



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

CLÁUDIA GABRIELLE DA SILVA

**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Recife

2019

CLÁUDIA GABRIELLE DA SILVA

**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

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

Recife

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4 1010

S586v Silva, Cláudia Gabrielle da.
Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca / Cláudia Gabrielle da Silva. – 2019.
85 f.: tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.
Dissertado (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Conhecimento. 2. Diagnósticos de enfermagem. 3. Insuficiência cardíaca. 4. Educação em saúde. 5. Processo de Enfermagem. I. Frazão, Cecília Maria Farias de Queiroz. (Orientadora). II. Título.

610.73

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2020-039)

CLÁUDIA GABRIELLE DA SILVA

**VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 26/12/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiros Frazão (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Examinadora Interna) Universidade
Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira (Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobretudo porque, em todos os momentos e nas maiores fraquezas e dificuldades, de alguma forma me manteve de pé. Mesmo quando não achei que pudesse me levantar. Ele sempre esteve lá, na forma de amigos, abraços, sorrisos, brisa e lavanda. Deus sempre está lá.

Aos meus pais, Geruza Maria da Silva e José Cláudio da Silva, por todo o amor e cuidado no meu desenvolvimento e por sempre priorizarem a educação, com todo o esforço, zelo e dificuldade. Conseguiram.

Ao meu irmão Carlos William, por todas as suas piadas sem graça e abraços amorosos. Sei que posso contar com você. Sempre.

A toda a minha família e queridos primos que sempre tinham um abraço saudoso.

Aos amigos por toda a compreensão da ausência.

À minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiros Frazão. Admiro o quanto esteve comigo neste caminho e o quanto por você eu segui em frente. Obrigada! Obrigada pelos ensinamentos e elegância em todas as broncas merecidas. Tenha certeza de que me ensinou muito.

À Prof.^a Dr.^a Sheila Coelho por toda a tranquilidade, paz e aconchego dos conselhos.

A quem torceu e comemorou a aprovação desta conquista.

À Nina, que sempre esteve comigo.

À vida, por nos mostrar que é possível tornarmo-nos cada dia melhores, mais fortes e sensíveis. E por nos ensinar que não temos a resposta. Este é o mistério e a graça de viver.

Por fim, dedico este trabalho a todos que não tiveram a oportunidade de estudar. Aos meus queridos pais e irmão e a mim mesma por ter continuado.

RESUMO

A educação em saúde implementada pelo enfermeiro tem como objetivo instrumentalizar os pacientes com insuficiência cardíaca sobre o conhecimento da sua doença/tratamento, com foco para a adesão terapêutica e, conseqüentemente, a redução da morbidade e mortalidade. Para executá-la, o enfermeiro, por meio do Processo de Enfermagem, elenca as reais necessidades, nomeando-as como diagnósticos de enfermagem. Uma das necessidades pode ser identificada como o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, o qual é um dos 70 diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I com necessidade de validação para assegurar uma terminologia baseada em evidências. Dessa forma, este estudo teve como objetivo validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Se trata de uma pesquisa metodológica, a qual teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº: 3.267.149 e CAAE nº: 08322819.8.0000.5208. Foi realizada em duas etapas: validade teórico-causal e validação de conteúdo por especialistas. Para a primeira etapa, foi construída uma Teoria de Médio Alcance com a identificação dos elementos (atributos, antecedentes e conseqüentes), com a realização do pictograma, proposições e relações causais. Para tanto, esses passos foram ancorados por uma revisão integrativa e o modelo teórico de Adaptação de Sister Callista Roy. Na segunda etapa, a definição e os indicadores diagnósticos de Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca foram avaliados por 48 juízes – enfermeiros com variados graus de expertise. Os juízes avaliaram a definição, fatores relacionados, características definidoras, populações de risco e condições associadas do diagnóstico Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca a partir da Teoria de Médio Alcance, com a utilização de cinco escores (elemento não indicativo a elemento muito indicativo do diagnóstico de enfermagem). Os dados obtidos foram organizados em uma planilha e analisados com o auxílio do programa SPSS versão 21.0 e do *software* R versão 3.2.0. Foram calculados Índice de Validade de Conteúdo (IVC), ponderado pelo nível de expertise dos especialistas, medianas e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Desta maneira, o elemento foi considerado válido quando apresentou mediana de $IVC \geq 0,8$ no IC. A definição construída a partir da TMA foi considerada representativa em relação à Taxonomia II da NANDA-I. Quanto aos indicadores do diagnóstico, três fatores relacionados, duas populações de risco, uma condição associada e seis características definidoras foram considerados válidos ($IVC \geq 0,8$ no IC). Assim, a validação do conteúdo do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência

cardíaca apontou indicadores diagnósticos válidos para que o enfermeiro tenha dados sólidos e possa implementar ações de educação em saúde direcionadas às reais necessidades de cada indivíduo.

Palavras-chave: Conhecimento. Diagnósticos de enfermagem. Insuficiência cardíaca. Educação em saúde. Processo de Enfermagem.

ABSTRACT

The health education implemented by the nurse aims to equip patients with heart failure about the knowledge of their disease / treatment, focusing on therapeutic adherence and, consequently, reducing morbidity and mortality. To perform it, or nurse, through the Nursing Process, it lists as real requirements, naming it as nursing diagnosis. One of the needs can be identified as a nursing diagnosis Deficient knowledge, that is, one of the 70 nursing diagnoses of NANDA-I Taxonomy II, with validation necessary to guarantee the terminology used in tests. Thus, this study had as a valid objective the content of nursing diagnosis Deficient knowledge in individuals with heart failure. This is a methodological research, which was carried out by the Research Ethics Committee under Opinion nº: 3,267,149 and CAAE nº: 08322819.8.0000.5208. It was carried out in two stages: theoretical-causal validity and content validation by specialists. For the first stage, a Medium Range Theory was built with the identification of elements (attributes, antecedents and consequents), with the realization of pictograms, propositions and causal relationships. To this end, these steps were anchored by an integrative review and theoretical model of Adaptation by Sister Callista Roy. In the second stage, the definition and diagnostic indicators of deficient knowledge in individuals with heart failure were applied by 48 judges - nurses with varying degrees of specialization. The judges evaluated the definition, related factors, defining characteristics, risk populations and associated conditions of the diagnosis Deficient knowledge in individuals with heart failure from the Middle Reach Theory, with the use of five scores (element not indicative to element very indicative of the nursing diagnosis). The data obtained were organized in a spreadsheet and analyzed with the aid of the SPSS version 21.0 program and the R software version 3.2.0. Content Validity Index (CVI) was calculated, weighted by the experts' level of expertise, medians and their respective 95% confidence intervals (CI). Thus, the element was considered valid when it presented a CVI median ≥ 0.8 in the CI. The definition constructed from the TMA was considered representative in relation to NANDA-I Taxonomy II. As for the diagnostic indicators, three related factors, two risk populations, an associated condition and six defining characteristics were considered valid ($IVC \geq 0.8$ in the CI). Thus, the validation of the content of the DE Knowledge deficient in individuals with heart failure pointed to valid diagnostic indicators so that the nurse has solid data and can implement health education actions directed to the real needs of each individual.

Keywords: Knowledge. Nursing diagnoses. Cardiac insufficiency. Health education. Nursing Process.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Fluxo com as etapas para realização da pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2019.....32
- Figura 2 - Pictograma explicativo com a inter-relação dos conceitos do Conhecimento deficiente em pacientes com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019...46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Atributos, consequentes e antecedentes do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	40
Quadro 2 -	Definições conceituais e operacionais dos atributos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	41
Quadro 3 -	Definições conceituais e operacionais dos estímulos/antecedentes clínicos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	41
Quadro 4 -	Definições conceituais e operacionais dos comportamentos/consequentes clínicos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	43
Quadro 5 -	Representação da associação dos conceitos (estímulos e comportamentos) do Modelo de Adaptação de Roy verificados em indivíduos com insuficiência cardíaca e conhecimento deficiente com relação aos vasos e câmaras do coração. Recife/PE, Brasil, 2019.....	47
Quadro 6 -	Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	48
Quadro 7 -	Relações dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	49
Quadro 8 -	Componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente para indivíduos com insuficiência cardíaca a partir da TMA. Recife/PE, Brasil, 2019.....	50
Quadro 9 -	Proposta final dos componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, após avaliação dos especialistas. Recife/PE, Brasil, 2019.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Parâmetros para classificação dos juízes. Recife/PE, Brasil, 2019.....	37
Tabela 2 -	Caracterização dos juízes que avaliaram o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	51
Tabela 3 -	Definição do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	53
Tabela 4 -	Avaliação dos indicadores do diagnóstico Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019.....	54

LISTA DE SIGLAS

AA	Artéria Aorta
ABCF	Artéria Braquiocefálica
ACC	American College of Cardiology/American Heart Association
ACCE	Artéria Carótida Comum Esquerda
AD	Átrio Direito
AE	Átrio Esquerdo
AHA	American Heart Association
ANA	American Nurses Association
AP	Artéria Pulmonar
ASCE	Artéria Subclávia Esquerda
BREATHE	Brazilian Registry of Acute Heart Failure
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CD	Características Definidoras
CDV	Validação Clínica de Diagnóstico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCV	Validação de Conteúdo Diagnóstico
DDV	Validação Diferencial de Diagnósticos
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPN	Dispneia Paroxística Noturna
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
FR	Fatores Relacionados
IC	Insuficiência Cardíaca
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE/PubMed	National Library of Medicine and National Institutes of Health
MeSH	Medical Subject Headings
MoCA	Montreal Cognitive Assessement
NANDA-I	NANDA - International
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
QV	Qualidade de Vida
RI	Revisão Integrativa
SCHFI	Self-Care of Heart Failure Index
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
VCI	Veia Cava Inferior
VCS	Veia Cava Superior
VD	Ventrículo Direito
VE	Ventrículo Esquerdo
VP	Veia Pulmonar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL	20
2.2 ESPECÍFICOS.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	21
3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	24
3.3 VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	26
3.4 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE SISTER CALLISTA ROY	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL.....	33
4.3 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	35
4.3.1 População, amostra e amostragem.....	35
4.3.2 Procedimento para a coleta de dados	37
4.3.3 Análise e organização dos dados	38
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5 RESULTADOS	40
5.1 RESULTADOS RELACIONADOS À VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL	40
5.1.1 Definição dos conceitos principais da TMA.....	40
5.1.2 Desenvolvimento de um esquema pictorial da TMA.....	45
5.1.3 Construção das proposições da TMA	47
5.1.4 Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática	48
5.2 EQUIVALÊNCIA DOS ELEMENTOS DA TMA COM OS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE PROPOSTOS PELA NANDA-I	49
5.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	51

6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS.....	71
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ESPECIALISTAS.....	72
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	75
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	81

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica provocada pela injúria funcional e/ou estrutural do enchimento ventricular ou da fração de ejeção do coração (AZEKA *et al.*, 2014) que pode ser desencadeada por afecções cardíacas (cardiomiopatia, doença isquêmica, choque cardiogênico e outras) ou sistêmicas, como a hipertensão arterial (BOCCHI *et al.*, 2012).

Resulta da redução do débito cardíaco e/ou pressões intracardíacas elevadas em repouso ou durante o estresse, fazendo com que o coração não consiga armazenar sangue de maneira adequada, reduzindo o volume ideal de sangue que deveria suprir os tecidos (PONIKOWSKI *et al.*, 2016).

Dessa forma, o indivíduo com IC pode apresentar diversas manifestações clínicas, como sinais mais específicos (pressão venosa da jugular elevada, refluxo hepatojugular, terceiro som cardíaco e murmúrios cardíacos), menos específicos (edema periférico, crepitações pulmonares, hepatomegalia, oligúria e taquicardias) (PONIKOWSKI *et al.*, 2016) e sintomas, como o cansaço e a fadiga, que podem limitar as atividades de vida diária (FREIRE *et al.*, 2015).

A IC é um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de internações hospitalares em todo o mundo. Dados revelam que aproximadamente 23 milhões de pessoas são diagnosticadas com IC, e surgem anualmente 2 milhões de novos casos no mundo (BONIN *et al.*, 2016; POFFO *et al.*, 2017).

Informações da *American Heart Association* (AHA) mostram uma prevalência de 5,1 milhões de pessoas com IC, somente nos Estados Unidos, no período de 2007 a 2012, e estimam uma prevalência de 46% entre 2012-2030 (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). No Brasil, durante o ano de 2012, foram registradas cerca de 238 mil internações por IC, dentre elas, 26.694 evoluíram para óbito, perfazendo durante a internação uma mortalidade de 9,5% (BONIN *et al.*, 2016; POFFO *et al.*, 2017).

Associado ao grande número de internações por IC, percebe-se que em torno de 50% desses pacientes retornam ao hospital em um período dentro de 90 dias após a alta hospitalar, pela descompensação clínica, devido ao aparecimento dos sinais e sintomas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Estudo multicêntrico realizado em todas regiões do Brasil revelou as principais causas para a descompensação em indivíduos com IC, a saber: má aderência medicamentosa, infecções e controle inadequado de ingesta de líquido/sódio. Em adição, constatou que em

torno de 60% dos pacientes receberam orientação na alta hospitalar referente à terapia medicamentosa, 40% quanto à dieta e 20% sobre a atividade física (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Fato é que a deficiência de conhecimento em indivíduos com IC sobre a importância de seguir seu esquema terapêutico pode potencializar a morbidade e mortalidade desta população (FREITAS; PÜSCHEL, 2013). Em contrapartida, esse conhecimento por parte dos pacientes, cuidadores/familiares tem impacto positivo na aderência à terapêutica (NASCIMENTO; BRAGA, 2015).

Nesse contexto, a educação em saúde, por meio de orientações ao paciente sobre a doença, em todos os seus aspectos, tais como: a causa, o desenvolvimento, os sinais e sintomas, as complicações e o tratamento, tem sido utilizada como uma estratégia para a redução de morbidade e mortalidade em pacientes com IC (BONIN *et al.*, 2016).

A implementação da educação em saúde para os indivíduos com IC pode ser realizada em cinco passos por profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro. O primeiro passo é a avaliação do conhecimento do paciente sobre a doença, da motivação e equívocos em relação ao tratamento. O segundo é a identificação do que ensinar ao paciente, tendo em vista suas dificuldades e limitações. O terceiro passo é o planejamento da educação junto com o paciente, definindo os objetivos e os caminhos para alcançá-los. O quarto passo é a maneira como essa intervenção ocorrerá para o paciente. E no último, quinto passo, se faz a análise criteriosa do processo de educação instituído (NASCIMENTO; BRAGA, 2015).

Tais passos podem ser realizados pelo enfermeiro de forma concomitante com o método do trabalho, Processo de Enfermagem (PE), nas cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados, os quais devem ser realizados em todos os ambientes, públicos ou privados, onde ocorre o cuidado do profissional de enfermagem (COFEN, 2009; GOMES *et al.*, 2014).

Dentre essas etapas, tem-se o diagnóstico de enfermagem (DE), que é definido como um "julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 88).

Para identificar um DE é necessário o uso de uma terminologia própria, como a *NANDA International* (NANDA-I), em que, por meio de um esquema classificatório, a Taxonomia, organiza os 244 diagnósticos de enfermagem em domínios e classes (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Dentre os 244 diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I, há o Conhecimento deficiente (00126), o qual é definido como a "ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 488), se encontra no domínio percepção/cognição e na classe cognição da Taxonomia II da NANDA-I. Possui quatro características definidoras (CDs) (comportamento inapropriado, conhecimento insuficiente, desempenho inadequado em um teste e seguimento de instruções inadequado), quatro fatores relacionados (FRs) (conhecimento insuficiente sobre recursos, informações incorretas apresentadas por outros, informações insuficientes e interesse insuficiente em aprender) e duas condições associadas (função cognitiva e alteração na memória) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O conhecimento deficiente, fenômeno presente nos indivíduos com IC (FREITAS; PÜSCHEL, 2013; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014), é um dos 70 diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA-I com necessidade de validação para assegurar uma terminologia baseada em evidências e representativa de julgamentos clínicos feitos pelos enfermeiros; caso não haja estudos que elevem seu nível de evidência, atualmente de 2.0, será retirado na próxima edição (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Oliveira e Duran (2015) afirmam que pesquisas que envolvem métodos robustos para a validação dos diagnósticos de enfermagem são vitais para que a taxonomia da NANDA-I prossiga baseada em evidências.

As pesquisas de validação em diagnósticos de enfermagem têm empregado diversos métodos, tais como: Validação de Conteúdo Diagnóstico (*Diagnostic Content Validation – DCV*); Validação Clínica de Diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation – CDV*) e Validação Diferencial de Diagnósticos (*Differential Diagnostic Validation – DDV*) (LOPES *et al.*, 2013; POMPEO *et al.*, 2014).

Desses, destaca-se o método da validação de conteúdo diagnóstico que se baseia na obtenção de opiniões de enfermeiros especialistas ou juízes sobre um arcabouço teórico, a Teoria de Médio Alcance (TMA), dos indicadores diagnósticos apresentados perante a realização de uma busca na literatura a fim de subsidiar o entendimento do diagnóstico estudado e seus componentes (LOPES *et al.*, 2013; POMPEO *et al.*, 2014;).

Destarte, validar o conteúdo do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com IC tem como um dos propósitos apresentar aos enfermeiros indicadores diagnósticos, de forma clara, para que o enfermeiro tenha dados consistentes e, desse modo, consiga realizar os passos da educação em saúde com intervenções direcionadas, para um resultado desejável em saúde.

Assim, acredita-se que a permanência do DE Conhecimento deficiente na taxonomia da NANDA-I se faz necessária, uma vez que estudos mostram que existe a necessidade de orientação aos pacientes em relação às suas afecções e esquemas terapêuticos para uma compreensão global das suas necessidades, perpetuando na adesão ao tratamento, com controle dos sinais/sintomas (MUSSI *et al.*, 2013; MANTOVANI *et al.*, 2015) e da ansiedade pelo medo do desconhecido (HWANG *et al.*, 2014).

Além disso, a finalização do presente estudo pretende elevar o nível de evidência do DE Conhecimento deficiente, por meio do envio dos resultados para análise da NANDA-I, para que sua importância seja constatada e tenha a sua permanência consolidada.

Outrossim, torna-se imprescindível o processo de validação do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente. Para tanto, este estudo tem como questão de pesquisa: Quais os elementos do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente criados a partir de uma TMA, em indivíduos com insuficiência cardíaca, são considerados válidos quanto ao seu conteúdo pelos especialistas?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, construído a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA).

2.2 ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma TMA sobre o Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca;
- Realizar a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente propostos pela NANDA-I (definição, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas);
- Verificar com juízes a adequação da estrutura diagnóstica construída (definição, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção serão abordados os temas que ancoraram o objeto de estudo da presente pesquisa, a saber: insuficiência cardíaca, diagnóstico de enfermagem, validação de diagnósticos de enfermagem e Modelo Teórico de Sister Callista Roy.

3.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Em torno de 23 milhões de pessoas, no mundo, têm o diagnóstico médico de IC (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016). Na América Latina, estudos indicam crescente prevalência, associada aos potenciais fatores de risco, tais como: inatividade física, dieta com alto teor calórico e de gordura, ineficácia das estratégias de tratamento, acesso inadequado ao atendimento e acompanhamento insuficiente nos serviços primários ou terciário (BOCCHI *et al.*, 2013).

No Brasil, dados do registro *Brazilian Registry of Acute Heart Failure (BREATHE)* mostraram que a má adesão terapêutica provoca o reinternamento entre pacientes com IC, além de provocar aumento na taxa de mortalidade intra-hospitalar, colocando o Brasil entre os países do mundo ocidental com elevadas taxas (BOCCHI *et al.*, 2013).

A IC é uma síndrome complexa em que o diagnóstico médico deve ser feito a partir da história clínica, exame físico detalhado e exames complementares. O ecocardiograma transtorácico é o exame de escolha na detecção e acompanhamento, pois permite uma avaliação da função cardíaca, (sístole e diástole), espessuras e tamanhos das cavidades do coração. Em adição, há outros exames que também podem ser utilizados, como: eletrocardiograma em repouso, raio X torácico, ressonância magnética cardíaca e tomografia computadorizada (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

O biomarcador peptídeo natriurético também é considerado uma alternativa para a definição do diagnóstico de IC, embora ele também esteja presente em outras doenças como anemia e insuficiência renal crônica (TSUTAMOTO *et al.*, 2006; HOGENHUIS *et al.*, 2007).

A IC pode ser causada por anormalidades na função sistólica, diastólica, ou coexistirem as duas disfunções. A classificação para a fase crônica é por apresentar um quadro progressivo e persistente, e, quando aguda, se origina de alterações rápidas com surgimento de sinais e sintomas graduais e requerendo terapia de urgência (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Didaticamente, pacientes com IC podem ser categorizados por: fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), gravidade dos sintomas a partir da classificação funcional da *New York Heart Association* (NYHA) e tempo de progressão da doença (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) no paciente com IC pode se apresentar preservada ($FEVE \geq 50\%$), reduzida ($FEVE < 40\%$) ou intermediária (FEVE entre 40 e 49%). Essa classificação se mostra importante, pois difere pacientes por suas etiologias, comorbidades e respostas terapêuticas (PONIKOWSKI *et al.*, 2016).

De acordo com a NYHA, o paciente com IC pode ser classificado em quatro classes de acordo com a tolerância ao exercício: NYHA I – ausência de sintomas, durante atividades cotidianas; NYHA II – sintomas leves, desencadeados por atividades cotidianas; NYHA III – sintomas moderados que surgem em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços; e NYHA IV – sintomas graves, em repouso. Essa classificação auxilia no manejo e prognóstico clínico. Pacientes em classes funcionais da NYHA III e IV apresentam condições clínicas progressivamente piores, internações hospitalares mais frequentes e um risco maior de mortalidade. Por outro lado, em pacientes em NYHA II, mesmo apresentando sintomas mais estáveis e internações menos frequentes, o processo da doença nem sempre é estável, e estes pacientes podem apresentar morte súbita sem piora dos sintomas (BUTLER *et al.*, 2016).

O tempo de progressão da doença é baseado no que propõe o *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA), que classifica sobre o estágio da doença e as possíveis abordagens terapêuticas: A – risco de desenvolver IC, B – doença estrutural cardíaca presente, C – doença estrutural cardíaca presente; e D – IC refratária ao tratamento clínico (HUNT *et al.*, 2009).

A IC é considerada uma doença debilitante, face ao débito cardíaco diminuído, que gera sinais e sintomas que limitam a tolerância para realização de atividades da vida diária, evidência que se agrava em indivíduos que se encontram nas classes III e IV (NYHA), que geralmente estão hospitalizados pela intensificação da descompensação clínica, com um maior comprometimento da qualidade de vida (SOUSA *et al.*, 2017).

Ademais, quando os pacientes não seguem as recomendações, iniciam um quadro de descompensação aguda e, conseqüentemente, surgem sinais e sintomas que agravam a doença e levam a internações hospitalares. Estudo identificou os sinais e sintomas de pacientes com IC admitidos numa emergência, sendo os principais: cansaço, dispneia, paroxística noturna

(DPN), edema de membros inferiores, ortopneia e distensão da artéria jugular (ALITI *et al.*, 2011).

Assim, é fundamental que profissionais de saúde, como o enfermeiro, executem ações de educação em saúde para instrumentalizar esse paciente e seus familiares para uma adesão terapêutica eficaz (PEREIRA *et al.*, 2016).

Tais ações devem ser pautadas para o controle da doença e a não descompensação clínica. Assim, o plano terapêutico deve conter condutas para a adesão ao esquema farmacológico e atividades não farmacológicas, tais como: consumo de sódio reduzido, uma vez que o excesso no organismo pode agravar a hipervolemia, podendo ser um fator de risco para reinternações por descompensação; peso corporal adequado, já que a obesidade tem influência na diminuição da função ventricular esquerda e a perda de peso resulta em melhora dessa condição; cessação do tabagismo, evitar uso de drogas ilícitas e bebida alcoólica, pois, em pacientes com miocardiopatia dilatada de origem alcoólica, é recomendada a abstenção total dessas drogas; esquema vacinal atualizado, por se relacionar à diminuição de internações por doenças cardiovasculares em pacientes vacinados contra influenza; atividade física, uma vez que há melhora significativa na qualidade de vida e nas hospitalizações, quando treinamentos físicos são regulares obtém-se aumento da tolerância aos exercícios nos pacientes cardiopatas (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Nesse contexto, estudos recomendam que o enfermeiro acompanhe periodicamente esse paciente para esclarecer dúvidas sobre a doença e a terapia, aumentando o conhecimento para o gerenciamento do autocuidado e, assim, proporcionando melhoria na adesão terapêutica. E uma das estratégias para esse acompanhamento pode ser executada pelas visitas domiciliares e ligações periódicas (MUSSI *et al.*, 2013; MANTOVANI *et al.*, 2015).

Para tanto, enfermeiro deverá implementar o seu método de trabalho, o Processo de Enfermagem, e assim identificar as reais necessidades do indivíduo, elencando diagnósticos de enfermagem prioritários, que se relacionem com metas e intervenções factíveis para proporcionar amplo conhecimento ao paciente e familiares sobre sua doença e tratamento, com foco numa adesão terapêutica eficaz e, conseqüentemente, para o controle da doença e a não descompensação clínica.

3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Nos anos de 1950, o DE firmou-se como uma das etapas do Processo de Enfermagem, no cenário norte-americano, como passo para direcionar o pensamento crítico nas práticas de enfermagem (VIEIRA *et al.*, 2018).

Várias denominações surgiram na tentativa de nomear o DE, no entanto, somente em 1973, nos Estados Unidos, pela *American Nurses Association* (ANA), após debates teóricos, foi oficializada a denominação de "diagnóstico de enfermagem". No Brasil, 1990 foi o ano em que a adoção dessa classificação tornou-se relevante (VIEIRA *et al.*, 2018).

No Brasil, a enfermeira brasileira Wanda Aguiar Horta, na década de 70, baseando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, propôs cinco etapas para o Processo de Enfermagem, incluindo o DE: levantamento de dados históricos, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação. Tal modelo tornou-se o referencial adotado pelas escolas de enfermagem e hospitais brasileiros (VIEIRA *et al.*, 2018).

Para o uso do DE, é aconselhável selecionar uma linguagem padronizada, como os sistemas de classificação próprios da enfermagem para a identificação dos diagnósticos (PEREIRA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; FRAZÃO *et al.*, 2015). Tais classificações são sistemas organizados que permitem ao enfermeiro identificar diagnósticos de enfermagem padronizados, permitindo uma comunicação efetiva pela equipe de enfermagem (PEREIRA *et al.*, 2015).

Dentre os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, a *NANDA International* (NANDA-I) é uma das mais disseminadas e implementadas, traduzida em diversos idiomas (FRAZÃO *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2015). Está em constante atualização, uma vez que enfermeiros especialistas se reúnem a cada dois anos em conferência, para revisarem os DEs através de estudos científicos realizados na área, e estes podem ser acrescidos, retirados ou modificados (PEREIRA *et al.*, 2015).

O que embasa o diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico. Esse considera o julgamento clínico para decidir o que há de errado com o paciente, assim como a tomada de decisão clínica em relação a esse problema (HERDMAN; KMITSURU, 2018).

O DE é definido, segundo a Taxonomia II, da NANDA – Internacional, como um "julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta de um indivíduo, família, grupo ou uma comunidade" (HERDMAN; KMITSURU, 2018, p. 88). Ele subsidia a seleção das intervenções de

enfermagem, para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (PEREIRA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016).

Há três tipos de diagnósticos de enfermagem baseados no foco, são eles: foco no problema, no risco e/ou na promoção da saúde. Os com foco no problema contêm características definidoras e fatores relacionados. Os fatores de risco estão apenas nos diagnósticos de risco. E os diagnósticos de promoção da saúde costumam ter apenas as características definidoras, embora os fatores relacionados possam ser utilizados para facilitar a compreensão do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O DE precisa ser claro no título e na definição, bem como nos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco), pois esses vão ajudar na diferenciação de outros diagnósticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As CDs são indicadores/inferências agrupadas como manifestações de um diagnóstico focado no problema, na promoção de saúde ou síndrome, observados e percebidos pelo enfermeiro, na primeira fase do Processo de Enfermagem, através da anamnese e exame físico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Já os FRs mostram uma relação de padronização com o diagnóstico de enfermagem, podendo ser descritos como antecedentes, associados, relacionados, contribuintes ou estimuladores. E os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupos e comunidades a um evento não saudável, como, por exemplo, os fatores ambientais, genéticos e psicológicos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na 11ª edição da NANDA-I (2018-2020) foram inseridas duas novas categorias, as “populações em risco” e as “condições associadas”, que são indicadores em que os enfermeiros não podem intervir de forma independente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além dessas características, o modelo de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I possui sete eixos, que correspondem à dimensão da resposta humana apontada no processo de diagnóstico; são eles: Eixo 1 – foco do diagnóstico; Eixo 2 – sujeito do diagnóstico; Eixo 3 – julgamento; Eixo 4 – localização; Eixo 5 – idade; Eixo 6 – tempo; Eixo 7 – categoria do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O eixo 1, foco do diagnóstico, é considerado o principal elemento e parte fundamental, sendo a resposta humana é descrita nesse eixo. A pessoa para quem é determinado o DE é o sujeito do diagnóstico (eixo 2). O julgamento (eixo 3) é o elemento modificador que limita ou especifica o sentido do foco diagnóstico e, junto com o foco, forma o diagnóstico. A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções – todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas relacionadas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Já o eixo 5 refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico, incluindo: feto (ser humano não nascido, com mais de 8 semanas após a concepção até o nascimento), neonato (< 28 dias de idade), lactente ($\geq$ 28 dias e < 1 ano de idade), criança (1 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos), adulto (>19 anos, a depender da lei nacional), idoso (> 65 anos de idade). O tempo descreve a duração do foco do diagnóstico como: agudo (< 3 meses), crônico ($\geq$ 3 meses), intermitente (que ocorre em intervalos periódicos, cíclico) e contínuo (sem interrupções). E o último eixo (7), categoria do diagnóstico, refere-se à realidade ou à potencialidade do problema, ou à categorização do diagnóstico, podendo ser: com foco no problema, de promoção da saúde ou de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Atualmente, na taxonomia da NANDA-I constam 244 DEs categorizados em domínios e classes, os quais são os níveis mais abrangentes de classificação, que dividem os fenômenos em grupos principais e em subcategorias, bem como atributos em comum (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

De acordo com a taxonomia, são 13 domínios, a saber: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação e troca; Atividade/repouso; Percepção/cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/tolerância ao estresse; Princípios da vida; Segurança/proteção; Conforto; e Crescimento/desenvolvimento. E as classes totalizam 47 e se subdividem nos domínios (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Dentre esses diagnósticos, destaca-se neste estudo o Conhecimento Deficiente (00126), localizado no domínio "percepção/cognição", aprovado em 1980 e revisado em 2017. Possui nível de evidência 2.0, e é um dos 70 diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA-I com necessidade de validação (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

3.3 VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem (DEs) são importantes no entendimento da resposta humana e planejamento dos cuidados de enfermagem. Por isso, os rótulos de enfermagem devem apresentar clareza, precisão e confiabilidade. Para isso, se faz necessário o desenvolvimento de estudos de validação (DE SÁ TINÔCO *et al.*, 2017).

Define-se validar como ato ou efeito de tornar algo válido, legitimar, isto é, tornar algo verdadeiro, algo cuja autenticidade é comprovada. Logo, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo verdadeiro, comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas para uma situação clínica específica (GALDEANO *et al.*, 2008).

A validação dos DEs tem sido empregada em pesquisas, visando contribuir para redução de incoerências existentes na descrição do que é observado na prática clínica e precisão na identificação do DE, que corresponde às respostas humanas apresentadas pelo paciente (MANZOLI *et al.*, 2019).

Para a inclusão ou revisão de um DE na taxonomia da NANDA-I, é necessária a fundamentação em pesquisas, como os estudos de validação. Esses estudos visam ao aprimoramento da referida taxonomia, favorecendo o pensamento crítico, fortificando a tomada de decisão dos enfermeiros, aperfeiçoando e padronizando a comunicação e os registros de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Processos de validação de DE têm sido realizados desde o início dos anos 1980. No entanto, o desenvolvimento de tecnologias, aliado à necessidade de abordagens mais robustas para analisar a validade de construtos que representem fenômenos pelos quais os enfermeiros são responsáveis, motivou a aplicação de novos métodos de pesquisa em diagnósticos de enfermagem (LOPES; SILVA, 2016).

Esses processos são divididos em três fases: análise de conceitos; validação por *experts* e validação clínica. No entanto, com algumas limitações e dificuldades para realização dessas etapas, surgiu a necessidade de uma nova abordagem para a validação do diagnóstico de enfermagem, com as etapas, validade teórico-causal, baseada no desenvolvimento de teorias de médio alcance; validade de conteúdo, baseada na abordagem da sabedoria coletiva; e validade clínica, baseada em estudos epidemiológicos (LOPES; SILVA, 2016).

A Teoria de Médio Alcance (TMA) é definida como um conjunto de conceitos focados em uma realidade limitada da prática, sendo menos abstrata que as grandes teorias, podendo o seu desenvolvimento ser a partir de uma teoria maior. Há três tipos de TMA: descritiva, explicativa e preditiva. A primeira corresponde à teoria mais básica, descrevendo um fenômeno, podendo envolver, portanto, apenas um conceito, apresentando as semelhanças pertinentes ao contexto no qual o fenômeno foi colocado (ROY, 2009).

Na TMA explicativa ou explanatória, são consideradas as relações existentes entre vários conceitos, apresentando justificativas e a forma como um conceito está associado a outro. Em relação às TMAs preditivas, são identificados os efeitos de um ou mais conceitos, a fim de descrever a forma como as mudanças ocorrem em um fenômeno, indo além das explicações prévias para as relações causais entre os conceitos (ROY, 2009).

A utilização das TMAs em processos de validação de DE objetiva o desenvolvimento de um gradiente teórico que permite a identificação dos elementos etiológicos e das características clínicas de um DE, estabelecendo as relações de causa que explicam uma

determinada resposta humana. São seis etapas para a construção de uma TMA com foco na validação de DE: definição da abordagem de construção da TMA; definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; definição dos conceitos principais da TMA; desenvolvimento de um esquema pictorial; construção das proposições da TMA; e estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática (LOPES; SILVA, 2016).

Para a primeira etapa existem três abordagens possíveis: derivação partindo de um modelo teórico específico; elaboração a partir de múltiplas abordagens conceituais; e revisões de estudos publicados, metodologicamente similar às revisões integrativas (LOPES; SILVA, 2016).

A segunda e terceira etapas são a análise propriamente dita dos conceitos principais e secundários que permitirá o pensamento sobre a estrutura da TMA em construção. Na definição do modelo teórico, deve-se ter atenção para que haja congruência entre suas proposições e conceitos comuns. A terceira etapa provém dos achados da abordagem escolhida na primeira etapa, onde serão construídas as definições conceituais e operacionais dos elementos visando clarear seu significado clínico (LOPES; SILVA, 2016).

A quarta etapa, construção de um pictograma, é ancorada pela segunda e terceira etapas. O pictograma é um resumo gráfico das relações conceituais encontradas, podendo ser representado por elementos textuais em *boxes* ou um elemento gráfico apenas, TMA e seus elementos (LOPES; SILVA, 2016).

A quinta e sexta etapas representam os elementos que norteiam a implementação prática da TMA. Onde o estabelecimento das proposições para os elementos do DE devem incluir afirmações claras, que permitam a identificação da relação clínica das características definidoras como consequentes ao diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016). Na sexta etapa devem-se indicar as relações clínicas que permitam levar a um raciocínio e julgamento clínico lógico e que se possa verificar em termos de pesquisa (LOPES; SILVA, 2016).

Após a validação teórico-causal, ancorada pela TMA, a validação de conteúdo vem em sequência. É utilizada, para a validação de conteúdo, a abordagem por via da sabedoria coletiva, que considera que as médias obtidas no grupo são superiores em relação aos julgamentos individuais, onde a comunicação entre os participantes deve ser evitada, para que não haja compartilhamento de opiniões. Ainda, a pesquisa terá melhor resultado, quanto maior for a diversidade de experiências entre os participantes (LOPES; SILVA, 2016).

Ademais, permite que as estimativas relacionadas à validade de conteúdo diagnóstico sejam modeladas de forma probabilística, sobretudo, considerando que a cognição (em

particular, o raciocínio clínico), se desenvolva na forma de uma suposta distribuição de probabilidade individual. Assim, ao julgar a validade de um indicador diagnóstico como representativo de um diagnóstico, o valor atribuído por um avaliador nada mais é do que uma medida de sua crença sobre a relevância ou adequação dela como definidora de uma resposta humana. Para tanto, a definição do tamanho amostral para um estudo realizado por sabedoria coletiva deve ser baseada em fórmulas que visam estimar o índice de validade de conteúdo (IVC) das avaliações de cada elemento diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Em seguida, o método de validação clínica que visa verificar se o modelo teórico apresentado em um DE, com seu conteúdo previamente validado, representa os cenários reais da prática clínica e em diferentes populações (LOPES; SILVA, 2016).

3.4 MODELO DE ADAPTAÇÃO DE SISTER CALLISTA ROY

A teoria utilizada neste estudo foi o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy*, uma vez que possui elementos que clarificam o modo de adaptação à vida de pacientes perante um diagnóstico de doenças crônicas, como, por exemplo, da IC (ROCHA; SILVA, 2009). Desta forma, permite a implementar cuidados de enfermagem qualificados e direcionados para a promoção da adaptação desses pacientes às novas condições de saúde e doença.

Podem-se definir as teorias de enfermagem como um conceito planejado e comunicado da realidade, com o objetivo de descrever, prever e prescrever o cuidado de enfermagem (MEDEIROS *et al.*, 2015), além de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem e uma prática fortalecida (FRAZÃO *et al.*, 2015).

De forma geral, as teorias de enfermagem incluem quatro elementos estruturantes, a saber: pessoa, ambiente, saúde e metas da enfermagem. Dentre as teorias de enfermagem, há o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy*, que define o indivíduo como um sistema holístico adaptativo, possuindo entradas, saídas e controles, desencadeando respostas a depender do estímulo recebido. O ambiente é entendido como todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas. A saúde é revelada como um estado e um processo de ser. Por último, as metas de enfermagem são vistas como a promoção de respostas adaptativas das pessoas no universo dos modos adaptativos (ROY, 2009).

A entrada por meio de estímulos, segundo Roy, ativa mecanismos cognitivos e reguladores que objetivam manter a adaptação. As saídas são as repostas adaptativas que as pessoas emitem para si mesmas e para o ambiente. Os controles são os mecanismos de

resistência (regulador e cognitivo), que vão coordenar os comportamentos desses indivíduos (ROY, 2009).

Com a necessidade da resposta, são ativados mecanismos de enfrentamento que acontecem por meio de dois subsistemas: regulador e cognoscente. O primeiro pode ser de natureza endócrina, neural e química; o segundo se refere às funções cerebrais de percepção, emoção ou julgamento (ROY, 2009).

Entendem-se por estímulos tudo que motiva uma resposta, e por isso têm importante papel no comportamento humano. Podem surgir do ambiente interno ou externo do indivíduo e são classificados em: focais, contextuais e residuais. O estímulo focal é o que mais impacta os indivíduos, sendo, dessa forma, confrontado imediatamente pelos mesmos. O contextual é o comportamento desenvolvido pelo indivíduo em resposta ao estímulo focal. Por fim, os estímulos residuais encontram-se no ambiente, no entanto, a pessoa não tem consciência sobre essa existência e o impacto causado no comportamento ainda é desconhecido (ROY, 2009).

A eficácia dos estímulos gerados sobre o indivíduo e a eficácia dos mecanismos que os indivíduos usam para enfrentar esses estímulos podem ser visualizadas através de quatro modos adaptativos; são eles: fisiológico, autoconceito, função/desempenho de papel e de interdependência (ROY, 2009).

No modo fisiológico, as respostas são observadas através das reações fisiológicas, células, tecidos, órgãos e sistemas do organismo. Nesse modo observa-se se as respostas dos indivíduos se adaptam aos estímulos que os afetam. São identificadas nove necessidades básicas, neste componente: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso e proteção. Também são visualizados quatro processos que envolvem os sentidos: fluidos, eletrólitos e balanço ácido-básico, função endócrina e função neurológica (ROY, 2009).

No modo de autoconceito prevalecem os aspectos psicológico e espiritual do indivíduo. Os componentes são o eu pessoal e o eu físico. Nesse grupo estão compreendidos as relações interpessoais, autoimagem do grupo, meio social, cultura e responsabilidade compartilhada do grupo (ROY, 2009).

O papel que o indivíduo ocupa na sociedade e seu desempenho definem o modo função/desempenho de papel. A necessidade básica encontrada é integridade social; e os componentes desse grupo são: instrumentais e expressivos, refletem o modo como o indivíduo se enxerga e cumpre esse papel (ROY, 2009).

E, por fim, o modo interdependência diz respeito às interações sociais, ao dar e receber (amor, respeito e valor). Adequação emocional é a necessidade básica encontrada, as respostas expressas neste modo são contributivas e receptivas (ROY, 2009).

Os quatro modos interagem entre si e qualquer alteração em algum deles afeta os outros (ROY, 2009). E, quando se trata de doenças crônicas, como a insuficiência cardíaca, percebe-se que a mudança em um modo afeta diretamente a adaptação dos outros. Por exemplo, quando um indivíduo com insuficiência cardíaca apresenta um Conhecimento deficiente, perpassa o campo fisiológico e atinge o emocional, psicológico, social e espiritual, e isso demanda do indivíduo adaptação frente aos novos estímulos desencadeados pela nova condição. Assim, o enfermeiro deve avaliar os comportamentos e estimular ações que ajudem na adaptação do indivíduo para estabelecer um conhecimento adequado.

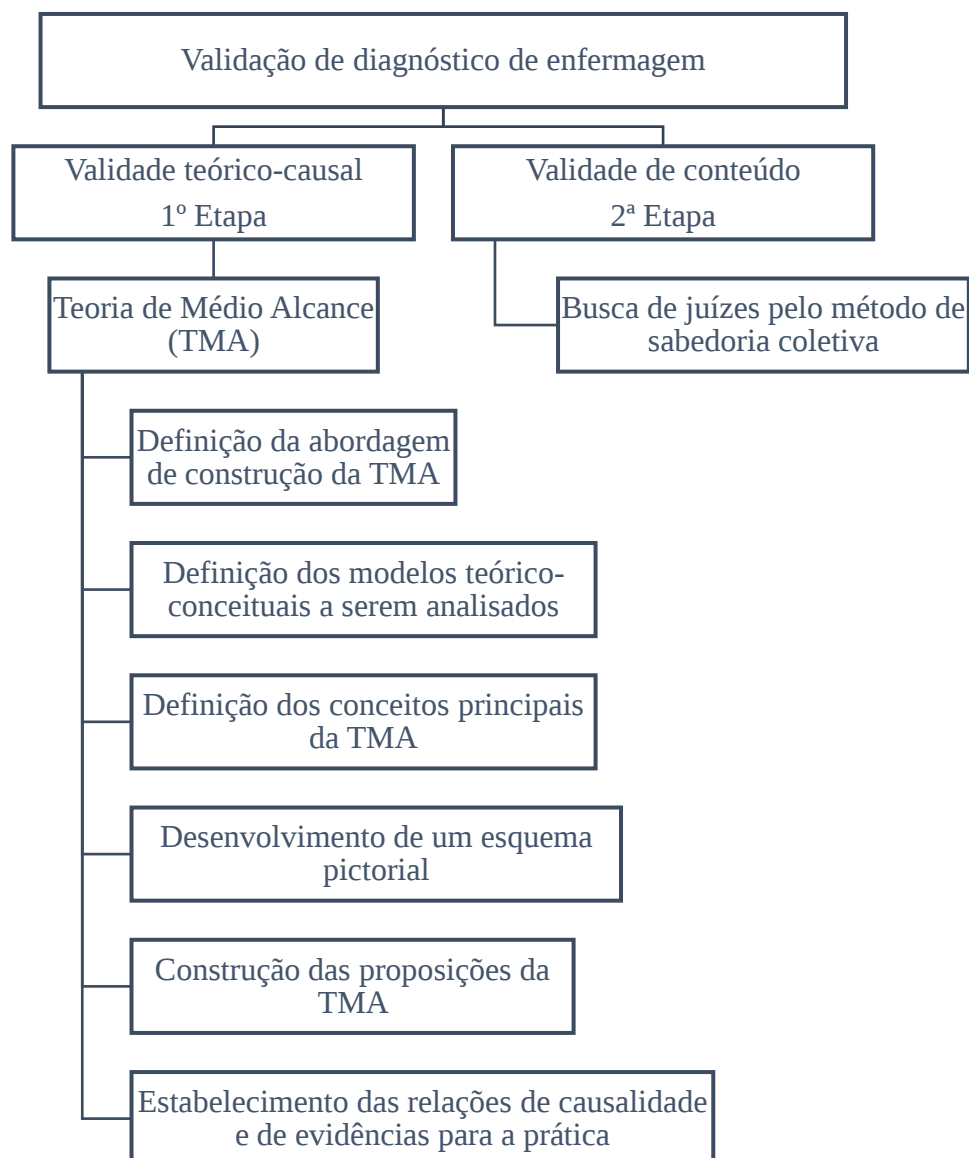
4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo metodológico, que tem por finalidade elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas para a pesquisa e/ou prática clínica (POLIT *et al.*, 2011).

Teve como aporte metodológico os métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem estabelecidos por Lopes e Silva (2016), com três etapas: validade teórico-causal, validação de conteúdo e validação clínica. Contudo, para o presente estudo foram executadas as duas primeiras etapas, ilustradas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxo com as etapas para realização da pesquisa. Recife/PE, Brasil, 2019



4.2 PRIMEIRA ETAPA: VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

Para a primeira etapa foi construída uma TMA conforme recomendação de Lopes e Silva (2016) para a construção/validação de um diagnóstico de enfermagem.

O objetivo da utilização das TMAs em processos de construção/validação de diagnóstico de enfermagem é desenvolver um gradiente teórico que identifique os indicadores diagnósticos (fatores relacionados/de risco e as características clínicas), estabelecendo as relações de causa que vão explicar a ocorrência daquelas respostas humanas (LOPES; SILVA, 2016).

Para a construção da TMA foram percorridos seis passos: Definição da abordagem de construção da TMA; Definição dos modelos teórico-conceituais a serem analisados; Definição dos conceitos principais da TMA; Desenvolvimento de um esquema pictorial; Construção das proposições da TMA; e Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática (LOPES; SILVA, 2016).

Segundo Lopes e Silva (2016) existem três possíveis abordagens de construção/validação da TMA para diagnósticos de enfermagem, a saber: revisões de estudos publicados, seguindo uma metodologia similar à das revisões integrativas; elaboração a partir de múltiplas abordagens conceituais, na qual uma série de modelos conceituais inter-relacionados e complementares é identificada e forma a base para uma teoria específica; e derivação a partir de um modelo teórico específico, do qual são extraídos todos os elementos que formarão a TMA para o diagnóstico de enfermagem de interesse.

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa (RI), que teve como questões norteadoras: Quais são os atributos essenciais do Conhecimento deficiente em pacientes com insuficiência cardíaca? Quais são os antecedentes e consequentes do Conhecimento deficiente em pacientes com insuficiência cardíaca?

Para a RI, a busca na literatura aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2018 a partir do Portal de Periódicos da Capes, acessando as bases de dados: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed), e SCOPUS.

Para a busca nas bases de dados foi realizado o cruzamento dos descritores aos pares e em seguida com grupo de três, sendo utilizado o operador booleano AND. Os descritores utilizados em português foram "insuficiência cardíaca", "cuidados de enfermagem" e "conhecimento", sendo confirmados em Ciências da Saúde (DeCS) e utilizados na base

LILACS. As palavras utilizadas em inglês, provenientes do *Medical Subject Headings* (MeSH), foram: "*heart failure*", "*knowledge*" e "*nursing care*", sendo utilizadas nas bases: MEDLINE/PUBMED, SCOPUS e CINAHL.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: artigos completos gratuitos disponíveis nas bases de dados selecionadas no período entre 2008 e 2018; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; estudos que abordem um ou mais dos seguintes itens: atributos essenciais do Conhecimento deficiente, e/ou antecedentes e consequentes clínicos do Conhecimento deficiente; e pacientes com insuficiência cardíaca. Para os critérios de exclusão, foram adotados: editoriais; cartas ao editor; resumos; e revisões integrativas da literatura.

Foram encontrados 7.979 estudos, dos quais, após a adoção dos critérios de elegibilidade e leitura na íntegra, foram selecionados 24 artigos para subsidiar a construção da TMA.

Definidos os 24 artigos, os demais dados (definições de atributos, antecedentes e consequentes, somada à busca de juízes e validação dos fatores pelos mesmos), foram coletados no período de março/2019 a agosto/2019. Dos 24 artigos, foram extraídos os atributos essenciais, antecedentes e consequentes, visualizados no Quadro 1. Para cada fator encontrado, foram construídas definições operacionais e conceituais, presentes no Quadro 2, Quadro 3 e Quadro 4. Para essas definições foram incluídas: literatura cinzenta e a experiência das pesquisadoras.

Para a segunda etapa da construção da TMA para diagnósticos de enfermagem, foi escolhido o Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy*, a fim de auxiliar o desenvolvimento das proposições e relações de causalidade dos conceitos identificados na RI com os conceitos do modelo teórico escolhido. E, na terceira etapa, procedeu-se à construção das definições conceituais e operacionais dos elementos com o objetivo de esclarecer os conceitos na prática clínica.

Para o desenvolvimento de um esquema pictorial foi elaborada uma figura que contemplasse os elementos da TMA, com equivalência aos conceitos do Modelo de Adaptação de Roy e ao funcionamento do coração.

Para Lopes e Silva (2016), o pictograma é uma representação gráfica da TMA e seus elementos, de forma resumida. As proposições são as declarações teóricas em que há uma relação clínica das características definidoras como consequentes e os fatores relacionados como antecedentes do diagnóstico estudado. E as relações de causalidade são as relações

clínicas que permitirão conduzir a um raciocínio e a um julgamento clínico lógico e verificável.

Em seguida, foi possível construir as proposições da TMA e as relações de causalidade, por meio da formação de declarações assertivas e de causa entre os elementos contemplados na TMA e os conceitos do Modelo de Adaptação de *Sister Callista Roy*, conforme sugerem Lopes e Silva (2016). Assim, estabeleceu a equivalência dos elementos da TMA com os componentes do diagnóstico de enfermagem. Ou seja, os atributos essenciais compuseram a definição do diagnóstico; os antecedentes foram categorizados em fatores relacionados, condições associadas e populações em risco; e os consequentes formaram as características definidoras.

4.3 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Nesta etapa, ocorreu a análise da estrutura diagnóstica, sobre o Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, a partir de uma TMA por juízes. Para tanto, foram selecionados enfermeiros para verificar a adequação da estrutura diagnóstica construída (definição, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

A busca por esses juízes teve como base o modelo de sabedoria coletiva, que parte do pressuposto de que todo indivíduo comete equívocos de julgamento clínico, independente do nível de expertise, dessa maneira, quando se toma a média de um grande número de respostas, esses equívocos tendem a ser anulados. Pois, segundo a diversidade preditiva, os resultados serão melhores e os erros serão menores quanto maior for a diversidade de experiências entre os juízes (LOPES; SILVA, 2016).

4.3.1 População, amostra e amostragem

A população do estudo foi composta por enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em cardiologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA-I.

O tamanho amostral para um estudo que utilizará o modelo de sabedoria coletiva é baseado em fórmulas que visam estimar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das avaliações de cada elemento do diagnóstico (LOPES; SILVA, 2016).

Para tanto, foi utilizada a fórmula: $n0 = (Z1 - \alpha/2.S/e)^2$. Onde o $Z1 - \alpha/2$ configura-se como o nível de confiança (95% = 1,96), o S equivale ao desvio padrão, sendo considerado neste cálculo o valor de 0,17, e por fim, a variável “e” significa o erro amostral, sendo utilizado o valor de 5% (0,05) (LOPES; SILVA, 2016). Resultando em 45 sujeitos.

Contudo, Lopes e Silva (2016) sugerem uma correção de 5% no tamanho da amostra, uma vez que, geralmente, a distribuição do IVC é assimétrica, e por esse motivo uma perda de poder ao utilizar o teste não paramétrico em sua análise estatística poderá ocorrer. Desta forma, a amostra foi composta por 48 juízes.

Em conformidade com os preceitos da busca de juízes com certa proficiência, foram selecionados enfermeiros com variados graus de expertise por meio dos seguintes critérios de elegibilidade:

- 1) Critério de Inclusão: enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em cardiologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA-I.
- 2) Critério de Exclusão: enfermeiros que não responderem ao instrumento de pesquisa num prazo estipulado de 60 dias.

Cada juiz foi classificado de acordo com a experiência prática e/ou em pesquisa, conforme se verifica na Tabela 1. Em relação à prática, os cinco níveis propostos por Benner, Tanner e Chesla (2009) foram adaptados, sendo:

1. Novato (recém-graduados – até um ano de formação, com experiência prática em cardiologia e/ou diagnósticos de enfermagem da NANDA-I).
2. Iniciante avançado (enfermeiros com dois a três anos, com experiência prática em cardiologia e/ou diagnósticos de enfermagem da NANDA-I).
3. Competente (enfermeiros com três a quatro anos, com experiência prática em cardiologia e/ou diagnósticos de enfermagem da NANDA-I).
4. Proficiente (enfermeiros com quatro a cinco anos, com experiência prática em cardiologia e/ou diagnósticos de enfermagem da NANDA-I).
5. *Expert* (enfermeiros com cinco ou mais anos, com experiência prática em cardiologia e/ou diagnósticos de enfermagem da NANDA-I).

A experiência em pesquisa foi identificada através da presença ou ausência da autoria em trabalhos em cardiologia e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo atribuído o valor um (1) para presença e zero (0) para ausência.

Tabela 1. Parâmetros para classificação dos juízes. Recife/PE, Brasil, 2019

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática (anos) (X)	Tempo Grupo de Pesquisa (anos) (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z1)	Trabalho de Titulação (Z2)	Produção Científica (Z3)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestre	-	-
3	15-21	7-9	Doutor	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Fonte: DINIZ, 2017.

Para determinar o nível de expertise foram avaliados tempo de prática – X, tempo de pesquisa – Y (experiência prática) e conhecimento científico – Z, que compreende titulação, trabalho de titulação e produção científica (experiência acadêmica) dos juízes. Para cada quesito foi atribuída uma pontuação de 0 a 5 e o nível de expertise se deu pela média aritmética dos três, dada pela fórmula: $\text{Nível de expertise} = (X+Y+Z)/3$.

A captação dos juízes realizou-se através da busca na Plataforma Lattes, no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), por meio do Currículo Lattes, no modo assunto, com as palavras-chave: cardiologia *AND* diagnóstico de enfermagem. E os campos a serem preenchidos foram: doutores, demais pesquisadores e nacionalidade brasileira.

Em adição, a busca também foi realizada no universo das pesquisadoras pela amostragem do tipo “bola de neve” (*snowball sampling*), por meio de indicação de outros especialistas pelos participantes do estudo.

4.3.2 Procedimento para a coleta de dados

Após a captação, os participantes receberam via *e-mail* uma carta-convite (APÊNDICE A), contendo dados sobre a identificação do pesquisador, esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e seu papel ao aceitar participar e o *link* para o acesso ao instrumento eletrônico, que também contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE B). Com a coleta de dados *online* a carta de anuência não foi necessária, sendo solicitada sua dispensa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O instrumento eletrônico de coleta de dados (APÊNDICE C) foi construído no *Google Docs form*, contendo duas partes, a saber: caracterização dos juízes e análise do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Na segunda parte constaram as variáveis (definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e as populações em risco para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca) para a avaliação quanto à representatividade.

Assim, a variável definição do diagnóstico foi avaliada de forma dicotômica (sim ou não) em relação à sua representação para o DE Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

As variáveis, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas e populações em risco foram avaliadas quanto à representatividade para o diagnóstico em questão em cinco escores: 1 (elemento não indicativo do Diagnóstico de Enfermagem); 2 (elemento pouco indicativo do Diagnóstico de Enfermagem); 3 (elemento de algum modo indicativo do Diagnóstico de Enfermagem); 4 (elemento consideravelmente indicativo do Diagnóstico de Enfermagem); e 5 (elemento muito indicativo do Diagnóstico de Enfermagem). Bem como se o conjunto dos elementos dessas variáveis, de forma dicotômica (sim ou não), é representativo.

Ademais, um campo foi deixado em aberto para comentários e sugestões, além da remessa de outro arquivo com as definições conceituais e operacionais das características definidoras, fatores relacionados, condições associadas e populações em risco, caso existissem quaisquer dúvidas e o avaliador quisesse consultar.

4.3.3 Análise e organização dos dados

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2010 e analisados com o auxílio do programa SPSS versão 21.0 e do *software R* versão 3.2.0.

Foi realizada a análise descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão e intervalo interquartilico), sendo aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado baseado no modelo da diversidade preditiva, em que a avaliação dos juízes foi ponderada por seu nível de expertise. Assim, para os valores de julgamento de cada item em análise, os quais variaram de 1 (elemento não indicativo do Diagnóstico de Enfermagem) até 5 (elemento muito indicativo do Diagnóstico de Enfermagem), foram atribuídos pesos para a obtenção da média ponderada, a saber: (1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1).

Em seguida, aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade e foi calculada a mediana ponderada das avaliações, já que os valores não aderiram à distribuição normal. Assim, além das medianas dos IVCs, foram apresentados os seus Intervalos de Confiança (ICs) de 95%. Desta maneira, o elemento foi considerado válido quando apresentou uma mediana de IVC $\geq 0,8$ no IC.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A coleta de dados foi efetivada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o Parecer nº: 3.267.149 e CAAE nº: 08322819.8.0000.5208 (ANEXO A) e mediante a assinatura digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS RELACIONADOS À VALIDADE TEÓRICO-CAUSAL

A construção da TMA para embasar a validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca percorreu seis passos, e nesta secção estarão os resultados dos quatro últimos passos, que foram ancorados pelos 24 artigos da amostra final da revisão integrativa, literatura cinzenta e experiência das pesquisadoras. Salienta-se que os dois primeiros passos foram apresentados na secção de materiais e métodos.

5.1.1 Definição dos conceitos principais da TMA

Os conceitos principais identificados para a TMA foram os atributos, antecedentes e consequentes da temática Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, conforme o Quadro 1. Em seguida, os elementos foram definidos de forma conceitual e operacional e os antecedentes e consequentes associados aos conceitos utilizados por Callista Roy em seu modelo de Adaptação, estímulos e comportamentos, respectivamente, conforme os Quadros 2, 3 e 4.

Quadro 1 – Atributos, consequentes e antecedentes do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Atributos
Respostas vagas a questionamentos
Informação inadequada
Consequentes
Aumento das readmissões hospitalares
Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica
Déficit no desempenho do autocuidado
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências
Interação social prejudicada
Piora na qualidade de vida
Seguimento de instrução inadequado
Antecedentes
Ansiedade
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo

Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador
Idoso
Comprometimento cognitivo leve
Depressão

Fonte: O autor (2019)

Quadro 2 – Definições conceituais e operacionais dos atributos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Respostas vagas a questionamentos
Definição Conceitual: Declarações superficiais ao responder perguntas de um tópico específico ¹ .
Definição Operacional: Será perguntado ao indivíduo qual seu diagnóstico médico, o que entende sobre sua doença, que medicação ele utiliza e qual sua função.
Referências: 1. DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS LICENCIADO PARA OXFORD UNIVERSITY PRESS. Apple Inc. MacBook Air, versão 14, 2002-2017.
Informação inadequada
Definição Conceitual: Afirmações errôneas sobre um tópico específico ¹ .
Definição Operacional: Será solicitado ao indivíduo definir sobre sua doença cardíaca.
Referências: 1. DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS LICENCIADO PARA OXFORD UNIVERSITY PRESS. Apple Inc. MacBook Air, versão 14, 2002-2017.

Fonte: O autor (2019)

Quadro 3 – Definições conceituais e operacionais dos estímulos/antecedentes clínicos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Estímulos Contextuais
Ansiedade
Definição Conceitual: Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça ² .
Definição Operacional: Estará presente, caso indivíduo apresente as duas ou mais das seguintes características definidoras do diagnóstico de enfermagem Ansiedade: Alteração na atenção; Alteração na concentração; Bloqueio de pensamentos; Campo de percepção diminuído; Capacidade diminuída para aprender; Capacidade diminuída para solucionar problemas; Confusão; Consciência dos sintomas fisiológicos; Esquecimento; Preocupação; Ruminação mental; e Tendência a culpar os outros ² .
Referências: 2. HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 . Porto Alegre: Artmed, 2018.
Estímulos focais
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde
Definição Conceitual: Conteúdo apresentado de modo não claro, insuficiente, pontual, ou mesmo, não fornecido aos indivíduos, pela equipe de saúde ^{3,4,5,6}
Definição Operacional: Será perguntado ao indivíduo se a equipe de saúde conversou acerca da doença de forma que ele entendeu e ficou sem dúvidas ^{4,5} . Caso a resposta seja não, o fator relacionado Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde considerar-se-á presente.
Referências: 3. SPOSITO, N.P.B.; KOBAYASHI, R.M. Conhecimento das Mulheres com Insuficiência Cardíaca. Revista Mineira de Enfermagem , v. 20, p. e982, 2016.

4. NASCIMENTO, HR.; PÜSCHEL, V.A.A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. enferm. , v. 26, n. 6, p. 1-7, 2013.
5. VAN DER WAL, M.H.L. <i>et al.</i> Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. Heart & Lung. , v. 39, p. 121-130, 2010.
6. LEE, K.S.; MOSER, D.K.; DRACUP, K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. European Journal of Cardiovascular Nursing. , v. 17, n. 6, p. 496-504, 2017.
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde
Definição Conceitual: Falta de opinar no momento da elaboração do plano de cuidados ⁷ .
Definição Operacional: Será indagado ao indivíduo se em algum momento ele opinou sobre o planejamento da realização dos seus cuidados à saúde. Caso a resposta seja não, o fator relacionado "não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde" considerar-se-á presente.
Referências: 7. CHEN, J. <i>et al.</i> Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Sciences. , v. 5, n. 3, p. 213-217, 2018.
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo
Definição Conceitual: O não estabelecimento da afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde ⁸ .
Definição Operacional: Será perguntado ao indivíduo se ele sente segurança na equipe de saúde que o acompanha. Caso a resposta seja negativa, o fator relacionado Relação fragilizada entre profissional e indivíduo considerar-se-á presente.
Referências: 8. BARBOSA, M.I.S.; BOSI, L.M.L. Vínculo: um conceito problemático 1003 no campo da Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva. , v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017.
Estímulos residuais
Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador
Definição Conceitual: Pessoas com menos de 4 anos de escolaridade (analfabetos funcionais) ^{9,10} .
Definição Operacional: Será questionado se o indivíduo e/ou cuidador frequentaram a escola e durante quantos anos. Caso a resposta seja menor ou igual a 4 anos, serão considerados com baixa escolaridade.
Referências: 9. ANDRADE, M.E.B. Alfabetização e letramento de pessoas jovens, adultas e idosas: desafios para a plena inserção nas práticas sociais de leitura e escrita. Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos. v. 4, n. 8, 2016.
10. INAF. Pesquisa gera conhecimento o conhecimento transforma. Instituto Paulo Montenegro. 2018. Disponível em: https://ipm.org.br/relatorios . Acesso em: 01 mai. 2019.
Idoso
Definição Conceitual: Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos ¹¹ .
Definição Operacional: Será perguntada ao paciente a sua idade. Caso a resposta seja maior ou igual a 60 anos, será considerado idoso.
Referências: 11. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Estatuto do idoso. 2017. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/biblioteca/estatuto-do-idoso-miolo-novo.pdf . Acesso em: 01 mai. 2019
Depressão
Definição Conceitual: Distúrbio de natureza multifatorial. Seu diagnóstico é realizado

através da história clínica do paciente e do tempo de evolução dos sinais e sintomas, além da aplicação de escalas específicas ¹² .
Definição Operacional: Será aplicado o Inventário de Depressão de Beck-II, com auxílio de psicólogo (BDI-II), que é validado no Brasil e considerado padrão ouro na detecção da depressão. Essa escala de pontuação é composta por 21 perguntas com quatro opções de respostas que variam de zero a 3. Uma soma de 0-9 é considerada normal, enquanto que somas de 10-15 indicam depressão leve, 16-23 indicam depressão moderada e 24 ou mais pontos indicam depressão severa ¹² . Será considerado com depressão o indivíduo que tiver uma pontuação igual maior a 10 pontos.
Referências: 12. GUERRA, T.R.B. <i>et al.</i> Methods of Screening for Depression in Outpatients with Heart Failure. International Journal of Cardiovascular Sciences , v. 31, n. 4, p. 414-421, 2018.
Comprometimento cognitivo leve
Definição Conceitual: O comprometimento cognitivo leve (CCL) é definido por declínios de memória que são determinados por testagem neuropsicológica, mas que não intervêm com as atividades básicas e instrumentais da vida diária ¹³ .
Definição Operacional: O teste de Avaliação Cognitiva Montreal (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) tem sido sugerido como instrumento eficaz no auxílio do rastreamento do CCL. O tempo do teste da avaliação é estimado em 20 minutos e a pontuação máxima possível é de 30 pontos. O ponto de corte para CCL é de 26 pontos e pontuação acima de 26 é considerada normal ¹³ . O indivíduo será considerado com CLL caso obtenha pontuação menor que 26 pontos.
Referências: 13. CECATO, J.F. <i>et al.</i> Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. , v. 17, n. 4, p. 707-719, 2014.

Fonte: O autor (2019)

Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais dos comportamentos/consequentes clínicos do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Comportamentos
Aumento das readmissões hospitalares
Definição Conceitual: É a admissão subsequente à internação índice (primeira admissão hospitalar durante o período de seguimento), no intervalo de tempo considerado, independentemente do diagnóstico que a motivou ou do local onde ocorreu a readmissão ¹⁴ .
Definição Operacional: Será perguntado ao indivíduo quantas vezes ele esteve internado nos últimos 90 dias, devido a descompensação da IC ¹⁵ . Então, será caracterizada readmissão, em caso de duas internações em 90 dias pelos mesmos sinais e sintomas da IC.
Referências: 14. REIS, M.B. <i>et al.</i> Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo-SP. Medicina (Ribeirão Preto) , v. 48, n. 2, p. 138-42, 2015.
15. ALBUQUERQUE, D.C. <i>et al.</i> I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. Arq Bras Cardiol. v. 104, n. 6, p. 433-442, 2014.
Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica
Definição Conceitual: Respostas vagas sobre questionamentos relativos à doença e/ou terapêutica ¹⁶ .
Definição Operacional: Será aplicado o questionário de Conhecimento da Doença e

Autocuidado ^{16,17} , cuja característica definidora estará presente em caso de acerto, pelos indivíduos, de até 70% das questões.
Referências: 16. BERTUZZI, D. <i>et al.</i> Conhecimento do paciente com insuficiência cardíaca no contexto domiciliar: estudo experimental. Online Brazilian Journal of Nursing. , v. 11, n. 3, p. 1-8, 2012. 17. RABELO, E.R. <i>et al.</i> Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem. , v. 19, n. 2, p. 08 telas, 2011.
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências
Definição Conceitual: Tomada de decisões imprecisas perante complicações de sua saúde ^{4,16} .
Definição Operacional: O indivíduo será questionado se, nas situações de elevação do peso 2 kg em menos de 3 dias, aumento de edema em membros inferiores, e/ou dispneia aos mínimos esforços, ele deverá procurar um serviço de saúde. Caso a resposta seja negativa, ele terá essa característica presente.
Referências: 4. NASCIMENTO, HR.; PÜSCHEL, V.A.A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. Acta paul. enferm. , v. 26, n. 6, p. 1-7, 2013. 16. BERTUZZI, D. <i>et al.</i> Conhecimento do paciente com insuficiência cardíaca no contexto domiciliar: estudo experimental. Online Brazilian Journal of Nursing. , v. 11, n. 3, p. 1-8, 2012.
Interação social prejudicada
Definição Conceitual: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz de troca social ² .
Definição Operacional: Será considerada, caso o indivíduo apresente duas ou mais das cinco características definidoras (desconforto em situações sociais, família relata mudança na interação, função social prejudicada, insatisfação com envolvimento social e interação disfuncional com outras pessoas), presentes no diagnóstico de DE Interação social.
Referências: 2. HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.
Déficit no desempenho do autocuidado
Definição Conceitual: Deficiência na tomada de decisões e ações empreendidas por indivíduos, a fim de manter a saúde e bem-estar ou gerenciar a doença crônica ¹⁸ .
Definição Operacional: Será aplicado o questionário Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), composto por 22 itens ¹⁹ . Os escores para cada domínio variam de 0-100 pontos. Essa característica será considerada presente no caso de o indivíduo apresentar um escore menor que 70 pontos para cada subescala.
Referências: 18. PLOTKA, A. <i>et al.</i> Knowledge of heart failure and their perception of the disease. Patient Preference and Adherence. , v. 11, p. 1459–1467, 2017. 19. CONCEIÇÃO, A.P. <i>et al.</i> Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem. , v. 23, n. 4, p. 578-86, 2015.
Piora na qualidade de vida
Definição Conceitual: Déficit na percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando o contexto cultural, valores, sentimentos, expectativas e necessidades ²⁰ .
Definição Operacional: Será aplicado o questionário validado e específico para essa população, Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), que é constituído por 21 itens. A pontuação final do MLHFQ pode variar de 0 a 105. Escore total do MLHFQ menor que 24 pontos indica boa qualidade de vida, escore de 24 a 45 pontos indica moderada qualidade de vida e escore maior que 45, qualidade de vida

ruim ²⁰ . O indivíduo terá essa característica caso apresente um escore maior que 24 pontos.
Referências: 20. MORAIS, E.R. <i>et al.</i> Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. EVS PUC GO. , v. 45, p. 71-79, 2018.
Seguimento de instrução inadequado
Definição Conceitual: Presente quando há o estabelecimento das atividades, no entanto, os indivíduos não executam o comando específico ²¹ .
Definição Operacional: Será questionado ao indivíduo se diariamente ele faz a medição do peso, ingestão de medicamentos e de dieta conforme prescrição. Caso o indivíduo relate não realizar alguma dessas três atividades conforme o comando estabelecido, terá a característica definidora como presente.
Referências: 21. SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. Esc. Enferm. USP. , v. 48, n. 1, p. 18-24, 2014.

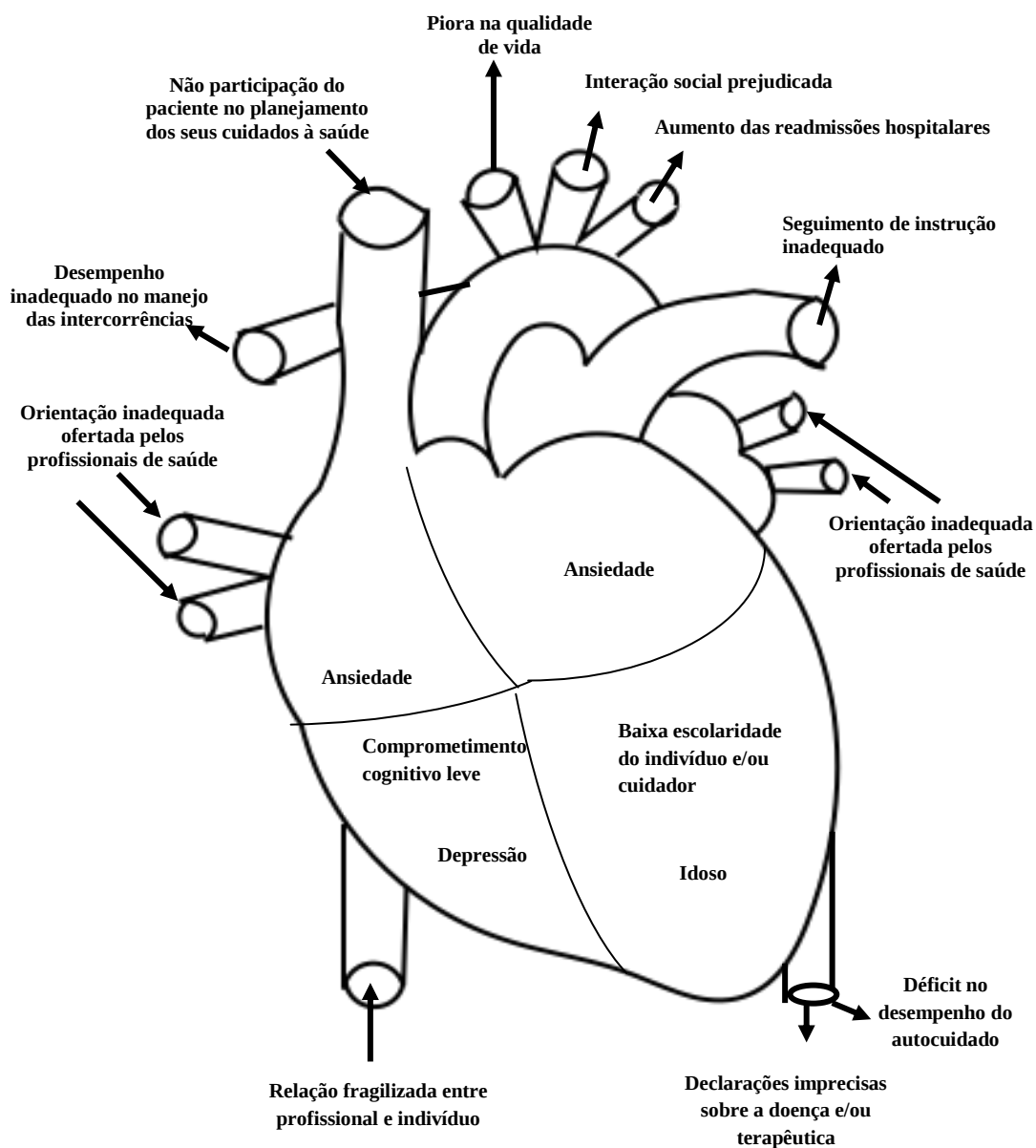
Fonte: O autor (2019)

5.1.2 Desenvolvimento de um esquema pictorial da TMA

Para clarificar a associação dos elementos da TMA (antecedentes e consequentes) com os conceitos do Modelo de Adaptação de Roy (estímulos e comportamentos), construiu-se um pictograma, conforme verificado na Figura 2.

O pictograma construído representa o coração com suas vias de entradas e saídas. As vias de entrada do coração (veia cava superior e inferior e veias pulmonares) representam os estímulos recebidos e as vias de saída (artérias pulmonares; artéria aorta), os comportamentos gerados pelos estímulos.

Figura 2 – Pictograma explicativo com a inter-relação dos conceitos do Conhecimento deficiente em pacientes com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019



Fonte: O autor (2019)

Quadro 5 – Representação da associação dos conceitos (estímulos e comportamentos) do Modelo de Adaptação de Roy verificados em indivíduos com insuficiência cardíaca e conhecimento deficiente em relação aos vasos e câmaras do coração. Recife/PE, Brasil, 2019

ESTÍMULOS			
Estímulos Focais	Estímulos contextuais	Estímulos residuais	
VCS/VCI e VP*	AD e AE*	VD e VE*	
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	Ansiedade	Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador	
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde		Idoso	
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo		Comprometimento cognitivo leve	
		Depressão	
COMPORTAMENTOS			
AA	AP	ABCF/ACCE/ASCE	
Declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica	Seguimento de instruções inadequado	Aumento das readmissões hospitalares	Piora na qualidade de vida
Déficit no desempenho do autocuidado	Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	Interação social prejudicada	

*VCS – Veia cava superior; VCI – Veia cava inferior; VP – Veia pulmonar; AD – Átrio direito; AE – Átrio esquerdo; VD – Ventrículo direito; VE – Ventrículo esquerdo. AA – Artéria Aorta; AP – Artéria pulmonar; ABCF – Artéria braquiocefálica; ACCE – Artéria carótida comum esquerda; ASCE – Artéria subclávia esquerda

5.1.3 Construção das proposições da TMA

As proposições foram construídas por meio da formação de uma declaração com o envolvimento dos atributos, antecedentes e consequentes encontrados na RI e conceitos usados por Callista Roy em seu modelo de Adaptação. Assim, foram feitas 11 proposições, verificadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Proposições com a inter-relação dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Proposições para os antecedentes
A partir do momento em que <i>o indivíduo não é convidado a elaborar junto com a equipe o seu plano de cuidados</i> , ele se torna um agente passivo, podendo interferir na sua compreensão e assim ser um estímulo focal para o aparecimento de um conhecimento deficiente referente à insuficiência cardíaca.
Uma <i>orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde</i> é um estímulo que afeta diretamente o paciente com insuficiência cardíaca, perpetuando o problema adaptativo diminuição do processo cognitivo.
Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à insuficiência cardíaca são encontradas entre pacientes que apresentam uma <i>relação fragilizada</i> com os profissionais de saúde.
Os fatores sociodemográficos (<i>idade e baixa escolaridade</i>) e clínicos (<i>ansiedade, depressão e comprometimento cognitivo leve</i>) são estímulos que estão presentes nos pacientes que apresentam respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à insuficiência cardíaca.
Proposições para os consequentes
Um dos fatores que levam ao <i>aumento de readmissões hospitalares</i> entre pacientes com insuficiência cardíaca é um conhecimento deficiente sobre sua doença e terapêutica.
O indivíduo com insuficiência cardíaca terá um comportamento de <i>déficit do autocuidado</i> , quanto menor o seu conhecimento sobre a doença.
A diminuição do processo cognitivo interfere na <i>tomada de decisão frente a uma intercorrência</i> .
O conhecimento deficiente sobre a insuficiência cardíaca ocasiona comportamentos nos pacientes, como uma <i>interação social prejudicada</i> .
É perceptível a <i>piora na qualidade de vida</i> de pacientes com insuficiência cardíaca que também apresentam o problema adaptativo diminuição do processo cognitivo.
O <i>seguimento de instrução inadequado</i> é um comportamento presente em pacientes que relataram respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à insuficiência cardíaca.
<i>Declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica</i> são emitidas por pacientes com insuficiência cardíaca quando estes possuem o problema adaptativo diminuição do processo cognitivo.

Fonte: O autor (2019)

5.1.4 Estabelecimento das relações de causalidade e de evidências para a prática

As quatro relações de causalidade foram construídas estabelecendo o acontecimento do problema adaptativo conhecimento deficiente, pelos estímulos focais e contextual/antecedentes elencados pela TMA, permitindo conduzir a um raciocínio e julgamento clínico, conforme o Quadro 7.

Quadro 7 – Relações dos conceitos da Teoria de Médio Alcance do Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Relações causais do Conhecimento deficiente
Estímulos Focais
<i>A orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde pode levar a um conhecimento deficiente para o desempenho adequado no manejo das intercorrências.</i>
<i>Uma relação fragilizada entre profissional e indivíduo pode contribuir para o aparecimento de declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica devido a um conhecimento deficiente.</i>
<i>O conhecimento deficiente pode ser associado pela não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde, evidenciando um aumento das readmissões hospitalares.</i>
<i>A não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados a saúde pode gerar ansiedade e resultar em déficit no desempenho do autocuidado.</i>
Estímulo Contextual
<i>A ansiedade é uma condição que pode surgir em resposta às orientações inadequadas ofertadas pelos profissionais de saúde, perpetuando um déficit no desempenho do autocuidado.</i>
Estímulo Residual
<i>O comprometimento cognitivo leve e baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador podem ser responsáveis por gerar declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, evidenciando um conhecimento deficiente.</i>
<i>A depressão pode ter início após nova condição clínica e ser responsável pelo seguimento de instrução inadequado e déficit no autocuidado, evidenciando um conhecimento deficiente.</i>

Fonte: O autor (2019)

5.2 EQUIVALÊNCIA DOS ELEMENTOS DA TMA COM OS COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE PROPOSTOS PELA NANDA-I

Após a realização das etapas da TMA para guiar a validação de um diagnóstico de enfermagem, estabeleceu-se a equivalência dos achados com a definição e os indicadores clínicos do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento deficiente presentes na Taxonomia II da NANDA - I.

As características definidoras presentes na Taxonomia II da NANDA-I que apresentaram ideia equivalente com os consequentes foram: Conhecimento insuficiente – declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica; Desempenho inadequado em um teste – desempenho inadequado no manejo das intercorrências; e Seguimento de instruções inadequado e comportamento inapropriado – seguimento de instrução inadequado.

E os fatores relacionados presentes na Taxonomia II da NANDA-I com ideia equivalente com os antecedentes foram: Informações incorretas apresentadas por outros,

Conhecimento insuficiente sobre recursos e Informações insuficientes – Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde; e Interesse insuficiente em aprender – Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde.

Ademais, quatro consequentes/comportamentos (aumento das readmissões hospitalares, piora na qualidade de vida, déficit no desempenho do autocuidado e Interação social prejudicada), dois antecedentes/estímulos (Relação fragilizada entre profissional e indivíduo e Ansiedade), duas condições associadas (Comprometimento cognitivo leve e Depressão) e duas populações de risco (Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidado e Idoso) foram acrescentados.

Sendo assim, a proposta para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca contou com uma nova formulação da definição, sete características definidoras, quatro fatores relacionados, duas condições associadas e duas populações de risco, e seguiu para validação de conteúdo por juízes conforme verificado no Quadro 8.

Quadro 8 – Componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente para indivíduos com insuficiência cardíaca a partir da TMA. Recife/PE, Brasil, 2019

Taxonomia II NANDA-I	Teoria Médio Alcance	Proposta
Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente	Fenômeno Conhecimento Deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca	Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca
Definição: Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.	Definição: Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à saúde.	Definição: Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à saúde.
Características definidoras	Consequentes/Comportamentos	Características definidoras
Conhecimento insuficiente	Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica	Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica
Desempenho inadequado em um teste	Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	Desempenho inadequado no manejo das intercorrências
Seguimento de instruções inadequado	Seguimento de instrução inadequado	Seguimento de instrução inadequado
Comportamento inapropriado		
	Aumento das readmissões hospitalares	Aumento das readmissões hospitalares

	Piora na qualidade de vida	Piora na qualidade de vida
	Déficit no desempenho do autocuidado	Déficit no desempenho do autocuidado
	Interação social prejudicada	Interação social prejudicada
Fatores relacionados	Antecedentes/Estímulos	Fatores relacionados
Informações incorretas apresentadas por outros	Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde
Conhecimento insuficiente sobre recursos		
Informações insuficientes		
Interesse insuficiente em aprender	Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde	Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde
	Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador	Relação fragilizada entre profissional e indivíduo
	Ansiedade	Ansiedade
Condições associadas	Depressão	Condições associadas
Alteração na função cognitiva	Comprometimento cognitivo leve	Comprometimento cognitivo leve
Alteração de memória		
	Relação fragilizada entre profissional e indivíduo	Depressão
	Idoso	População em risco
		Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador
		Idoso

Fonte: O autor (2019)

5.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Para esta etapa, participaram 48 juízes (caracterizados na Tabela 2) para a análise de conteúdo da proposição do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

Tabela 2 – Caracterização dos juízes que avaliaram o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	42	87,5
Masculino	6	12,5

Titulação		
Especialista	10	20,8
Mestre	25	52,1
Doutor	11	22,9
Pós-Doutor	2	4,2
Desenvolvimento de estudo sobre Terminologias de Enfermagem		
Sim	29	60,4
Não	19	29,6
Desenvolvimento de estudo sobre Diagnóstico de Enfermagem		
Sim	32	66,7
Não	16	33,3
Desenvolvimento de estudo na área de cardiologia		
Sim	31	64,6
Não	17	35,4
Participação em grupo de pesquisa sobre terminologia de enfermagem		
Sim	25	51,1
Não	23	47,9
Participação em grupo de pesquisa sobre cardiologia		
Sim	26	54,2
Não	22	45,8
Utilização de diagnósticos de enfermagem na assistência		
Sim	40	83,3
Não	8	16,7
Utilização de diagnósticos de enfermagem no ensino		
Sim	38	79,2
Não	10	20,8
Na prática assistencial trabalha ou trabalhou com pacientes cardiopatas		
Sim	40	83,3
Não	8	16,7
Na prática docente ministra disciplina de cardiologia		
Sim	26	54,2
Não	22	45,8
Nível de expertise		
Novato	4	8,3
Iniciante avançado	28	58,3
Competente	10	20,8
Proficiente	5	10,4
Expert	1	2,1

	Média	DP	Mediana	P(25)	P(75)
Idade	33,76	8,85			
Tempo de atuação profissional			8	5	11
Tempo grupo de pesquisa sobre terminologia de enfermagem	7,29	4,47			
Tempo de uso de DE na prática assistencial	5,54	3,87			
Tempo de uso de DE na prática docente			4	2	5

Tempo grupo de pesquisa na área de cardiologia	5,79	5,24		
Tempo de atuação com pacientes cardiopatas		4	2	9
Tempo de atuação docente com disciplina referente a cardiologia		3	2	5

Legenda: DP (Desvio padrão); P (Percentil).

Fonte: Autoras (2019)

Observa-se, na Tabela 2, que a maioria dos juízes (87,5%) era do sexo feminino, com titulação de mestre (52,1%), classificação de nível de expertise iniciante avançado (58,3%); utilizava diagnósticos de enfermagem na assistência (83,3%) e no ensino (79,2%). Na prática assistencial, 83,3% referiram já ter trabalhado ou ainda trabalhavam com pacientes cardiopatas.

Em relação ao desenvolvimento de estudos, 66,7% dos juízes desenvolveram na área de DE e 64,6%, em cardiologia. Sobre a participação em grupos de pesquisa, terminologia de enfermagem e cardiologia, cerca de 51,1% e 54,2%, respectivamente, afirmaram participação.

Ademais, a idade média dos juízes foi de 33,76 anos, o tempo de atuação profissional teve 8 anos de mediana, sendo mediana de 4 anos para atuação com pacientes cardiopatas, média de 7,29 e 5,79 anos de tempo de grupo de pesquisa sobre terminologia de enfermagem e cardiologia, respectivamente, média de 5,54 e mediana de 4 anos de uso de DE na prática assistencial e docente, respectivamente, e mediana de 3 anos para o tempo de atuação docente com disciplina referente a cardiologia.

Em relação à análise dos componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca extraídos da TMA, os juízes avaliaram a adequação da definição presente na Taxonomia da NANDA-I e a construída a partir do desenvolvimento da TMA. Verifica-se que 66,6% dos juízes apontaram que a definição construída através do gradiente teórico da TMA estava mais adequada do que a já presente na NANDA-I, conforme se verifica na Tabela 3.

Tabela 3 – Definição do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Variáveis	N	%
Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico. (NANDA)	16	33,3
Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes a um tópico específico. (TMA)	32	66,6

No que diz respeito à avaliação dos componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, a Tabela 4 demonstra que os fatores relacionados (Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde; Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde; e Relação fragilizada entre profissionais e indivíduos), as populações de risco (Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador e Idoso), a condição associada (Comprometimento cognitivo leve), e as características definidoras (Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica; Desempenho inadequado no manejo das intercorrências; Déficit no desempenho do autocuidado; Seguimento de instrução inadequado; Piora na qualidade de vida; e Aumento das readmissões hospitalares) foram considerados válidos ($IVC \geq 0,8$ no IC).

Tabela 4 – Avaliação dos indicadores do diagnóstico Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca. Recife/PE, Brasil, 2019

Indicadores do diagnóstico	Teste de Shapiro-Wilk		IVC (Mediana)	IC95%	
	W	Valor p			
Fator relacionado					
Ansiedade	0,88	<0,001	0,62	0,50	0,63
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	0,50	<0,001	1,00	1,00	1,00
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde	0,51	<0,001	1,00	1,00	1,00
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo	0,74	<0,001	0,87	0,75	0,88
População em risco					
Idoso	0,67	<0,001	0,88	0,87	1,00
Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador	0,51	<0,001	1,00	1,00	1,00
Condição Associada					
Depressão	0,87	<0,001	0,63	0,62	0,75
Comprometimento cognitivo leve	0,74	<0,001	0,87	0,87	0,88
Características definidoras					
Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica	0,45	<0,001	1,00	1,00	1,00
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	0,71	<0,001	0,87	0,87	0,88
Interação social prejudicada	0,89	<0,001	0,63	0,62	0,75
Déficit no desempenho do autocuidado	0,59	<0,001	0,88	0,88	1,00
Piora na qualidade de vida	0,83	<0,001	0,75	0,75	0,87
Seguimento de instrução inadequado	0,53	<0,001	1,00	1,00	1,00

Aumento das readmissões hospitalares	0,81	<0,001	0,75	0,75	0,87
--------------------------------------	------	--------	------	------	------

Legenda: p (nível de significância); IVC (índice de validade de conteúdo); IC (Intervalos de Confiança)

Após a análise dos especialistas, foram considerados válidos seis características definidoras, três fatores relacionados, uma condição associada e duas populações em risco, apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 – Proposta final dos componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, após avaliação dos especialistas. Recife/PE, Brasil, 2019

Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca

Definição

Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes à saúde.

Características definidoras

- Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica
- Desempenho inadequado no manejo das intercorrências
- Seguimento de instrução inadequado
- Aumento das readmissões hospitalares
- Piora na qualidade de vida
- Déficit no desempenho do autocuidado

Fatores relacionados

- Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde
- Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde
- Relação fragilizada entre profissional e indivíduo

Condições associadas

- Comprometimento cognitivo leve

População em risco

- Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador
- Idoso

Fonte: O autor (2019)

6 DISCUSSÃO

De acordo com estudos, o Conhecimento deficiente é um DE presente em pacientes com problemas cardíacos e tem sido um fenômeno encontrado nos indivíduos com IC (FREITAS; PÜSCHEL, 2013; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2016), além de apresentar-se como um diagnóstico real da Taxonomia II da NANDA – I, com necessidade de validação (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Estudos realizam a validação de DE com foco em clarificar fenômenos, para possibilitar a segurança no julgamento clínico do enfermeiro e na realização das etapas do Processo de Enfermagem (MANGUEIRA, 2014; DINIZ, 2017). E uma das etapas para ancorar a validação de um DE é a construção de uma Teoria de Médio Alcance (LOPES; SILVA, 2016).

Fernandes (2018), Souza (2017) e Diniz (2017) utilizaram a estratégia de construção de uma TMA como o primeiro passo para validar um DE, com vistas a solidificar as relações entre os componentes de um diagnóstico de enfermagem, garantindo a compreensão e, por conseguinte, elevando sua confiabilidade para aplicação na prática.

Gordon (1990) também ratifica a necessidade de se desenvolver teorias de médio alcance que expliquem a base conceitual para os DEs da taxonomia da NANDA Internacional, com vistas a torná-los clinicamente bem embasados. Assim, a base teórica desenvolvida dentro de cada diagnóstico avançará, de modo que existirão relações entre seus componentes (BLEGEN; TRIPP-REIMER, 1997).

Nesse aspecto, para a construção de uma TMA, recomenda-se a utilização de um modelo conceitual mais abrangente na área da enfermagem (BRANDÃO *et al.*, 2017). As grandes teorias, por apresentarem perspectivas globais, guiam a construção de uma TMA, como o Modelo de Adaptação de Roy (ROY, 2009).

Assim como este estudo, outros três utilizaram como referencial teórico o Modelo de Adaptação de Roy (FERNANDES, 2018; SOUZA, 2017; DINIZ, 2017). Ademais, tal Modelo foi verificado como um dos mais usados para o desenvolvimento de Teorias de Médio Alcance em estudos primários da enfermagem brasileira (TONIN, 2019).

Para Roy, as teorias podem ser desenvolvidas de pesquisas existentes, tornando-se evidências para prática. O modelo de Adaptação constitui a base para a compreensão do indivíduo como sistema capaz de se adaptar, caracterizando o indivíduo como um ser biopsicossocial que responde aos estímulos internos e externos de modo adaptativo,

satisfatório ou não, contando com mecanismos de enfrentamento de diferentes vertentes, como a social, fisiológica, emocional e psicológica (ROY, 2009).

Dessa maneira, relacionando os elementos identificados na revisão integrativa com os pressupostos apresentados no Modelo Teórico de Adaptação de Roy, os antecedentes foram classificados em estímulos focais (Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde; Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde e Relação fragilizada entre profissional e indivíduo), contextuais (Ansiedade) e residuais (Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador; Idoso; Comprometimento cognitivo leve e Depressão) (ROY, 2009).

O estímulo focal é o que mais impacta os indivíduos, sendo, dessa forma, confrontado imediatamente pelos mesmos. O contextual é o comportamento desenvolvido pelo indivíduo em resposta ao estímulo focal. E os estímulos residuais encontram-se no ambiente, no entanto, a pessoa não tem consciência sobre essa existência e o impacto causado no comportamento ainda é desconhecido (ROY, 2009).

Os consequentes tiveram equivalência com os comportamentos apresentados por indivíduos com IC sobre o fenômeno conhecimento deficiente; foram eles: Aumento das readmissões hospitalares; Declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica; Déficit no desempenho do autocuidado; Desempenho inadequado no manejo das intercorrências; Interação social prejudicada; Piora na qualidade de vida; e Seguimento de instrução inadequado. Para Roy (2009) a forma como os indivíduos respondem aos estímulos caracteriza seu comportamento, o que define seu mecanismo de enfrentamento.

Em seguida, foram construídos, em paralelo, as proposições, relações causais e o pictograma, como forma de clarear ainda mais o fenômeno de conhecimento deficiente em indivíduos com IC. Esses tiveram como base o Modelo de Adaptação de Roy e, em adição ao pictograma, utilizou-se a fisiologia cardíaca.

O mecanismo da fisiologia cardíaca, em condições normais, envolve as vias de entrada (veias cavas superior e inferior), as quais são responsáveis pelo transporte do sangue venoso do corpo ao coração, causando o primeiro impacto, que é a chegada do sangue ao coração, gerando aumento da pressão atrial direita. Em seguida, através das veias pulmonares o sangue retorna oxigenado ao átrio esquerdo, provocando aumento da pressão atrial esquerda e abertura das válvulas para a passagem do sangue aos ventrículos. Após esses movimentos, o sangue sai oxigenado pela artéria aorta e suas ramificações, irrigando os órgãos (WOODS *et al.*, 2005). Contudo, algumas alterações estruturais nos ventrículos direito e esquerdo podem culminar na insuficiência cardíaca, provocando um desequilíbrio no funcionamento cardíaco.

À medida que se tem conhecimento e se compreende o que é ensinado, a informação flui e a orientação é seguida, culminando na manutenção de uma vida saudável e estável. No entanto, quando estímulos influenciam de forma não positiva, como, por exemplo, ter orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde, a não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde e a relação fragilizada entre profissional e indivíduo, isso pode dar início a um quadro de instabilidade, ou seja, um conhecimento deficiente.

Um levantamento sobre estudos de validação de conteúdo de DE demonstrou que a maioria das pesquisas foi realizada no Brasil, com abordagem na cardiologia e tendo as características definidoras como componente mais explorado (OLIVEIRA; DURAN, 2015).

Em relação ao referencial teórico utilizado nas pesquisas de validação de DE, observa-se que o método de validação de Fehring é o mais empregado, contudo, menciona-se que vários pontos desse método dificultam e limitam o andamento de algumas etapas, e por isso alguns pesquisadores passaram a fazer algumas adaptações (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Para um conhecimento mais apropriado e nível de expertise mais elevado, é indicado, além da titulação, o juiz ter competência prática, tempo de experiência clínica e científica e intuição construída profissionalmente, dentro do tema estudado (DINIZ, 2017).

Foram enviados os convites para 96 enfermeiros (o dobro da amostra pretendida), no entanto, após algumas recusas, utilizou-se o critério de amostragem "bola de neve", alcançando os 48 juízes especialistas. Estudos realizados também encontraram dificuldade de retorno dos enfermeiros, apontando que a responsabilidade profissional e a pouca disponibilidade podem ser fatores que interferem na participação em pesquisas (MANGUEIRA, 2014; DINIZ, 2017).

O perfil dos juízes contou com predominância na classificação iniciante avançado (58,3%), seguindo para competente (20,8%) e proficiente (10,4%). Tal classificação foi feita segundo Benner, Tanner e Chesla (2009) e os critérios de seleção levaram em consideração a experiência acadêmica e clínica dos juízes, assim como aconteceu em outras pesquisas sobre validação de DE (MANGUEIRA, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2015; DINIZ, 2017).

Dos juízes participantes da etapa de validação de conteúdo do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, 83,3% dos enfermeiros trabalhavam com pacientes cardiopatas e com mediana de 8 anos para o tempo de trabalho na prática e de 4 anos especificamente com essa clientela. Lopes, Silva e Araújo (2012) consideram 5 anos de prática como o tempo mínimo para ser considerado um bom avaliador.

Em relação ao perfil dos juízes, a maioria era do sexo feminino, e mestres, com média da idade de 33,76 anos. Outros estudos que realizaram validação de conteúdo de DEs presentes na Taxonomia II da NANDA-I apresentaram dados semelhantes ao perfil sociodemográfico encontrado em nosso estudo (GALDEANO, 2008; MANGUEIRA, 2014; FRAZÃO, 2015; FERNANDES, 2018).

A maioria dos juízes participou de grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem e desenvolveu estudos voltados para terminologias de enfermagem e para DE. Fato que pode ter relação com o direcionamento da busca, onde os critérios de inclusão foram enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em cardiologia e/ou diagnóstico de enfermagem da NANDA-I. Outro estudo também utilizou uma busca direcionada e também obteve resultados semelhantes (DINIZ, 2017).

Quanto à avaliação dos juízes a respeito da pertinência das sete características definidoras da proposta do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, seis foram consideradas válidas: déficit no desempenho do autocuidado, declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, desempenho inadequado no manejo das intercorrências, seguimento de instrução inadequado, piora na qualidade de vida e aumento das readmissões hospitalares.

Estudos evidenciam que uma compreensão inadequada sobre a doença e tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca traz consequências tais como: déficit no desempenho do autocuidado, declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica, desempenho inadequado no manejo das intercorrências e seguimento de instrução inadequado (MANTOVANI *et al.*, 2015; LEE *et al.*, 2017; ZENG *et al.*, 2017).

O autocuidado inadequado tem sido responsável pela causa mais comum de re-hospitalizações em pacientes com IC (HWANG *et al.*, 2014). Programas de educação em saúde que utilizam planos para identificar benefícios e barreiras para o autocuidado tendem a contribuir para a compreensão de que a pesagem diária e verificação de edema podem contribuir em alertar esses pacientes para sinais de descompensação, evitando a hospitalização (SACCOMANN, 2014). Acredita-se que o conhecimento dos pacientes sobre a IC é a base de um autocuidado bem-sucedido, e isso pode ser alcançado através da educação desses pacientes (HWANG *et al.*, 2014).

Uma das formas que podem diminuir os índices de mortalidade e morbidade associadas à IC é permitir ao paciente maior acesso ao conhecimento sobre o tratamento e sua condição clínica (BONIN *et al.*, 2016). Estudo realizado para comparar o nível de conhecimento entre pacientes com IC, que participavam e não participavam de Programas de

Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica, mostrou que houve diferença entre os grupos, onde o grupo com maior índice de acerto foi o que participava da educação em saúde (BONIN *et al.*, 2016).

É importante que os pacientes possuam conhecimento sobre todos os aspectos de sua doença, para que, dessa forma, menos re-hospitalizações por descompensação aconteçam. Outro estudo realizado verificou que 72% dos pacientes ambulatoriais portadores de IC utilizavam as medicações, no entanto, não sabiam o nome e a indicação dos medicamentos que utilizavam. Esses resultados mostram conhecimento insuficiente para compreender o problema e, assim, manejar a doença e intercorrências (FREITAS; PÜSCHEL, 2013).

A dispneia, tosse, ortopneia, edema e cansaço são manifestações clínicas que estão presentes há pelo menos sete dias antes da busca por atendimento de saúde por pacientes com IC, refletindo um desempenho inadequado no manejo das intercorrências, tornando o paciente cada vez mais susceptível a complicações mais graves (BORN *et al.*, 2019).

Estudo qualitativo verificou que um dos motivos para o cumprimento das orientações é o medo de re-hospitalizações, e também a retenção hídrica. Em contrapartida, alguns fatores para o descumprimento das instruções são a dificuldade de seguir a dieta, a restrição hídrica e a verificação do peso diário prescritos. Em adição, ter fornecimento da orientação prestado apenas pelo enfermeiro (VAN DER WAL *et al.*, 2010).

Ademais, pacientes com alfabetização em saúde baixa apresentam maior dificuldade na compreensão da prescrição médica, e dos rótulos das medicações, o que pode favorecer o não seguimento da instrução relacionada ao tratamento medicamentoso e esse pode ser um fator que leve à não aderência medicamentosa (WU *et al.*, 2017).

A piora na qualidade de vida pode ser ocasionada pela ocorrência dos sintomas físicos (dispneia, dor precordial e edema) e fatores emocionais como medo e ansiedade, nos pacientes com IC (MORAIS *et al.*, 2018).

Em relação às readmissões hospitalares que ocorrem por persistência ou por episódios recorrentes da doença (REIS *et al.*, 2015), podem ser relacionadas ao pouco conhecimento sobre a doença e tratamento, baixa adesão às orientações quanto ao autocuidado e presença de infecções (MUSSI *et al.*, 2013; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015). Estudos randomizados mostram que, quando bem instruídos e acompanhados, os pacientes cardíacos aderem mais ao tratamento, melhoram o conhecimento sobre a doença e autocuidado (MUSSI *et al.*, 2013; MANTOVANI *et al.*, 2015). Além disso, uma educação individualizada e apropriada realizada por enfermeiros, sobretudo com idosos, tende a reduzir as readmissões hospitalares (FERREIRA *et al.*, 2015; MATHEW; THUKHA, 2018).

Estudo em que testou a acurácia das características definidoras do DE Conhecimento deficiente presentes na Taxonomia da NANDA-I revelou que as CDs seguimento inadequado de instruções e verbalização de problema tiveram alto valor preditivo positivo e negativo, indicando uma elevada probabilidade de ocorrência do diagnóstico (TAMBORIL, 2015).

Interação social prejudicada foi a única característica definidora considerada não válida pelos juízes, resultado que foi acatado nesta pesquisa.

É importante que o paciente tenha conhecimento acerca de sua doença, haja vista que essa é uma condição ímpar no tratamento clínico e reabilitação dos pacientes com IC (BONIN *et al.*, 2016). Acredita-se que um dos fatores causados pela falta de conhecimento seja o isolamento social IC (BONIN *et al.*, 2016). A interação social prejudicada está presente na Taxonomia II, da NANDA-I, como DE, sendo definida como a "quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 573). Apresenta a condição associada isolamento terapêutico e um dos fatores relacionados é um conhecimento insuficiente sobre como fortalecer a reciprocidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Em relação à avaliação dos juízes sobre a pertinência dos quatros fatores relacionados da proposta do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, apenas a Ansiedade não foi válida e três foram considerados válidos: Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde; Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde; e Relação fragilizada entre profissional e indivíduo.

A ansiedade é referida como possível fator que pode interferir na aprendizagem do paciente (HWANG *et al.*, 2014). É um diagnóstico de enfermagem presente no domínio enfrentamento/tolerância ao estresse e na classe respostas de enfrentamento da Taxonomia II da NANDA-I e, assim, é passível de uso para guiar um planejamento de intervenções de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Contudo, os juízes apontaram que a Ansiedade seria mais pertinente para a categoria condição associada e não como fator relacionado.

A orientação inadequada ofertada pelo profissional de saúde pode ser referida como as informações que não estão chegando em sua totalidade ao paciente, o que tem interferido no conhecimento e autocuidado (SPOSITO; KOBAYASHI, 2016; PLOTKA *et al.*, 2017; ZENG *et al.*, 2017). Estudo realizado no Kwait e outro no Nordeste do Brasil, com enfermeiros de uma clínica e serviço especializado em IC, respectivamente, para medir o nível de conhecimento desses profissionais, não mostrou resultados positivos, sobretudo, quando as questões eram relacionadas aos sinais e sintomas menos específicos da IC e sua terapêutica

(AZEVEDO *et al.*, 2018; BADER *et al.*, 2018). Esse é um dado importante que reflete no conhecimento dos pacientes acerca de sua doença e condição (BADER *et al.*, 2018).

Uma relação fragilizada entre profissional e indivíduo interfere diretamente no estabelecimento de um conhecimento adequado por pacientes cardíacos, uma vez que a falta de segurança no profissional que transmite a informação reflete para uma não confiança do indivíduo nas informações recebidas (DAVIS *et al.*, 2012).

Em acréscimo, um conhecimento deficiente pode ser relacionado com a não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados. Fato que perpetua para a não adesão terapêutica por condutas não condizentes com as reais necessidades e potencialidades do indivíduo (SACCOMANN, 2014).

Na última edição da NANDA-I (2018-2020) não há populações de risco para o DE Conhecimento deficiente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Este estudo traz como sugestão a introdução deste novo componente com os elementos validados pelos juízes, a saber: idoso e baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador.

Estudos mostraram que a baixa escolaridade e a idade avançada são condições que afetam o indivíduo quanto a ter um conhecimento adequado sobre a doença cardíaca. (SACCOMANN, 2014; MANTOVANI, 2015; BONIN, 2016; SPOSITO, 2016; ZENG, 2017; WU *et al.*, 2017). Pessoas com nível de escolaridade baixo tendem a ter um menor grau de conhecimento básico, interferindo na compreensão de sua doença, o que pode interferir na adesão ao tratamento e nas readmissões (BONIN *et al.*, 2016).

A respeito das duas condições associadas da proposta do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com IC, os juízes apontaram como não válida a depressão e válido o comprometimento cognitivo leve.

Estudo sugeriu que a presença da Depressão interfere na capacidade de aprendizagem, tomada de decisão, reconhecimento dos sinais e sintomas (HWANG *et al.*, 2014). Outros trazem a influência da Depressão interferindo negativamente no autocuidado, e dados ainda sugerem que talvez a Depressão possa influenciar a função cardiovascular através da desregulação autonômica imunomodulatória e seus sintomas, afetando os limites funcionais da IC (FERREIRA *et al.*, 2015).

A capacidade de aprender e adquirir conhecimento sofre a influência da função cognitiva (DAVIS *et al.*, 2012). O comprometimento cognitivo leve prevalece na IC e contribui com o déficit de autocuidado e índices mais elevados de readmissões hospitalares. (DAVIS *et al.*, 2012).

Alguns acréscimos de componentes foram sugeridos pelos juízes, como: "falta de interesse sobre as informações da sua saúde" e "déficit áudio/visual" para fatores relacionados; "crianças e adolescentes", "pessoas com baixo nível socioeconômico" e "população indígena" para populações em risco. No entanto, tais sugestões, como não foram encontradas na literatura, não compuseram o quadro de componentes a serem analisados.

7 CONCLUSÃO

A validação do conteúdo do diagnóstico Conhecimento deficiente em indivíduos com IC, proveniente de uma revisão integrativa, construção de uma TMA e equivalência dos elementos presentes na Taxonomia II da NANDA-I, bem como análise por juízes de diferentes graus de expertise, possibilitou o aprimoramento da definição e expansão de novos indicadores diagnósticos.

Este estudo contribui de forma significativa para a prática assistencial, uma vez que, conhecidos os fatores relacionados e características definidoras, a orientação pode ser direcionada para que menos indivíduos apresentem o DE Conhecimento deficiente, bem como, com os cuidados de enfermagem focados, tornem-se mais eficazes, numa possível melhora desse DE. No entanto, é necessária a realização da etapa de validação clínica do DE Conhecimento de enfermagem, para que esses dados sejam fidedignos e todo o direcionamento da assistência seja seguro.

Dos indicadores diagnósticos definidos após a construção da TMA e equivalência dos presentes na NANDA-I, foram considerados válidos pelos juízes: três fatores relacionados (Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde, Relação fragilizada entre profissional e indivíduo e Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde); seis características definidoras (Declarações imprecisas sobre a doença e/ou terapêutica, Desempenho inadequado no manejo das intercorrências, Déficit no desempenho do autocuidado, Seguimento de instrução inadequado, Piora na qualidade de vida e Aumento das readmissões hospitalares) duas populações em risco (idoso e baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidador) e uma condição associada (comprometimento cognitivo leve).

Como limitação da pesquisa, salienta-se ter sido realizada com uma população específica, pacientes com IC, limitando os resultados encontrados, direcionando-os apenas para essa população. Sugerem-se novos estudos com o DE Conhecimento deficiente com outras populações. Ademais, entre as dificuldades, destaca-se o não cumprimento do retorno dos questionários eletrônicos no tempo estabelecido, bem como a escassez de estudos de validação de DE com utilização de TMA e com o DE Conhecimento deficiente.

Outrossim, a partir dos resultados obtidos, sugere-se a realização da terceira etapa de validação diagnóstica – validação clínica – conforme as recomendações da literatura, com o objetivo de testar os achados do presente estudo nos indivíduos com IC. Assim como novos estudos com o DE Conhecimento deficiente com outras populações.

Dessa maneira, espera-se que, com os indicadores diagnósticos acurados, se possa subsidiar a prática assistencial do enfermeiro na identificação do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com IC e, por conseguinte, propor intervenções eficazes, sobretudo relacionadas às ações de educação em saúde, para uma adesão terapêutica eficaz.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D.C. *et al.* I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. **Arq Bras Cardiol.**, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2014.
- ALITI, G.B. *et al.* Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Rev Gaucha de Enfer.**, v. 32, n. 3, p. 590-5, 2011.
- AZEVEDO, P.R. *et al.* Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio comparativo. **Enfermería Global.**, v. 17, n. 50, p. 42-53, 2018.
- BADER, F. *et al.* Nurse-led education for heart failure patients in developing countries. **British Journal of Nursing.**, v. 27, n. 12, p. 690-696, 2018.
- BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics.** 2. ed. New York: Springer Publishing Company, 2009.
- BLEGEN, M.; TRIPP-REIMER, T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. **Advances in nursing science**, v. 19, n. 3, p. 37-49, 1997.
- BOCCHI, E.A. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arq Bras Cardiol.**, v. 98, supl. 1, p. 1-33, 2012.
- BOCCHI, E.A. *et al.* Interamerican Society of Cardiology. The reality of heart failure in Latin America. **J Am Coll Cardiol.**, v. 62, n. 11, p. 949-58, 2013.
- BONIN, C.D.B. *et al.* Knowledge About Heart Failure in Participants and Non-Participants Cardiac Rehabilitation. **International Journal of Cardiovascular Sciences.**, v. 29, n. 6, p. 453-459, 2016.
- BORN, M.C.; AZZOLIN, K.O.; SOUZA, E.N. Quanto tempo antes da admissão hospitalar surgem os sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca? **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 27, n. e3119, 2019.
- BUTLER J, Gheorghiade M, Metra M. Moving away from symptoms-based heart failure treatment: misperceptions and real risks for patients with heart failure. **Eur J Heart Fail.** v. 18, n. 4, p. 350-2, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção1, p. 59.
- COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: [http:// www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov) . Acesso em: 13 de set. de 2018.

DAVIS, K.K. *et al.* Targeted intervention improves knowledge but not self-care or readmissions in heart failure patients with mild cognitive impairment. **European Journal of Heart Failure.**, v. 14, n. 9, p. 1041–1049, 2012.

DE SÁ TINÔCO, J. D. *et al.* Clinical validation of the nursing diagnosis of ineffective protection in haemodialysis patients. **Journal of Clinical Nursing.**, v. 27, n. 1-2, p. e195–e202, 2017.

DINIZ, C. M. **Validação de Conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente.** 2017. 174f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2017.

FERNANDES, M.I.C.D. **Construção e validação do diagnóstico de enfermagem risco de volume de líquidos excessivo a partir de uma teoria de médio.** 2018. 213f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

FERREIRA, A.M. *et al.* Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 285-93, 2016.

FERREIRA, V.M.P. *et al.* Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 3, p. 388-394, 2015.

FRAZÃO, C.M.F.Q. *et al.* Nursing diagnoses and adaptation problems among chronic renal patients. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 119-127, 2015.

FREIRE, S.F.V.; SILVA, L.; SILVA, R.A.C. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan.**, v. 15, n. 1, p. 116-128, 2015.

FREITAS, M.T; PÜSCHEL, V.A.A. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n. 4, p. 922-9, 2013.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; PELEGRINO, F.M. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 549-55, 2008.

GOMES, A.T.L. *et al.* Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.**, v. 16, n. 2, p. 124-129, 2014.

GORDON, M. Toward theory-based diagnostic categories. **Nursing Diagnosis**, v. 1, n. 1, p. 5-11, 1990.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P. *et al.* Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. **Intern. J. Nursing Knowledge.**, v. 27, n. 3, p. 130-135, 2015.

HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HOGENHUIS J. *et al.* Anaemia and renal dysfunction are independently associated with BNP and NT-proBNP levels in patients with heart failure. **Eur J Heart Fail.**, v. 9, n. 8, p. 787-94, 2007.

HUNT, S.A, *et al.* 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol.**, v. 53, n. 15, p. e1-90, 2009.

HWANG, B.; MOSER, D.; DRACUP, K. Knowledge Is Insufficient for Self-Care Among Heart Failure Patients With Psychological Distress. **Health Psychology.**, v. 33, n. 7, p. 588–596, 2014.

LEE, K.S.; MOSER, D.K.; DRACUP, K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. **European Journal of Cardiovascular Nursing.**, v. 17, n. 6, p. 496-504, 2017.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, Emília Campos de Carvalho. 119 (Org.). **PRONANDA -Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Conceitos básicos**. 1ed. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora Ltda, 2016, p. 09-16.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Intern. J. Nursing Knowledge.**, v. 23, n 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 649-55, 2013.

MANGUEIRA, S.O. **Revisão do diagnóstico de Enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados a abuso de álcool**. 2014. 182f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. 2014.

MANTOVANI, V.M. *et al.* Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 1, p. 41-7, 2015.

MANZOLI, J.P.B. *et al.* Diagnostic Accuracy of the Disturbed Sleep Pattern in Patients with Acute Coronary Syndrome. **International Journal of Nursing Knowledge.**, 2019. versão online. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12252>. Acesso em: 07 de out. 2019.

MATHEW, S.; THUKHA, H. Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults. **Geriatric Nursing.**, v. 39, n. 4, p. 376–381, 2018.

MEDEIROS, L.P. *et al.* Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.**, v. 16, n. 1, p. 132-144, 2015.

MORAIS, E.R. *et al.* Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. **EVSPUCGO.**, v. 45, p. 71-79, 2018.

MOZAFFARIAN, D. *et al.* Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. **Circulation.** v. 133, n. 4, p. e38-360, 2016.

MUSSI, C.M. *et al.* Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, n. spec, p. 20-28, 2013.

NASCIMENTO, N.W.; BRAGA, M.S. Insuficiência Cardíaca: Conhecimento de pacientes em tratamento ambulatorial. **J Health Sci Inst.**, v. 33, n. 2, p. 156-9, 2015.

OLIVEIRA, A.M.; DURAN, E.C.M. Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem: Revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 9, n. 8, p. 9385-92, 2015.

PEREIRA, J.M.V. *et al.* Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 690-96, 2015.

PEREIRA, J.M.V, *et al.* Diagnóstico de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados: estudo longitudinal. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50, n. 6, p. 929-936, 2016.

PLOTKA, A. *et al.* Patient's knowledge of heart failure and their perception of the disease. **Patient Preference and Adherence.**, v. 11, p. 1459–1467, 2017.

POFFO, M.R. *et al.* Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário. **International Journal of Cardiovascular Sciences.**, v. 30, n. 3, p. 189-198, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; PAIV, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea, **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014.

PONIKOWSKI, P. *et al.* European Society of Cardiology Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal.**, v. 37, n. 27, p. 1-85, 2016.

PONIKOWSKI, P. *et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal.**, v. 37, n. 27, p. 2129–2200, 2016.

PONIKOWSKI, P. *et al.* 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal.**, v. 37, n. 27, p. 2129-200, 2016.

REIS, M.B. *et al.* Readmissão Hospitalar por Insuficiência Cardíaca em um Hospital de Ensino do Interior do Estado de São Paulo-SP. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 48, n. 2, p. 138-142, 2015.

ROCHA, L.A; SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev.Eletr. Enf.[Internet]**, v. 11, n. 3, p. 484-93, 2009.

ROY, S.C. **The Roy adaptation model**. 3. ed. New Jersey: Pearson Education, 2009.

SACCOMANN, I.C.R.S.; CINTRA, F.A.; GALLANI, M.C.B.J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 1, p. 18-24, 2014.

SPOSITO, N.P.B.; KOBAYASHI, R.M. Conhecimento das Mulheres com Insuficiência Cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. e982, 2016.

SOUZA, N. M. G. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma teoria de médio alcance**. 2017. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SOUSA, M.M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, v. 3, p. 1289-98, 2017.

TAMBORIL, A.C.R. *et al.* Diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em usuárias de anticoncepcional oral combinado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 17, n. 4, p. 1-9, 2015.

TONIN, L. *et al.* Referenciais utilizados nas teorias de médio alcance: revisão integrativa. **Advances in Nursing and Health**, v. 1, p. 23-33, 2019.

TSUTAMOTO T. *et al.* Relationship between renal function and plasma brain natriuretic peptide in patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol**, v. 47, n. 3, p. 582-6, 2006.

VAN DER WAL, M.H.L. *et al.* Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. **Heart & Lung**, v. 39, p. 121-130, 2010.

VIEIRA, R.Q.; SAITO, K.A.M.; SANTOS, A.E. Primeiras discussões sobre o diagnóstico de enfermagem em periódicos (1956- 1967). **Hist enferm Rev eletrônica [Internet]**, v. 9, n. 2, p. 95-107, 2018.

WOODS, S.L. *et al.* **Enfermagem em Cardiologia**. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

WU, Jia-Rong. *et al.* Relationship of Health Literacy of Heart Failure Patients and Their Family Members on Heart Failure Knowledge and Self-Care. **Journal of Family Nursing** 2017, v. 23, n. 1, p. 116–137, 2017.

ZENG, W. *et al.* Factors impacting heart failure patients' knowledge of heart disease and self-care management. **Proceedings of Singapore Healthcare**, v. 26, n. 1, p. 26–34, 2017.

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Prezado(a)

Meu nome é Cláudia Gabrielle da Silva, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente em Indivíduos com Insuficiência Cardíaca” sob orientação da Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.

Venho por meio desta solicitar a sua colaboração na análise de conteúdo dos indicadores do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente. O objetivo deste estudo é validar a estrutura do diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca a partir de uma Teoria de Médio Alcance (a utilização das TMAs em processos de validação de enfermagem visa desenvolver um gradiente teórico que identifique os indicadores diagnósticos – fatores relacionados e as características clínicas). Para isso, serão desenvolvidas três etapas: validade teórico-causal, validade de conteúdo e validação clínico-causal. O(A) senhor(a) participará da segunda etapa deste estudo: a validade de conteúdo.

Para participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisará preencher um questionário contendo duas partes, a saber: (1) caracterização dos sujeitos e (2) análise de conteúdo dos indicadores do DE supracitado, sendo eles: atributos essenciais, fatores relacionados (antecedentes), características definidoras (consequentes), populações de risco e condições associadas. Esse questionário deverá ser preenchido e devolvido em um prazo de até 60 dias.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito que leia e assine o TCLE em anexo e envie-o para o *e-mail*: cgclaudinhasr@gmail.com.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu apoio. Me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Cordialmente, Cláudia Gabrielle da Silva e Prof.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
– ESPECIALISTAS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa “**Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente em Indivíduos com Insuficiência Cardíaca**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Cláudia Gabrielle da Silva, residente na Rua João de Lima, 46- Iputinga, Recife/PE, CEP: 50670290, telefone: (81)98160-7676; *e-mail*: cgclaudinhasr@gmail.com. A pesquisa está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias Queiroz Frazão, telefone: (81) 9908-5900; *e-mail*: ceciliamfqueiroz@gmail.com.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O(A) Sr.(a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá problema algum, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo geral da pesquisa é **validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca**. Sua participação consistirá no julgamento da adequação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, seus atributos essenciais, fatores relacionados,

populações em risco e condições associadas. O material respondido poderá ser enviado via correio eletrônico (*e-mail*).

A pesquisa não oferece risco à sua integridade física. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir de um raciocínio complexo, a pesquisa lhe oferece risco de cansaço mental e também visual. Com vistas a minimizar este risco, será dado o prazo de 60 dias para que possa responder o instrumento.

Em relação aos benefícios do estudo, a validação de conteúdo do DE Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca permitirá a atualização da classificação da NANDA-I com vistas à permanência do diagnóstico na referida taxonomia com o incremento de seus componentes, além de melhor acurácia da sua identificação na prática assistencial de enfermagem e uma possível validação clínica.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos especialistas, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Nada lhe será pago nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

O material oriundo da coleta de dados será armazenado em computadores e arquivos, por um período de cinco anos após a divulgação dos resultados, no Departamento de Enfermagem da UFPE, no endereço Av. Professor Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-90, sob responsabilidade da orientadora da pesquisa.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 0740- 600, Tel.: (81) 2126.8588 – E-mail: cepccs@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca" como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Aceito participar da pesquisa: ☐

Não aceito participar da pesquisa: ☐

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDAÇÃO DE
CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CONHECIMENTO
DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO
PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Atuação profissional atual _____

Tempo de atuação profissional (em anos completos, por exemplo, 5 anos) _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor () Pós-Doutor

Área/tema da especialização e/ou área/tema da dissertação do mestrado e/ou área/tema da tese de doutorado: _____

Desenvolveu como autor ou orientador estudo na temática Terminologias/Classificações de Enfermagem (pode escolher mais de uma alternativa):

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros _____ () Não desenvolveu

Se _____ sim, _____ qual(quais) _____ terminologia(s)?

Desenvolveu como autor ou orientador estudo na temática Diagnósticos de Enfermagem:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros _____ () Não desenvolveu

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na temática Terminologia de Enfermagem?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

Utiliza/utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática assistencial?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

Utiliza/utilizou diagnósticos de enfermagem em sua prática docente?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

Desenvolveu como autor ou orientador estudo na área de cardiologia (pode escolher mais de uma alternativa):

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese ()
Artigos científicos () Outros () Não desenvolveu

Se sim, qual/quais cardiopatias foram estudadas?

Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa na área de cardiologia?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

Em sua prática profissional atua ou atuou com pacientes cardiopatas?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

Ministra ou ministrou em sua prática docente disciplina referente a cardiologia?

Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo?

**Parte 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO CONHECIMENTO
DEFICIENTE EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

QUE DEFINIÇÃO SE ADAPTA MELHOR AO DIAGNÓSTICO EM QUESTÃO?

Definição 1 (NANDA) ()

Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.

Definição 2 (TMA) ()

Respostas vagas a questionamentos e/ou informação inadequada referentes a um tópico específico.

Comentário ou sugestão: _____

Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca

Leia as questões referentes aos componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca e, em seguida, marque o escore que julgar condizente. Para cada variável terá a opção de cinco escores a serem assinalados, sendo o escore 1 quando o elemento não for indicativo, 2 – pouco indicativo, 3 – de algum modo indicativo, 4 – consideravelmente indicativo, e 5 – muito indicativo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficientes em indivíduos com insuficiência cardíaca. Ademais, terá um campo em aberto para comentários e sugestões.

Fatores Relacionados	
Ansiedade	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Orientação inadequada ofertada pelos profissionais de saúde	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Não participação do paciente no planejamento dos seus cuidados à saúde	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Relação fragilizada entre profissional e indivíduo	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Este conjunto de Fatores Relacionados é representativo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente?	Sim () Não ()
Caso queira acrescentar algum outro fator relacionado para o referido diagnóstico e determinar sua relevância, faça-o neste item. _____ _____	

Populações em Risco	
Idoso	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Baixa escolaridade do indivíduo e/ou cuidado	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()

Este conjunto de Populações em risco é representativo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente?	Sim () Não ()
Caso queira acrescentar algum outra população em risco para o referido diagnóstico e determinar sua relevância, faça-o neste item. _____ _____	

Condições Associadas	
Depressão	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Comprometimento cognitivo leve	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Este conjunto de Condições associadas é representativo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente?	Sim () Não ()
Caso queira acrescentar algum outra condição associada para o referido diagnóstico e determinar sua relevância, faça-o neste item. _____ _____	

Características Definidoras	
Aumento das readmissões hospitalares	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Declarações imprecisas sobre doença e/ou terapêutica	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Desempenho inadequado no manejo das intercorrências	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Interação social prejudicada	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Déficit no desempenho do autocuidado	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()

Piora na qualidade de vida	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Seguimento de instrução inadequado	1() 2 () 3 () 4 () 5 ()
Esse conjunto de Características Definidoras é representativo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente?	Sim () Não ()
Caso queira acrescentar algum outra característica definidora para o referido diagnóstico e determinar sua relevância, faça-o neste item. 	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento Deficiente em Indivíduos com Insuficiência Cardíaca

Pesquisador: CLÁUDIA GABRIELLE DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08322819.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.267.149

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco da pesquisadora CLÁUDIA GABRIELLE DA SILVA sob orientação da Prof.^a Dr.^a Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão. Partindo da pergunta condutora: Qual a validade do conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca? O estudo será metodológico e terá como aporte os métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem, estabelecido por Lopes e Silva (2016) que estabelecem três etapas: validade teórico-causal, validação de conteúdo e validação clínica. Contudo, para o presente estudo serão executadas as duas primeiras etapas. Para a primeira etapa será construída uma teoria de médio alcance (TMA) conforme recomendação de Lopes e Silva (2016) para a validação de um diagnóstico de enfermagem. A validação do conteúdo do diagnóstico será feita através da busca de juízes com certa proficiência proposta por Lopes e Silva (2016). Em conformidade com os preceitos da busca de juízes com certa proficiência, serão selecionados enfermeiros com experiência prática e/ou em pesquisa em cardiologia e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Serão excluídos os enfermeiros que não responderem ao instrumento de pesquisa num prazo estipulado de 60 dias. A captação dos juízes será feita através da busca na plataforma lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), por meio do currículo lattes, no modo assunto, com as palavras chave: cardiologia AND diagnóstico de enfermagem. Os juízes receberão via e-mail uma carta

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



Continuação do Parecer: 3.257.149

convite e o link para o acesso ao instrumento eletrônico que também contará com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A variável definição do diagnóstico será avaliada de forma dicotômica (sim ou não) em relação a sua representação para o Diagnóstico de Enfermagem. Para a caracterização dos juízes será feita a análise por estatística descritiva. Para as variáveis dos elementos do diagnóstico Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca será calculado o IVC de acordo com a expertise. Assim como, será utilizado o teste T para verificar se a proporção de especialistas que consideraram os elementos como indicativos será igual ou superior a 0,8, considerando o p-valor de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa será validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

E os objetivos Secundários serão:

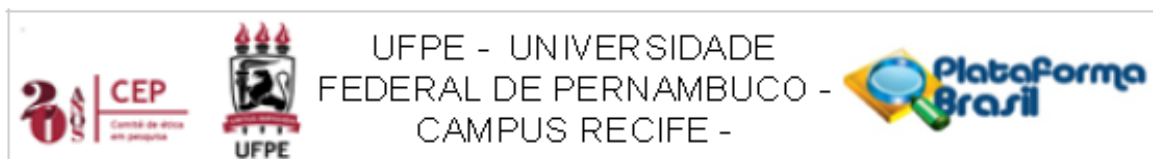
- Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance (TMA) sobre o Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca;
- Revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente propostos pela NANDA-I (definição, características definidoras, fatores relacionados e condições associadas), a partir do gradiente teórico sobre o conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca;
- Propor estrutura diagnóstica, sobre o Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca, a partir de uma TMA;
- Verificar com juízes a adequação estrutura diagnóstica construída (definição, características definidoras, fatores relacionados e condições associadas) para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente em indivíduos com insuficiência cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras descrevem que o estudo não oferecerá risco à integridade física. Entretanto, devido ao instrumento ser extenso e o seu preenchimento exigir de você um raciocínio complexo, a pesquisa lhe oferece risco de cansaço mental e também visual. Com vistas a minimizar este risco, as autoras descrevem o prazo de 60 dias para responder o instrumento.

Em relação aos benefícios do estudo, a validação de conteúdo permitirá a atualização da classificação da NANDA-I com vistas à permanência do diagnóstico à referida taxonomia com o incremento de seus componentes, além de uma melhor acurácia da sua identificação na prática assistencial de enfermagem e uma possível validação clínica.

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



Continuação do Parecer: 3.257.149

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo revela-se importante pelo aumento do escopo da ciência do cuidado em enfermagem para uma prática clínica amparada cientificamente. Dessa forma, poderá haver um melhor direcionamento na formulação de intervenções de educação em saúde pelos enfermeiros, bem como maior segurança na tomada de decisão. Em adição, os autores almejam que os resultados dessa pesquisa subsidiem a formulação de um instrumento que possa ser utilizado na próxima etapa da metodologia, validação clínica, e assim eleve o nível de evidência refletindo a permanência do diagnóstico em questão na Taxonomia II da NANDA-I.

Com a coleta de dados via online, os autores justificam que não haverá a necessidade da carta de anuência, sendo solicitada sua dispensa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O estudo apresenta-se conforme os preceitos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

sem recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo foi avaliado como APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da

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



Contratação do Parecer: 3.257.149

Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1294678.pdf	10/04/2019 18:38:57		Aceito
Outros	CARTADEREPOSTAASPENDENCIAS.docx	10/04/2019 18:37:37	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	10/04/2019 18:21:45	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	10/04/2019 18:20:42	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Outros	Solicitacao_Dispenza_carta_anuencia.docx	21/02/2019 11:36:36	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	21/02/2019 10:03:25	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Outros	Claudia_Silva.pdf	20/02/2019 01:15:32	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Outros	Cecilia_Frazao.pdf	20/02/2019 01:14:47	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Outros	Comprovante_vinculo.pdf	20/02/2019 00:47:55	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/02/2019 23:17:52	CLAUDIA GABRIELLE DA SILVA	Aceito

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



Continuação do Parecer: 3.267.149

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 16 de Abril de 2019

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))