov. 1999.

BERGAMASCO, E. C. et al. Diagnóstico de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 57, n. 2, p.170-177, mar./apr. 2004.

BERANOVA, E.; SYKES, C. A. A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. **Patient educ. couns.**, Limerick, v. 66, n. 1, p.21-28, apr. 2007.

BOISVERT, C. Validation of four nursing diagnosis in France: a preliminary report. In: RANTZ, M. J.; LEMONE, P. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses**: proceeding of the eleventh conference. St. Louis: Mosby, 1995. p.182-188.

BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.29, n.5, p. 355-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: indicadores de saúde. 2005. [texto na Internet]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. CID-10-Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2007. v.1. (sítio na Internet). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>. Acesso em: 30 maio 2007.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n.3/B, p.777-781, 2003.

BRUKWITZKI, G.; HOLMGREN, C.; MAIBUSCH, R.M. Validation on the Defining characteristics of the Nursing Diagnosis ineffective airway clearance. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 63-9, apr./jun. 1996.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S. **Goodman & Gilman**: as bases farmacológicas da terapêutica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. p.657-837.

CARLSON-CATALANO, J. et al. Clinical validation of ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance, and impaired gas exchange. **J. nurs. scholarsh.**, Indianapolis, v.30, n. 3, p.243-248, 1998.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Alegre: ArteMed, 2005. 1024p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Racial/ethnic and socioeconomic disparities in multiple risk factors for heart disease and stroke – United States, 2003. **MMWR MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT**, Atlanta, v. 54, n. 5, p. 113-117, fev. 2005

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 2, p. 38-46.

CHARNEY, D. S.; MIHIC, S. J.; HARRIS, R.A. Hipnóticos e sedativos. In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S. **Goodman & Gilman**: as bases farmacológicas da terapêutica. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. cap. 16, p.359 - 381.

COHAN, C.; PIMM, J. B; JUDE, J. R. **Coping with heart surgery and bypassing depression**: a family's guide to the medical emotional, and practical issues. Boston: Psychosocial Press, 1998.

CONLEY, V. M. Beyond knowledge déficit to a proposal for information-seeking behaviors. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 9, n.4, p.129-135, oct./dec. 1998.

CORRÊA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 12, n.1, p.5-14, jan./mar. 2000.

DUARTE, P. S. et al. Associação entre fatores de risco para doença arterial coronariana e coronariopatia em pacientes submetidos a cintilografia e perfusão do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.88, n.3, p. 304-313, mar. 2007.

ESPECIALISTA. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.1225.

EVANGELISTA, L. S; BERG, J.; DRACUP, K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. **Heart lung.**, St. Louis, v. 30, n. 4, p. 294-301, july/aug. 2001.

EVANGELISTA, L. S.; DRACUP, K.; DOERING, L. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. **Prog. cardiovasc. nurs.**, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 97-103, 2000.

EXPERTO. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.1288.

FERING, R. J. The Fering model. In: CARROLL-JOHNSON, R M. (Ed.). **Classification of the nursing diagnosis**: proceeding of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott, 1994.p. 55-62.

_____. Validating diagnostic labels: standard methodology. nursing diagnosis. In: HURLEY, M. (Ed.). **Classification of the nursing diagnosis**: proceeding of the sixth conference. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

_____. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart lung.**, St. Louis, v.16, n.6, p.625-629, nov. 1987.

FERREIRA, C.; CARNEIRO, M. T. R. C. **Prevenção das doenças do coração – fatores de risco.** São Paulo: Atheneu, 1999.

FITZSIMONS D. et al. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. **Heart lung.**, St. Louis, v.32, n.1, p.23-31, jan./feb. 2003.

FITZSIMONS D.; PARAHOO, K.; STRINGER, M. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. **J. adv. nurs.**, Oxford, v.32, p.1243-52, nov. 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. psychiatr. res.**, Oxford, v.12, p. 189-198, 1975.

FOX-YOUNG, S. K. Issues in the assessment of expert nurses: purposes standards and methods. **Nurse educ. today**, West Yorkshire, v. 15, p. 96-100, Apr. 1995.

FU, M. et al. A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 12, n.1, p.15-27 p.15-27, Jan/Mar, 2001.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.11, n.3, p. 24-31, set/dez. 1998.

GALDEANO, L. E. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirúrgica cardíaca.** 2002. 180p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006.

GORDON, M.; SWEENEY, M. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Adv. nurs. sci.**, Germantown, v.2, n.1, p.1-15, Oct. 1979.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res. nurs. health**, New York, v. 20, n. 3, p. 269-274. Jun. 1997.

_____.; KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 2, n. 4, p. 181-185, Oct./Dec. 1991.

HAVRANEK, E. P.; WARE, M. G.; LOWES, B. D. Prevalence of depression in congestive heart failure. **Am. j. cardiol.**, New York, v. 84, n. 3, p. 348-350, 1999.

HORAN M. et al. The basics of heart failure management: are they being ignored? **Eur. j. heart fail.**, New York, v. 2, n. 1, p. 101-105, Mar.2000.

HOSKINS, L. M. How to do validation study. In: RANTZ, R. M.; LeMONE, P. (Eds.). **Classification of the nursing diagnosis**: proceeding of the twelfth conference. Glendale: Lippincott, 1997. p. 79-86.

_____. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Eds.) **Classification of the nursing diagnoses**: proceeding of the eighth conference. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-131.

HOSPITAL BENEFICENCIA PROTUGUESA. Sobre nós. [texto na Internet]. 2005. Disponível em: <http://www.beneficencia.org.br/indexaboutus.htm>. Acesso em: 17 mar. 2005.

IVARSSON, B.; LARSSON, S.; LÜHRS, C.; SJÖBERG, T. Patients perceptions of information about risk at cardiac surgery. **Patient educ. couns.**, Limerick, v. 67, n. 1-2, p.32-38, July 2007.

JAARSMA, T. et al. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. **Heart lung.**, St. Louis, v. 29, n. 5, p. 319-329, set./oct. 2000.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 769-776, oct. 1994.

JENNY, J. Knowledge deficit: not a nursing diagnosis. **Image**, Indianápolis, v.19, n.4, p.184-5, 1987.

JESUS, C.A.C. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem**. 2000. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

JOYNT, K. E.; WHELLAN, D. J.; O'CONNOR, C. M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. **Biol. psychiatr.**, New York, v.54, n. 3, p.248-261, aug. 2003.

KELLER, S. M. Nursing management of the cardiac surgical patient. In: DOLAN, J. T. **Critical care nursing: clinical management through the nursing process**. Philadelphia: F.A. Davis, 1991. cap.45, p.957-983.

KIM, M. J. et al. Clinical validation of cardiovascular nursing diagnoses. In: KIM, M. J.; McFARLAND, G. K.; McLANE, A. M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceeding of the fifth national conferences**. St. Louis: Mosby, 1984. p.128-138.

KOIVULA, M. et al. Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. **Heart lung.**, St. Louis, v. 30, n. 4, p. 302-311, july/aug. 2001.

KUBO, K. M. et al. Subsídios para a assistência de pacientes com valvopatia mitral. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.9, n. 3, p.33-42, maio 2001.

LAMARCHE, D.; TADDEO, R.; PEPLER, C. The preparation of patient for cardiac surgery. **Clin Nurs Res**, Newbury Park, v.7, n.4. p. 390-405, nov. 1998.

LAMONT, S. C. Discomfort as potential nursing diagnosis: a concept analysis and literature review. **Int. j. nurs. terminol. classif.**, Philadelphia, v.14, n.4, p.5, oct./dec. 2003.

LEVIN, R. Who are the experts? – a commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 12, n.1, p.29-32, jan./mar. 2001.

LEVIN, R. F. et al. Diagnostic content validity of nursing diagnoses. **Image**, Indianapolis, v.21, n.1, p.40-44, 1989.

LEVY, D. et al. The progression from hypertension to congestive heart failure. **JAMA**, Chicago, v.275, n.20, p.1557-1562, may 1996.

LINDSAY, P. et al. Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. **Heart lung.**, St. Louis, v. 26, n.6, p. 485-465, nov./dec.1997.

LIEN-GIESCHEN, T. Validation of social isolation related maturational age: elderly. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 4, n. 1, p. 37-44, jan./mar. 1993.

MACHADO, L. B. et al. Incidência de cirurgia cardíaca em octogenários: estudo retrospectivo. **Rev. bras. anesthesiol.**, Campinas, v. 53, n. 5, p. 646-53, set./out. 2003.

MALLICK, M.; WHIPPLE, T. W. Validity of the nursing diagnosis of relocation stress syndrome. **Nurs. res.**, New York, v.49, n. 2, p.97-100, mar./apr. 2000.

MANSUR, A. P. et al. Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996. **Arq. Bras. cardiol.**, São Paulo, v. 76, n.6, p.427-440, jun. 2001.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 25, suppl. 1, p. 65-74, abr. 2003.

MARTINS, C. G.; TURKELSON, S. L. Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. **J. cardiovasc. nurs.**, Frederick, v. 21, n. 2, p. 109-117, mar./apr. 2006.

MCLENNAM, M.; ANDERSON, G. S.; PAIN, K. Rehabilitation learning needs: patient and family perceptions. **Patient educ. couns.**, Limerick, v. 27, n. 2, p.191-199, mar.1996.

MCKEIGHEN, R. J.; MEMHMERT, P. A.; DICKEL, C. A. Validation of the nursing diagnosis knowledge deficit. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.) Classification of the nursing diagnosis, 8., 1989. Philadelphia. **Proceedings...** Philadelphia: Lippincott, 1989, p. 359-363.

MOMTAHAN, K. et al. Patients' understanding of cardiac risk factors – a point-prevalence study. **J. cardiovasc. nurs.**, Frederick, v. 19, n. 1, p. 13-20. jan./feb. 2004.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

O'BRIEN, P. G. Patient and family teaching. In: LEWIS, S. M.; HEITKEMPER, M. M.; DIRKSEN, S. R.. **Medical Surgical Nursing**. 6.ed. St Louis: Mosby, 2000. p. 43-56. cap.4.

OGASAWARA, C. et al. Validation of the characteristics of body image disturbance in Japan. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 10, n.1, p.15-20, jan./mar. 1999.

OLIVA, A. P. V.; CRUZ, D. A. L. M. Decreased cárdia output; validation with postoperative heart surgery patientes. **Dimens. crit. care nurs.**, Lakewood, v.22, n.1, p.39-44, jan/feb. 2003.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T. C. M. Validation of anxiety by Brazilian nurses **Int. j. nurs. terminol. classif.**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 7, oct./dec. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1993. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 30 maio 2007.

PARKER; L.; LUNNEY, M. Moving beyond content validation on nursing diagnosis, **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 9, n, 4, p. 144-150, oct./dec. 1998.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM, 1999.

PEHLER, S. R. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 55-66, apr./jun. 1997.

POKORNY, B. E. Validating a diagnostic label: knowledge deficits. **Nurs. clin. North America**, Massachusetts, v. 20, n.4, p.641-655, dec. 1985.

_____. A study to determine the defing characteristics of the nursing diagnosis of knowledge déficit. In: Classification of nursing diagnoses, 6., 1986, St. Louis. **Proceedings...** St. Louis: Mosby, 1986. p.484 - 490.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Coleta dos dados de pesquisa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.247-284.

PORTO, C. C. Exame físico geral. In: _____. **Semiologia médica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.3-155.

POSSÍVEL. In: HOUAISS, A.; V ILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2271.

POZO J. I. Aprendizes e mestres: a nova cultura da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2002. In: _____. **Aprendizagem de fatos e comportamentos**, p.169-187. Cap. 8

PROVÁVEL. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 2320.

RANKIN S. H; STALLINGS K. D. Educational theories for teaching and motivating patients. In: _____. **Patient education: issues, principles, practices**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher, 1996. p. 99-119. cap. 6

RIBEIRO FILHO, F. F; MARIOSA, L. S.; FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. Gordura visceral e síndrome metabólica: mais que uma simples associação. **Arq. Bras. endocrinol. metab.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 230-38, abr. 2006 .

ROCHA, V. Z.; LIBBY, P. Biologia vascular da aterosclerose e complicações agudas do ateroma. In: NOBRE, F.; SERRANO JUNIOR, C. V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005. cap. 1, p. 541-554.

ROCKWELL, J. M.; RIEGEL, B. Predictors of self-care in persons with heart failure. **Heart lung**, St. Louis, v. 30, n. 1, p.18-25, jan./feb. 2001.

ROGERS, A. et al. A qualitative study chronic heart failure patient's understanding of their symptoms and drug therapy. **Eur J Heart Failure**, New York, v. 4, n. 3, p. 283-7, 2002.

ROSAMOND, W. et al. Heart disease and stroke statistics - 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, Dallas, n. 115, 2007. Disponível em: <<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/5/e69.pdf>>. Acesso em: ?

ROSSI, L. A. et al. Déficit de volume de líquidos: perfil de características definidoras no paciente portador de queimaduras. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.6, n. 3, p.85-94, jul. 1998.

RUSSEL, S. S. Na overview of adult-learning processes. **Urol. nurs.**, Portland, v.26, n. 5, p.349-370, oct. 2006.

SANTANA, M.E. de; SAWADA, N. O. Paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 658-63, nov./dez. 2002.

SCHWEITZER, R. D., HEAD, K.; DWYER, J. W. Psychological factors and treatment adherence behavior in patient with chronic heart failure. **J. cardiovasc. nurs.**, Frederick, v. 22, n. 1, p. 76-83, jan./feb. 2007.

SHEIKH, J. I. Anxiety in older adults: assessment and management of three common presentations. **Geriatrics**, v. 58, n.5, p. 44-45, may 2003.

SILBERG, J.; RUTTER, M.; NEALE, M.; EAVES, L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. **Br. j. psychiatr.**, London, v.179, n.2, p. 116-21, aug. 2001.

SILBERG, J. et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v. 56, n. 3. p. 225-32, mar. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. Diretrizes da cirurgia de evascularização miocárdica. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 82, suppl. 5, p.1-20, 2004.
SPARKS, S. M.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the diagnostic content validity model. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 5, n.1, p.31-35, jan./mar. 1994.

STUART, G. W. Respostas de ansiedade e transtornos de ansiedade de enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. I. (Orgs.). **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2001. p.305-30.

SUHONEN, R. et al. Patient's informational needs and information received do not correspond in hospital. **J. clin. nurs.**, Oxford, v.14, n.10, p.1167-1176, nov. 2005.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J. H. Manual de enfermagem no cuidado crítico – intervenções em enfermagem e problemas colaborativos. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. **Disfunções cardiovasculares** p.314.

TIMMINS, F. A review of information needs of patients with acute coronary syndromes. **Nurs crit. care**, v. 10, n. 4, p. 174-183, july/aug. 2005.

TIMMINS, F.; KALISZER, M. Information needs of myocardial infarction patients. **Eur. j. cardiovasc. nurs.**, Amsterdam, v. 2, n. 1, p. 57-65, apr. 2003.

TOD, A. M. et al. Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. **Br. med. j.**, London, v. 323, n. 7306, p.214-217, july 2001

WALL, B. M.; PHILIPS, J. P.; HOWARD, J. C. Validation of increased intracranial pressure and high risk for increased intracranial pressure. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 5, n.2, p.74-81, apr./june.1994.

WHITEHEAD, D. Health promotion and health education: advancing the concepts. **J. adv. nurs.**, Oxford, v. 47, n. 3, p.311-320, aug. 2004.

WHITLEY, G. G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnosis. **Nurs. diagn.**, Philadelphia, v. 10, n.1, p.5-14, jan./mar.1999.

WIESEKE, A. et al. A content validation study of five nursing diagnoses by critical care nurses. **Heart lung.**, St. Louis, v. 23, n. 4, p.345-351, july /aug. 1994.

VALIDAR. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p.2825.

VASAN, R. S. et al. Antecedent blood pressure and risk of cardiovascular disease – the Framingham Heart Study. **Circulation**, Baltimore, v. 105, n. 1, p. 48-53, jan. 2002.

ZAGO, M. M. F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.27, n.1, p.67-71, abr. 1993.

ZERWIC, J. J.; KING, K.; WLASOWICZ, G. S. Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease. **Heart lung.**, St. Louis, v. 26, n. 2, p.92-98, 1997.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatr. scand.**, Copenhagen, v.67, n. 6, p.361-370, june 1983.

ZORNOFF, L. A. M. et al. Conceito e avaliação clínica da doença arterial crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO JR, C.V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005. cap. 3, p. 563-570.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo Consentimento Livre e Esclarecido (1ª etapa do estudo)

1. Autora: Luzia Elaine Galdeano
2. Título da pesquisa: Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio
3. Nome do(a) profissional: _____

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da primeira etapa da pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio”, que tem como um dos objetivos realizar a validação de conteúdo do referido diagnóstico.

Caso aceite participar, você deverá responder o questionário de identificação e o instrumento de coleta de dados da 1ª etapa do estudo, seguindo as instruções em anexo. Esse material será enviado via correio e via *internet*.

Nada será cobrado, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação neste estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato.

É importante ressaltar que sua participação é voluntária e que, portanto, você poderá recusar-se a participar, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Desde já agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Declaro que apresentei para _____ o objetivo deste trabalho, a forma e a condição de participação no estudo, o instrumento de pesquisa a ser respondido e os benefícios desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ 2005.

Luzia Elaine Galdeano

Eu, abaixo assinado, confirmo que Luzia Elaine Galdeano, explicou-me os objetivos desta pesquisa, as atividades que serão realizadas e as condições da minha participação. Eu li e compreendi este termo. Portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário(a) desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ 2005.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (2ª etapa do estudo)

1. Autora: Luzia Elaine Galdeano
2. Título da pesquisa: Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio
4. Nome do(a) paciente: _____

Caro(a) Sr(a):

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da segunda etapa da pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio”, que tem como objetivo investigar o que o(a) Sr(a) conhece e o(a) que o(a) Sr(a) não conhece a respeito do seu estado de saúde e do tratamento indicado.

Caso aceite participar, o(a) Sr(a) deverá responder verbalmente a algumas perguntas relacionadas ao seu grau de instrução, ao seu nível sócioeconômico e ao seu estado de saúde. As respostas do(a) Sr(a) em relação a sua doença e ao seu tratamento serão gravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora.

Não será cobrado nada, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação neste estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. É importante ressaltar que sua participação é voluntária e que, portanto, você poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa e ao seu cuidado.

Desde já agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Declaro que apresentei para _____ o objetivo deste trabalho, a forma e a condição de participação no estudo, o instrumento de pesquisa a ser respondido e os benefícios desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ 2006.

Luzia Elaine Galdeano

Eu, abaixo assinado, confirmo que Luzia Elaine Galdeano, explicou-me os objetivos desta pesquisa, as atividades que serão realizadas e as condições da minha participação. Eu li e compreendi este termo. Portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário(a) desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ 2006.

APÊNDICE C - Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento (2ª etapa do estudo)

Questões para verbalização do problema

- O(a) Sr(a) tem conhecimento em relação ao seu problema de saúde? () Sim () Não
 O(a) Sr(a) tem conhecimento em relação ao que causou a sua doença? () Sim () Não
 O(a) Sr(a) tem conhecimento em relação a cirurgia a que será submetido(a)? () Sim () Não
 O(a) Sr(a) tem conhecimento em relação a como será o período imediatamente após a cirurgia?
 () Sim () Não

Conhecimento em relação ao processo da doença arterial coronariana
<p>Indicador: Familiaridade com o nome da doença. Pergunta 1: Qual é o nome da sua doença? Respostas esperadas*: Doença arterial coronariana; Doença coronariana; Obstrução das coronárias; Obstrução das artérias do coração; Coronárias entupidas; Estreitamento dos vasos do coração; Acúmulo de gordura nos vasos do coração.</p>
<p>Indicadores: Descrição dos fatores de risco Pergunta 2: Em sua opinião, quais os fatores que causaram a doença? Resposta esperada*: História familiar de doença arterial coronariana, idade (acima de 45 anos para homens e acima de 55 para mulheres), tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, diabetes, estresse, má alimentação (alimentos gordurosos, pobre em frutas e verduras), elevação do colesterol, ingestão excessiva de álcool.</p>
<p>Indicador: Descrição dos sinais e sintomas. Pergunta 3: Quais os sinais e sintomas da sua doença? Resposta esperada*: Angina (ou dor no peito ou sensação de peso de pressão, que pode ser sentida/localizada nos ombros e/ou nos braços ou pescoço e mandíbula), falta de ar, palpitações (ou <i>batedeira</i>), arritmias (ou batimento cardíaco irregular), tonteira, náusea e cansaço (esses sintomas ocorrem principalmente após esforços físicos, alimentação, atividade sexual, situações estressantes).</p>
<p>Indicador: Descrição das medidas para minimizar a progressão da doença. Pergunta 4: Em sua opinião, o que deve ser feito para retardar a evolução dessa doença e evitar complicações? Resposta esperada*: Mudar o estilo de vida, adquirindo hábitos saudáveis. Controlar/reduzir o peso; realizar exercícios físicos; realizar atividades de relaxamento para prevenir o estresse (tentar diminuir o estado de tensão e de ansiedade); aumentar o consumo de alimentos saudáveis (verduras e frutas e carnes magras) e evitar alimentos gordurosos (leite integral, queijos gordurosos, carne gorda, gema de ovo, miúdos, biscoitos amanteigados, frituras...); reduzir a gordura no sangue (colesterol e triglicérides); controlar a hiperglicemia (pacientes diabéticos); não fumar e controlar a pressão arterial.</p>
<p>Indicador: Descrição dos sinais e sintomas de complicação da doença. Pergunta 5: Quais os sinais e sintomas que indicam complicação da sua doença? Resposta esperada*: Dor intensa, de ocorrência mais freqüente, com início aos pequenos esforços ou mesmo durante o repouso; dor intensa e prolongada que não é aliviada por repouso ou por medicamento oral; suor excessivo; agitação, ansiedade, sensação de morte eminente; batimentos fortes do coração; sensação de desmaio; batimentos cardíacos irregulares, palidez; lábios, mãos e pés com coloração azulada.</p>

* Foram aceitas outras respostas, expressas pelos pacientes mediante outras palavras que continham o mesmo significado das respostas esperadas.

Conhecimento em relação aos procedimentos anestésico-cirúrgicos
<p>Indicador: Familiaridade como o nome da cirurgia</p> <p>Pergunta 6: Qual o nome da cirurgia a qual o(a) Sr (a) será submetido(a)?</p> <p>Respostas esperadas*: Revascularização do miocárdio (nº de pontes); colocação de pontes (indicação nº).</p>
<p>Indicador: Descrição dos procedimentos pré-operatórios</p> <p>Pergunta 7: Após a internação hospitalar, quais os procedimentos que deverão ser realizados?</p> <p>Resposta esperada*: Exames pré-operatórios (exames laboratoriais, radiografia de tórax, eletrocardiograma, cateterismo cardíaco...); exercícios respiratórios orientados por fisioterapeutas; orientação de enfermagem quanto ao preparo pré-operatório, avaliação física e emocional multiprofissional (cirurgião, anestesiológico, enfermeiro...); jejum pelo menos oito horas antes da cirurgia; raspagem dos pêlos (tricotomia) dos pulsos (radial direita e esquerda), das virilhas (região inguinal) e do tórax até no máximo três horas antes da cirurgia; recebimento de medicamento para diminuir a ansiedade e facilitar o sono (pré-anestésico) na véspera da cirurgia e uma hora antes da mesma.</p>
<p>Indicador: Descrição de como será a cirurgia</p> <p>Pergunta 8: O(a) Sr (a) poderia descrever como será essa cirurgia?</p> <p>Resposta esperada*: Será retirada uma veia (ou vaso) da perna (safena) ou será utilizado um vaso do próprio tórax (considerar <i>artéria mamária</i>) que será <i>costurada</i>, em uma das suas extremidades, a um grande vaso do coração (aorta) e a outra extremidade no vaso (artéria coronária) abaixo do local obstruído. Dessa forma, o sangue será desviado do local obstruído, a partir da ponte formada pelo vaso <i>costurado</i> (enxerto da veia safena e/ou artéria mamária), e irá nutrir o músculo cardíaco.</p>
<p>Indicador: Descrição de como será a anestesia</p> <p>Pergunta 9: O(a) Sr (a) sabe qual será a anestesia realizada nessa cirurgia? O(a) Sr(a) poderia descrever como será essa anestesia?</p> <p>Resposta esperada*: Será anestesia geral. O anestesista irá administrar um anestésico pela veia (endovenoso) produzindo sono e perda da memória, em seguida, iniciará a anestesia geral fazendo com que haja perda total da sensibilidade. Todos os músculos estarão relaxados e não conseguirei respirar sozinho, sendo assim, será necessária a introdução de um tubo na traquéia (tubo endotraqueal) para respirar por mim.</p>
<p>Indicador: Descrição dos objetivos da cirurgia</p> <p>Pergunta 10: O(a) Sr (a) sabe para que serve essa cirurgia? Quais são os objetivos dessa cirurgia?</p> <p>Resposta esperada*: O objetivo da cirurgia é substituir os vasos lesados/obstruídos, a partir da realização de pontes, evitando, com isso, a dor no peito (angina) e o risco de ocorrer um ataque cardíaco.</p>
<p>Indicador: Descrição dos procedimentos de recuperação anestésica (pós-operatório imediato)</p> <p>Pergunta 11: O(a) Sr (a) poderia descrever como será o período imediatamente após a cirurgia? O que acontecerá nesse período? Que procedimentos serão realizados?</p> <p>Resposta esperada*: Após a cirurgia serei encaminhado a uma unidade de cuidados intensivos. Ainda estarei sob efeitos da anestesia e por isso, ainda estarei com o tubo na traquéia e com um aparelho que me ajudará a respirar. Quando eu “acordar” sentirei um desconforto na garganta devido ao tubo. Quando retomar a consciência e conseguir respirar sozinho, esse tubo será retirado. Estarei também com cateteres para receber medicamento, fios para monitorar os meus batimentos cardíacos e a minha pressão, tubos no tórax (drenos) e uma sonda vesical. Esses cateteres, tubos e sondas serão retirados progressivamente.</p>

* Foram aceitas outras respostas, expressas pelos pacientes mediante outras palavras que continham o mesmo significado das respostas esperadas.

APÊNDICE D - Questionário de avaliação da valorização de informações (2ª Etapa do estudo)

- 1) Assim que o(a) Sr(a) soube da existência da sua doença (doença arterial coronariana), o(a) Sr(a) procurou saber mais informações sobre essa doença?

- 2) Que tipo de informação relacionada à sua doença o(a) Sr(a) julga ser importante conhecer? Por quê?

- 3) Depois que o(a) Sr(a) ficou sabendo que seria submetido a uma cirurgia (revascularização do miocárdio) o(a) Sr(a) procurou alguma informação sobre os procedimentos relacionados à anestesia e à cirurgia?

- 4) Que tipo de informação relacionada à anestesia e/ou à cirurgia que será submetido(a) o(a) Sr(a) julga importante conhecer? Por quê?

- 5) Existe alguma informação relacionada à sua doença, à anestesia e/ou à cirurgia que em sua opinião precisa ser explicada de forma mais clara e detalhada?

APÊNDICE E - Instrumento de validação de conteúdo diagnóstico (1ª etapa do estudo)

Conhecimento deficiente: *ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada* (NANDA, 2006) a doença coronariana, aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e ao período pós-operatório imediato

Definição operacional - paciente demonstra ou verbaliza falta de informações ou informações errôneas referentes a seu estado de saúde, a doença coronariana, aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e ao período pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio.

Características definidoras:

1) Verbalização do problema

Definição operacional - paciente verbaliza falta de conhecimento em relação ao seu problema de saúde (doença coronariana), em relação aos fatores que desencadearam a doença, e/ou em relação aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e/ou em relação ao período pós-operatório imediato.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

2) Seguimento inadequado de instruções

Definição operacional - paciente verbaliza ou demonstra não seguir de forma adequada/cuidadosa as orientações da equipe de saúde (relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas) ou cuidador ou família relatam que o paciente não segue adequadamente as orientações da equipe de saúde, relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

3) Desempenho inadequado em teste

Definição operacional - paciente apresentou pontuação igual ou inferior a três nas questões referentes ao conhecimento da doença arterial coronariana e/ou nas questões referentes ao conhecimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos do *Questionário para medir conhecimento* (APÊNDICE C).

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

4) Comportamentos impróprios ou exagerados

Definição operacional - paciente assume comportamento inadequado para a situação, como rir ou chorar sem parar, gritar, falar demais.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

5) Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde

Definição operacional - paciente percebe e expressa conhecimento falho, imperfeito, inexato acerca do seu problema de saúde, que desencadeou a doença e/ou de como será o seu tratamento.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

6) Não seguir a terapêutica prescrita

Definição operacional - paciente verbaliza ou demonstra não seguir as condutas indicadas pela equipe de saúde para o alívio e a diminuição dos sintomas ou cura da doença, independente de apresentar condições econômicas (dinheiro para conseguir medicamentos e alimentos saudáveis) e sociais (ajuda de amigos e familiares) favoráveis.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

7) Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias

Definição operacional - paciente verbaliza ou expressa falta de associação e adequação do tratamento às suas atividades cotidianas, independente de condições adversas (como situação socioeconômica desfavorável).

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

8) Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)

Definição operacional - paciente apresenta pontuação igual ou superior a oito na *Escala hospitalar de de ansiedade e depressão (Hospital anxiety and depression scale - HADS)* (Anexo B), aplicada pela pesquisadora.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

9) Indicadores não-verbais de baixo entendimento

Definição operacional - franze a testa aproximando as sobrancelhas; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta olhar vago.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico	<input type="checkbox"/> Este item não é característico
--	---	---	---	---

APÊNDICE F - Refinamento do instrumento de coleta de dados

Estamos construindo um instrumento que será utilizado para realizar a validação de conteúdo, segundo modelo de Fehring (1987)*, do diagnóstico de enfermagem *Conhecimento deficiente* em pacientes no período pré-operatório de revascularização do miocárdio. No momento estamos realizando a validação de aparência e conteúdo do instrumento que será utilizado na primeira etapa do estudo e, para isso, gostaríamos de contar com a sua valiosa contribuição. Você foi escolhido para desenvolver essa etapa do estudo devido ao seu conhecimento e/ou sua grande experiência clínica.

O Modelo de validação de conteúdo diagnóstico (VCD) proposto por Fehring, consiste na obtenção de opiniões de profissionais expertos no assunto em estudo em relação ao grau em que determinadas características definidoras representam determinado diagnóstico.

Para cada evidência clínica, os profissionais, que futuramente serão convidados a realizar a validação das características definidoras, deverão escolher uma entre cinco alternativas (muitíssimo, muito, de algum modo, pouco e nada característico) indicando o quanto cada evidência caracteriza o diagnóstico *conhecimento deficiente*.

Diante disso pergunta-se:

- 1) As características definidoras são suficientes para representar o diagnóstico em questão?
- 2) Em sua opinião, existem outras características definidoras que poderiam ser acrescentadas no instrumento? Quais?
- 3) As definições operacionais estão descritas de forma clara e objetiva? Representam coerentemente as características definidoras?
- 4) Alguma alteração deverá ser feita para melhorar o instrumento?
- 5) Expresse a sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo do instrumento.

Observações:

- as respostas aos questionamentos acima podem ser realizadas no verso desta folha;
- as alterações necessárias, segundo sua opinião, podem ser feitas no próprio instrumento.

Obrigada pela sua colaboração,

Luzia Elaine Galdeano

* FEHRING; R. J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung, v.16, n.6, p.625-9, Nov. 1987.

APÊNDICE G - Instruções para o preenchimento e devolução do material da 1ª etapa do estudo

O instrumento de coleta de dados, elaborado para a primeira etapa da pesquisa, está constituído de características definidoras e de cinco possibilidades de resposta, a saber:

Este item é muitíssimo característico	Este item é muito característico	Este item é de algum modo característico	Este item é pouco característico	Este item não é característico
---------------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------

Essas possibilidades de resposta correspondem ao grau em que cada evidência clínica (característica definidora) caracteriza a categoria diagnóstica *conhecimento deficiente* em indivíduos adultos. Você deverá escolher uma, entre as cinco alternativas (*muitíssimo, muito, de algum modo, pouco e nada característico*), indicando o quanto cada evidência caracteriza o diagnóstico em estudo.

Para facilitar o entendimento das características definidoras foram elaboradas definições operacionais para cada uma delas e acrescentadas ao instrumento.

Solicito que leia atentamente a definição da categoria diagnóstica *conhecimento deficiente*, as características definidoras do diagnóstico com suas respectivas definições operacionais e as possibilidades de resposta e, a partir daí, responda o instrumento.

É muito importante que você responda todos os itens.

O item intitulado *outras características definidoras* é destinado a sua contribuição quanto ao acréscimo de outras características que julgar ser pertinente.

Todo o material deverá ser devolvido, com exceção de uma das cópias do termo de consentimento livre e esclarecido, que deverá ficar com você. O material devidamente preenchido deverá ser colocado dentro do envelope selado, lacrado e encaminhado a postagem no prazo, se possível, de 20 dias a contar da data de recebimento do mesmo. Esse material, caso seja a sua preferência, também poderá ser devolvido por e-mail (legaldeano@gmail.com).

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE H - Formulário de identificação

Idade: _____ Sexo: _____ e-mail _____

Tempo de exercício na profissão (anos): _____

Formação: _____

(licenciatura, especialização, mestrado, doutorado)

Área de atuação: _____

(cardiologia, clínica médica, ensino, etc)

Tempo de experiência no uso diagnósticos de enfermagem na prática clínica ou a área de educação e ensino _____

Sua dissertação referente a diagnósticos de enfermagem ou a área de educação e ensino?

sim não não se aplica

Sua tese é referente a diagnósticos de enfermagem ou a área de educação e ensino?

sim não não se aplica

Sua monografia é referente a diagnósticos de enfermagem ou a área de educação e ensino?

sim não não se aplica

Possui trabalhos publicados em revistas de referencia sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre educação e ensino?

sim quantos? _____ não

Possui trabalhos apresentados em eventos sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre educação e ensino?

sim quantos? _____ não

APÊNDICE I - Questionário para avaliação geral (2ª etapa do estudo)

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Sexo: _____
 Data de coleta de dados: ___/___/___ Data de admissão: ___/___/___ Data da cirurgia: ___/___/___
 Diagnóstico médico (motivo da internação): _____
 Doenças prévias: _____

II) NÍVEL EDUCACIONAL

Qual a escolaridade do(a) Sr(a) _____

III) RENDA FAMILIAR

Qual a renda familiar? _____

IV) MEDICAMENTOS EM USO (descrever os medicamentos que o paciente faz uso e grifar os medicamentos que podem interferir na capacidade de aprendizagem)

Quais os medicamentos o(a) Sr(a) fazia uso em casa? _____

Medicamentos utilizados durante internação: _____

V) COMUNICAÇÃO

Conteúdo: divagante resposta verbal ausente
 dificuldade em encontrar as palavras corretas ao falar
 resposta inapropriada

Problemas: incapacidade de produzir a fala capacidade de falar prejudicada
 questionamento repetitivo incapacidade em se comunicar por escrito

Outras considerações importantes: _____

(expressão facial/corporal, incongruência entre mensagens verbais e não verbais, pensamentos claros, coerentes, lógicos, confusos)

VI) SENSO-PERCEPÇÃO

Nível de consciência

(perceptividade e reatividade diminuídas ou inalteradas, comunicativo)

b) Orientação e memória

Percepção dolorosa

Apresenta dor no momento da entrevista

Especificar: origem _____ característica (contínua, intermitente, em queimação, em pontadas, dilacerante...)
 _____ intensidade (utilizar a escala numérica de mensuração da dor) _____

Apresenta dor crônica Intensidade da dor: _____

Percepção sensorial

-Acuidade visual: Dificuldade de ver objetos ou pessoas Intensidade: _____

Dificuldade de ler Intensidade: _____

Incapacidade de ver objetos ou pessoas Incapacidade de ler

Outras alterações: _____

-Acuidade auditiva: Incapacidade de distinguir os sons. Dificuldade de distinguir os sons.

Lado: _____

Uso de aparelho auditivo: Lado: _____

Outras alterações: _____

APÊNDICE J - Escala de auto-avaliação (2ª etapa do estudo)

Instruções para o preenchimento do instrumento:

Esta escala tem como objetivo identificar a sua opinião sobre sentimentos e comportamentos que podem frequentemente ocorrer com o Sr(a).

Para cada item dessa escala o(a) Sr(a) deverá marcar com um “X” a opção que melhor indica o seu sentimento ou comportamento.

As possibilidades de respostas são:

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico ou verdadeiro em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico ou verdadeiro em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico ou verdadeiro em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico ou verdadeiro em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico ou não é verdadeiro em mim
---	--	--	--	--

Solicito que leia atentamente aos itens e, a partir daí, responda o instrumento de acordo a sua opinião.

Marque apenas uma resposta para cada item. Lembre-se que não há resposta certa ou errada, apenas estamos interessados em sua opinião.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Itens:

1) Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação ao meu problema de saúde.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

E/ou

Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação ao que causou a doença.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

E/ou

Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação à cirurgia que irei fazer.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

E/ou

Já falei para uma ou mais pessoas que tenho pouco (ou nenhum) conhecimento em relação a como será o período imediatamente após a cirurgia.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

2) Não sigo de forma adequada as orientações dadas pela equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista...), em relação ao tratamento, à atividade física, às restrições na dieta e a outros cuidados

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

3) Não fui bem no teste de conhecimento que acabei de fazer, no qual foram feitas algumas perguntas relacionadas a minha doença e a cirurgia que irei fazer.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

4) Não sigo as orientações dadas pela equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista...). O fato de não seguir essas orientações nada tem a ver com a minha condição financeira (como falta de dinheiro para comprar os medicamentos, por exemplo) e com o fato de não ter ajuda da minha família e dos meus amigos.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

5) Não consigo conciliar o tratamento da minha doença com o meu dia-a-dia. Essa dificuldade em tratamento com o meu dia-a-dia nada tem a ver com condições financeiras (como falta de dinheiro para comprar os medicamentos, por exemplo) e com o fato de não ter ajuda da família e dos amigos.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

6) Sinto-me apreensivo, tenho sensações de insegurança, de incerteza e sentimento de impotência. Sinto-me aborrecido, triste, infeliz e incapaz

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

7) Quando não entendo alguma orientação fornecida pelo médico ou pela enfermeira, não falo nada. Disfarço, fico quieto, não respondo, balanço a cabeça e olho para o lado.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

8) Tenho dificuldades em guardar e me lembrar de todas informações. Esqueço das coisas com facilidade.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

9) Às vezes eu pergunto várias vezes a mesma coisa.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

10) Tenho dificuldades em prestar atenção, em me concentrar no que está sendo feito ou falado.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

11) Não considero importante conhecer a minha doença, o que a causou e como será a cirurgia. Não considero ser necessário ter informações sobre o assunto.

<input type="checkbox"/> Este item é muitíssimo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é muito característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é de algum modo característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item é pouco característico em mim	<input type="checkbox"/> Este item não é característico em mim
---	--	--	--	--

APÊNDICE L - Carta com esclarecimentos sobre o estudo e instruções para o refinamento dos instrumentos de coleta de dados elaborados pela pesquisadora e utilizados na 2ª etapa do estudo.

Gostaria de agradecê-la por participar da primeira etapa do meu estudo, atuando como experto no processo de validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico *Conhecimento deficiente*.

Nesse momento estou iniciando a 2ª etapa do estudo que consiste na validação clínica do diagnóstico em questão, isto é, na obtenção de evidências ou manifestações clínicas, a partir de um ambiente real do diagnóstico *Conhecimento deficiente*. Para essa etapa, foram elaborados quatro instrumentos (*Questionário para avaliação geral, Questionário para avaliação do conhecimento em relação à doença e ao tratamento, Questionário para avaliação da valorização de informações e Escala de auto-avaliação*).

Devido à sua valiosa contribuição na 1ª etapa do meu estudo, gostaria de convidá-la para realizar a validação de aparência e conteúdo desses novos instrumentos.

Caso aceite em participar peço gentilmente que você analise o instrumento, considerando o objetivo proposto e responda as questões abaixo. Peço também que após análise, você envie todo o material, via correio, utilizando o envelope selado e endereçado que segue anexo.

Muito obrigada.

1) As questões são suficientes para identificar a presença ou ausência do diagnóstico *Conhecimento deficiente* em pacientes no período pré-operatório de revascularização do miocárdio?

2) Em sua opinião, existem outras questões que poderiam ser acrescentadas nos instrumentos? Quais?

3) As questões estão descritas de forma clara e objetiva?

4) Alguma alteração deverá ser feita para melhorar os instrumentos?

5) Expresse a sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo dos instrumentos.

Desde já agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Observações:

- as respostas aos questionamentos acima podem ser realizadas no verso desta folha;
- as alterações necessárias, segundo sua opinião, podem ser feitas no próprio instrumento.

APÊNDICE M - *Check-list* das características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente em relação à doença e ao tratamento

- () Verbalização do problema
- () Seguimento inadequado de instruções
- () Desempenho inadequado em teste
- () Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde
- () Não seguir a terapêutica prescrita
- () Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias
- () Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)
- () Indicadores não verbais de baixo entendimento
- () Memorização de informação deficiente
- () Questionamento repetitivo
- () Indicadores não verbais de falta de atenção
- () Desvalorização de informações

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Beneficência Portuguesa
Diretoria Clínica
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Maestro Cardim, 769 - São Paulo
Telefone 3253-5022

Análise de Projeto de Pesquisa

CEPesq 226/04

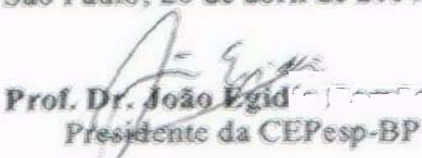
Conhecimento deficiente em pacientes no período pré-operatório de revascularização do miocárdio: validação segundo modelo de Fehring.

Pesquisador: Luiza Elaine Galdeano

Prezado (a) Senhor (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa - CEPesp-BP, analisou o Protocolo de Pesquisa acima mencionado, bem como o termo de consentimento, em reunião no dia 28 de abril de 2004, tendo concordado com os pareceres emitidos pelos Relatores designados, optando por:

Aprovar o projeto

São Paulo, 28 de abril de 2004

Prof. Dr. João Egídio
Presidente da CEPesp-BP

Prof. Dr. João Egídio Romão Júnior
Presidente da CEPesp-BP

ANEXO B - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (2ª etapa do estudo)

Essa escala tem como objetivo identificar como o Sr(a) está se sentindo.

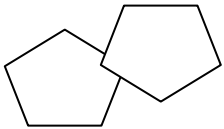
O(a) Sr(a) deverá ler todas as frases e marcar com um “X” a resposta que melhor corresponde a como o(a) Sr(a) tem se sentido na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Nessa escala as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 3 2 1 0	Eu me sinto tenso ou contraído: () A maior parte do tempo () Boa parte do tempo () De vez em quando () Nunca
D 0 1 2 3	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: () Sim, do mesmo jeito que antes () Não tanto quanto antes () Só um pouco () Já não sinto mais prazer em nada
A 3 2 1 0	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: () Sim, e de um jeito muito forte () Sim, mas não tão forte () Um pouco, mas isso não me preocupa () Não sinto nada disso
D 0 1 2 3	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: () Do mesmo jeito que antes () Atualmente um pouco menos () Atualmente bem menos () Não consigo mais
A 3 2 1 0	Estou com a cabeça cheia de preocupações: () A maior parte do tempo () Boa parte do tempo () De vez em quando () Raramente
D 3 2 1 0	Eu me sinto alegre: () Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () A maior parte do tempo
A 0 1 2 3	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: () Sim, quase sempre () Muitas vezes () Poucas vezes () Nunca
D 3 2 1 0	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: () Quase sempre () Muitas vezes () De vez em quando () Nunca

ANEXO C - Mini-exame do estado mental (MEM)* (2ª Etapa do estudo)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 ponto) _____	_____
2) Em que mês estamos? (1 ponto) _____	_____
3) Em que ano estamos? (1 ponto) _____	_____
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) _____	_____
5) Qual a hora aproximada?* (1 ponto) _____ *(considerar variação de mais ou menos 1 hora)	_____
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
6) Em que local nós estamos? * (1 ponto) _____ *(consultório, dormitório – apontando para o chão)	_____
7) Que local é este aqui?** (1 ponto) _____ **(apontando ao redor num sentido mais amplo – hospital, casa...)	_____
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ponto) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que país nós estamos? (1 ponto) _____	_____
MEMÓRIA IMEDIATA	
11) Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: Carro (1 ponto), Vaso (1 ponto), Tijolo (1 ponto) (se houver erro, repetir as palavras até três vezes)	_____
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	
12) $100-7 = \underline{\quad}$ (1 ponto) 13) $93-7 = \underline{\quad}$ (1 ponto) 14) $86-7 = \underline{\quad}$ (1 ponto)	
15) $79-7 = \underline{\quad}$ (1 ponto) 16) $72-7 = \underline{\quad}$ (1 ponto) 65	_____
(se houver erro, corrija-o e prossiga, considerar correto se o paciente se autocorrigir)	
EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS	
17) Quais são as palavras que o Sr (a) acabou de repetir? _____ (Carro/ Vaso/ Tijolo (1 ponto para cada palavra))	_____
NOMEAÇÃO	
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
REPETIÇÃO	
19) Por favor, repita a frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto – se a repetição for perfeita)	_____
COMANDO	
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e devolva-o para mim (1 ponto) (não dar dica para o paciente)	_____
LEITURA	
21) FECHE OS OLHOS (mostrar a frase e pedir para o indivíduo fazer o que é solicitado) (1 ponto)	_____
FRASE	
22) Escreva uma frase (1 ponto): _____ _____	_____
(alguma frase que tenha começo meio e fim, para a correção não considerar erros gramaticais ou ortográficos)	
CÓPIA DO DESENHO (1 ponto)	
23) 	
TOTAL	_____

* Fonte: Brucki et al., 2003.