



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FÁRMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SHÉRIDA KARANINI PAZ DE OLIVEIRA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO  
AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Fortaleza  
2011

SHÉRIDA KARANINI PAZ DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO  
AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima

Fortaleza – Ceará  
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

O51c Oliveira, Sherida Karanini Paz de  
Construção e validação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca / Sherida Karanini Paz de Oliveira. - 2011.  
169 f. : il.

Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima

1. Autocuidado 2. Insuficiência Cardíaca 3. Estudos de Validação 4. Pesquisa Metodológica em Enfermagem I. Título.

CDD 616.12

---

**SHERIDA KARANINI PAZ DE OLIVEIRA**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO  
AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joselany Áfio Caetano  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho a Deus, minha família e aqueles que me incentivaram e confiaram no meu potencial. O que fiz foi, também, por vocês!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pelo seu amor, misericórdia e presença constantes no meu caminho. Seguirei sempre em suas mãos, confiando em vós. Seja feita a vossa vontade e livrame do mal. Amém!

Aos meus pais, Airton e Rosário, pelo amor incondicional e confiança sem igual nas minhas lutas e vitórias nos desafios pessoais e profissionais. Além do incentivo e esforço diários para que meus sonhos se tornem realidade, muitas vezes sem entender meus períodos de cansaço e isolamento. Mesmo com tantas dificuldades na vida sei que deram o melhor de cada um. Sou eternamente grata por todo carinho, zelo e dedicação que me fizeram ser como sou, lutar pelos meus sonhos e conquistar muitas coisas.

Aos meus irmãos, José Paulo, Ydinara e Airton Filho que ficam sempre na torcida pelo meu sucesso e realizações. Saibam que também torço e rezo pela felicidade e sucesso de cada um de vocês!

Ao presente de Deus em minha vida, pela alegria e entusiasmo, incentivo e confiança, por acreditar em mim antes mesmo que eu. Enfim, por todo amor... A recíproca é verdadeira!

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francisca Elisângela Teixeira Lima, pelos ensinamentos dados e experiências compartilhadas. Obrigada por fazer parte e confiar no meu sonho e ideias, transformando-as em palavras, frases, projeto e dissertação! Com certeza, além de mestra, uma amiga!

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Neyva, pelo convite inicial para participar de seu grupo de pesquisa na UFC, ocasião na qual me reencontrei com a academia. Obrigada pela amizade e ensinamentos, vindos de conversas serias ou mesmo descontraídas.

À Universidade Estadual do Ceará, minha primeira casa acadêmica onde conheci e aprendi o que é Enfermagem e o que é SER enfermeiro. Lá conheci mestres inigualáveis, inclusive a profa Elisângela, e amigos inesquecíveis que estão e permanecerão para sempre em meu coração. Deixaram saudades!

Ao Programa Especial de Treinamento (PET) Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, por proporcionar-me um período acadêmico mais rico, apresentar-me à pesquisa e ensinar-me a conviver com pessoas de diferentes personalidades que, sem dúvida, contribuíram para meu crescimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional. Guardo cada um aqui dentro!

Aos membros do Grupo de Estudos sobre Consulta de Enfermagem, por todo aprendizado recebido, experiências compartilhadas e incentivo indispensáveis na vida de todo e qualquer pesquisador. Continuaremos juntos na busca de uma enfermagem baseada em evidências e mais artigos, de preferência A1!

À minha turma de mestrado, pela convivência, pelo aprendizado compartilhado e pelas amizades construídas. Em especial, à amiga e companheira Ires Lopes Custódio, pelas alegrias somadas, dificuldades divididas e conhecimento e experiência multiplicados.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, corpo docente e funcionários, pela acolhida e oportunidade de me desenvolver e crescer como enfermeira e ser humano.

Aos alunos da graduação, pela oportunidade e confiança ao dar meus primeiros passos no caminho da docência.

Aos docentes Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Prof. Dr. Paulo César de Almeida, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joselany Áfio Caetano, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thelma Leite de Araújo e Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes por aceitarem participar da qualificação de meu projeto e da banca examinadora de minha dissertação, contribuindo valorosamente com seus conhecimentos para o aperfeiçoamento deste estudo. Além da ajuda dispensada no decorrer da elaboração do mesmo, obrigada pela paciência, disponibilidade e compreensão.

A todos os meus amigos, que mesmo longe fisicamente estiveram presentes na minha vida e nesse caminhar dentro do meu coração. Cada um de vocês tem, para mim, um significado muito especial e particular!

Aos juízes, pela disponibilidade, conhecimentos e contribuição ao desenvolvimento dessa dissertação.

À bibliotecária, Rosane Maria Costa, pela correção das normas da ABNT, disponibilidade e presteza.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo financeiro nessa empreitada.

A todos aqueles que, de alguma forma, participaram e colaboraram comigo nesta trajetória, na realização de mais um sonho, mais uma vitória. Meu muito obrigada!

*"Posso, tudo posso Naquele que me fortalece  
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir  
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos  
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali estar  
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim  
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor  
Do que ficou, vou me lembrar  
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou  
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar  
Vou persistir, continuar a esperar e crer  
E mesmo quando a visão se turva e o coração só chora  
Mas na alma, há certeza da vitória  
Posso, tudo posso Naquele que me fortalece  
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir  
Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim  
Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor  
Do que ficou, vou me lembrar  
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou  
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar  
Vou persistir, continuar a esperar e crer ...  
Eu vou sofrendo, mas seguindo enquanto tantos não entendem  
Vou cantando minha história, profetizando  
Que eu posso, tudo posso... em Jesus!*

*(Celina Borges)*

## RESUMO

É importante avaliar a prática do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), visto que o cuidado pessoal é indispensável para diminuição das complicações e reinternações e melhoria da qualidade de vida. Este estudo teve como objetivos elaborar uma escala para avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca e realizar a validação de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Trata-se de um estudo do tipo metodológico, cujo referencial teórico foi o Modelo Psicométrico para construção de instrumentos de medida composto por três procedimentos (teórico, empírico e analítico), sendo realizado o pólo teórico e seus seis passos. A primeira etapa da pesquisa envolveu o levantamento dos elementos que englobam as múltiplas facetas do construto “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca” por meio de uma revisão de literatura. Para tanto, procedeu-se a busca de artigos científicos em periódicos científicos nacionais e internacionais em bases de dados e livros acadêmicos sobre IC e autocuidado nas bibliotecas das universidades nos meses de abril e maio de 2011. Foram selecionados 63 artigos, que atenderam aos critérios de inclusão, nas bases de dados SCOPUS, PUBMED, CINAHL, COCHRANE e LILACS após o cruzamento dos descritores controlados autocuidado e insuficiência cardíaca e suas traduções em inglês e espanhol. Em relação aos livros, selecionaram-se oito livros que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. A leitura e síntese dos artigos e livros apontaram 28 práticas de autocuidado de pacientes com IC e orientaram a operacionalização da construção da escala, originando a primeira versão da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAAPIC). A coleta de dados com os juízes aconteceu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2011, sendo utilizado um formulário contendo dados referentes aos juízes e dados avaliativos da escala. O estudo respeitou os preceitos éticos e recebeu aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob protocolo de número 114/2011. A primeira versão do instrumento foi composta por 29 itens distribuídos em sete domínios, quais sejam: nutrição, eliminação, atividade e repouso, percepção e cognição, promoção da saúde, tolerância ao estresse e papéis e relacionamentos. Cada item possuía cinco respostas possíveis dispostas em escala de *Likert*, variando de 1 a 5, sendo um considerado pior autocuidado e cinco melhor autocuidado. Procedeu-se a análise teórica da escala, submetendo-se à avaliação de oito juízes considerados *experts* em insuficiência cardíaca. Após os testes estatísticos (Índice de Validade de Conteúdo – IVC,  $v$  de Cramer e coeficiente de correlação intraclasses - ICC) e as alterações decorrentes das sugestões dos juízes, obteve-se a segunda versão da escala formada por vinte itens distribuídos em seis domínios. O ICC da EAAPIC foi de 0,827 ( $p=0,001$ ) indicando boa consistência interna. Conclui-se, portanto, que foi possível construir uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca e que a mesma envolve e representa o conteúdo do construto que pretende medir devido seu bom valor do coeficiente de correlação intraclasses.

**Palavras-chave:** Autocuidado. Insuficiência cardíaca. Estudos de Validação. Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

## ABSTRACT

It is important to evaluate the practice of self-care of patients with heart failure (HF), as the personal care is essential to decrease complications and readmissions and improve the quality of life. This study aimed to develop a scale for evaluate self-care of patients with heart failure and perform content validation of self-care scale for evaluation of patients with heart failure. It is a methodological study, whose theoretical reference was the Psychometric model for construction of measuring instruments composed of three procedures (theoretical, empirical and analytical), beeing performed the theoretical pole and its six steps . The first stage of the research involved the investigation of the elements that comprise the multiple facets of the construct "self-care of patients with heart failure" through a literature review. For this, we proceeded to search for scientific articles in national journals and international databases and scholarly books about HF and self-care in the university libraries in the months of April and May 2011. We selected 63 articles that met criteria for inclusion in databases SCOPUS, PubMed, CINAHL, Cochrane Library and LILACS after the crossing of controlled descriptors self-care and heart failure and their translations into English and Spanish. Regarding the books, we selected eight books that met the inclusion criteria established. Reading and summaries of articles and books have been identified 28 practice of self-care of patients with HF guided the operationalization of the construction of the scale, resulting in the first version of the Scale of Evaluation of Self-Care of Patients with Heart Failure (EAAPIC). Data collection with the judges took place in August, September and October 2011, we used a form containing data regardings jugdes and evaluate data on the scale. The study complied with the ethical guidelines and was approved by research ethics committee of the Federal University of Ceará under protocol number 114/2011. The first version of the instrument comprised 29 items divided into seven areas, namely: nutrition, elimination, activity and rest, perception and cognition, health promotion, stress tolerance, and roles and relationships. And each item had five possible answers arranged in Likert scale ranging from 1 to 5, with 1 considered worse self- care and 5 the best self-care. There has been the theoretical analysis of the scale, submitting to the evaluation of eight judges considered experts in heart failure. After statistical tests (Index of Validity of Content - IVC and coefficient of intraclass correlation - ICC) and the changes resulting from the suggestions of the judges, we obtained the second version of the scale consisting of twenty items divided in six areas. ICC of EAAPIC was 0.827 ( $p= 0,001$ ), indicating good internal consistency. We conclude, therefore, that it was possible to construct a evaluation scale of self-care of patients with heart failure and that it involves and represents the content of the construct to be measured due to its good value for coefficient of intraclass correlation.

**Keywords:** Selfcare. Heart Failure. Validation Studies. Nursing Methodology Research.

## RESUMEN

Es importante evaluar la práctica de la auto-cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), como el cuidado personal es esencial para disminuir las complicaciones y las readmisiones y una mejor calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar una escala para evaluar el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca y realizar la validación del contenido de la escala de auto-cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Se trata de un estudio metodológico cuyo modelo teórico fue la construcción psicométrica de los instrumentos de medición consiste en tres procedimientos (teórico, empírico y analítico) y se realizó el polo teórico y sus seis pasos. La primera etapa de la investigación implicó la investigación de los elementos que componen las múltiples facetas de la construcción de “autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca”, a través de una revisión de la literatura. Para ello, se procedió a la búsqueda de artículos científicos nacionales and internacionales en revistas en bases de datos y libros académicos sobre la insuficiencia cardíaca y el autocuidado en las bibliotecas universitarias en los meses de abril y mayo de 2011. Se seleccionaron 63 artículos que cumplieran los criterios para su inclusión en las bases de datos SCOPUS, PUBMED, CINAHL, Cochrane y LILACS después del paso de descriptores controlados insuficiencia cardíaca u autocuidado e su traducción en inglés y español. En cuanto a los libros, se seleccionaron ocho libros que cumplieran los criterios de inclusión establecidos. Lectura y resúmenes de artículos e libros mostraron 28 prácticas de autocuidado de los pacientes con IC y guió la construcción de la escala, resultando en la primera versión de la Escala de Evaluación de Autocuidado de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (EAAPIC), recolección de datos se llevó a cabo con los jueces en agosto, septiembre y octubre de 2011, y se utiliza un formulario que contiene los datos relativos a los jueces y los datos de evaluación de la escala. Para recolectar los datos, se utilizó un formulario diseñado a tierra en la literatura sobre el proceso de validación y las experiencias de los profesionales que trabajan con pacientes con IC. El estudio cumplió con las normas éticas y fue aprobado por el comité ético de investigación de la Universidad Federal de Ceara con el número de protocolo 114/2011. La primera versión del instrumento fue compuesto por 29 elementos divididos en siete áreas, a saber: alimentación, eliminación, actividad y descanso, percepción y cognición, promoción de la salud, tolerancia al estrés y roles y relaciones. Cada elemento tiene cinco posibles respuestas organizadas en la escala de Likert de 1 a 5, con un considerado peor autocuidado y cinco mejor autocuidado. No ha sido el análisis teórico de la escala, se sometieron a la evaluación de los ocho jueces expertos en la insuficiencia cardíaca. Después de las pruebas estadísticas (Índice de la validez del contenido - IVC y el coeficiente de correlación intraclase - ICC) y los cambios resultantes de las sugerencias de los jueces, se obtuvo la segunda versión de la escala consta de veinte elementos distribuidos en seis áreas. El ICC de la EAAPIC fue de 0,827 ( $p= 0,001$ ), lo que indica una buena consistencia interna. Concluimos, por tanto, era posible construir una escala de evaluación del auto-cuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca y que representa el contenido del constructo a medir debido a su buen valor del coeficiente de correlación intraclase.

**Palabras-clave:** Autocuidado. Insuficiencia Cardíaca. Estudios de Validación. Investigación Metodológica em Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.	Organograma para elaboração de medida psicológica. Fortaleza-CE, 2011.....	41
FIGURA 2.	Representação gráfica das etapas seguidas para construção e validação de conteúdo da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	48
QUADRO 1.	Distribuição do número de artigos encontrados, excluídos e selecionados na busca realizada nas bases de dados. Fortaleza-CE, 2011.....	51
QUADRO 2.	Critérios para a seleção de especialistas propostos por Fehring (1994) e critérios adaptados para seleção dos especialistas. Fortaleza-CE, 2011.....	56
QUADRO 3.	Distribuição dos artigos analisados conforme ano e cidade de desenvolvimento do estudo e metodologia. Fortaleza-CE, 2011.....	64
QUADRO 4.	Distribuição dos artigos de acordo com o nível de evidência do estudo, a prática de autocuidado recomendada e as conclusões dos estudos. Fortaleza-CE, 2011.....	67
QUADRO 5.	Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	73
QUADRO 6.	Distribuição dos livros encontrados na busca realizada nas bibliotecas das Universidades. Fortaleza-CE, 2011.....	74
QUADRO 7.	Distribuição das práticas de autocuidado encontradas nos livros encontrados na busca realizada nas bibliotecas das Universidades e as implicações para o paciente com IC. Fortaleza-CE, 2011.....	74
QUADRO 8.	Distribuição das ações de enfermagem que favorecem a realização do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	85
QUADRO 9.	Distribuição dos itens e seus domínios que compuseram a primeira versão da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	90
QUADRO 10.	Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca – EAAPIC. Fortaleza-CE, 2011.....	93
GRÁFICO 1.	Distribuição dos juízes segundo a clareza e compreensão de cada item da escala. Fortaleza-CE, 2011.....	98
GRÁFICO 2.	Distribuição dos juízes quanto à concordância com a associação dos itens da escala à prática do autocuidado de pacientes com IC. Fortaleza-CE,	100

	2011.....	
GRÁFICO 3.	Distribuição dos juízes quanto à concordância da relevância dos itens para permanência na escala. Fortaleza-CE, 2011.....	101
QUADRO 11.	Relação dos itens julgados inadequados em algum quesito conforme a análise dos juízes. Fortaleza-CE, 2011.....	103
QUADRO 12.	Distribuição das modificações realizada nos itens conforme sugestão dos juízes. Fortaleza-CE, 2011.....	104
QUADRO 13.	Classificação do Índice de Massa Corporal para adultos e idosos segundo. (PORTO, 2009, CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005). Fortaleza-CE, 2011.....	113
QUADRO 14.	2ª versão da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	120

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo os critérios adaptados de Fehring. Fortaleza-CE, 2011.....	97
TABELA 2.	Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de clareza e compreensão dos itens da escala. Fortaleza-CE, 2011.....	99
TABELA 3.	Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de associação dos itens da escala à prática de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.....	100
TABELA 4.	Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de relevância dos itens na escala. Fortaleza-CE, 2011.....	101
TABELA 5.	Distribuição dos itens considerados associados ao autocuidado de pacientes com IC pelos juizes Segundo o p de Cochran. Fortaleza-CE, 2011.....	102
TABELA 6.	Distribuição dos itens julgados como relevantes para permanência na escala pelos juízes segundo o p de V de Cochran. Fortaleza-CE, 2011.....	102

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	22
3.1	Considerações sobre a insuficiência cardíaca.....	22
3.2	Estilo de vida do paciente com insuficiência cardíaca x Fatores de risco para complicações.....	28
3.3	Consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca.....	31
3.4	Promoção da saúde do paciente com insuficiência cardíaca.....	34
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	37
4.1	Psicometria.....	38
4.2	Procedimento Teórico.....	41
4.3	Procedimento Empírico.....	44
4.4	Procedimento Analítico.....	45
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	48
5.1	Tipo de estudo .....	48
5.2	Identificação e aprofundamento do construto “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca” (1º, 2º, 3º e 4º passos do pólo teórico).....	49
5.3	Operacionalização do construto e análise teórica dos itens (5º passo do pólo teórico).....	53
5.3.1	Tipo de escala e sistema de pontuação.....	53
5.3.2	Itens da escala.....	55
5.4	Análise dos juízes – validade de conteúdo (6º passo do pólo teórico).....	55
5.5	Coleta de dados .....	57
5.6	Análise e apresentação dos resultados .....	58
5.7	Aspectos éticos-legais .....	59
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	60
6.1	Definição constitutiva.....	60
6.2	Definição operacional.....	63
6.3	Práticas de autocuidado realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca.....	63
6.4	Ações de enfermagem para promover o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.....	84
6.5	Itens da escala (quinto passo do pólo teórico).....	90

6.6	Análise dos juízes/ Validação de conteúdo (sexto passo do pólo teórico).....	97
6.6.1	Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão da escala.....	98
6.6.2	Avaliação das respostas (escala de Likert) de cada item da 1ª versão da escala.....	111
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>124</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>128</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>139</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>169</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ser humano busca, durante toda a sua existência, manter equilíbrio no binômio saúde-doença. Contudo, nem sempre atinge os níveis desejados devido à herança genética e às características comportamentais. Assim, surgem os adoecimentos, alguns de curta duração e outros que se tornam crônicos.

Viver com uma doença crônica requer constante vigilância e atenção aos seus sinais e sintomas de descompensação, sendo necessário que os pacientes portadores dessas doenças realizem a prática do autocuidado visando evitar complicações. Essa verdade se aplica às doenças cardiovasculares, as quais requerem ações reabilitadoras a fim de melhorar a qualidade de vida da pessoa adoecida.

Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se a insuficiência cardíaca (IC), por ser crônica, de alto custo hospitalar, resultante de diversas etiologias e que, geralmente, é o estágio final da maioria das doenças cardíacas. Além disso, representa problema crescente de saúde pública, podendo causar limitações na vida dos pacientes e acarretar redução na qualidade de vida dessas pessoas. É uma das grandes preocupações dos programas de saúde voltados aos indivíduos com doenças cardiovasculares, considerando-se a crescente prevalência, a elevada morbimortalidade, o alto índice de hospitalização e a perda da capacidade produtiva de uma parcela da população (PELEGRINO, 2008; BOCCHI *et al.*, 2005; BOCCHI *et al.*, 2009).

Por ser portador de doença crônica, o paciente com IC precisa de constante acompanhamento e motivação para praticar o autocuidado e melhor adaptar-se à nova situação de vida. Diante dessa realidade, pretende-se construir e validar um instrumento de avaliação da prática de autocuidado realizada pelo paciente com insuficiência cardíaca acompanhado na consulta de enfermagem. Isso possibilitará a avaliação da capacidade e competências do paciente realizar o autocuidado, bem como a detecção dos déficits de autocuidado do paciente, viabilizando a elaboração de um plano de cuidados direcionado às necessidades individuais e específicas de cada um, com o intuito de corrigir e orientar essas deficiências, além de motivar os indivíduos a realizarem o autocuidado.

Justifica-se, ainda, a escolha da IC, devido essa patologia afetar cerca de 23 milhões de pessoas, representando 1 a 2% da população mundial e surgem aproximadamente 2 milhões de novos casos diagnosticados a cada ano no mundo (ROSSI NETO, 2004). A elevada prevalência da IC favorece o aumento do número de hospitalizações por

descompensação, cujos índices estimados de re-hospitalização ou risco de morte para IC varia de 30 a 60%, dependendo da população (FELKER *et al.*, 2003).

No Brasil, cerca de 6,4 milhões de pessoas sofrem de insuficiência cardíaca, com incidência de 240 mil casos por ano. Devido a essa alta incidência e prevalência, a IC representa a principal causa de internação de origem cardiovascular no país (ROSSI NETO, 2004). Em 2006, foram realizadas 299.435 internações por IC, dos quais 24 mil foram a óbito, com uma taxa de mortalidade de 8%. A faixa etária de 40 anos ou mais foi a mais acometida, respondendo por 62,4% dos internamentos (BRASIL, 2007).

O custo socioeconômico e hospitalar da IC é elevado, já que envolvem gastos com medicamentos, internações repetidas, cirurgias, perda de produtividade, aposentadorias precoces, dentre outros (BOCCHI *et al.*, 2009; BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003). Estudo realizado no ambulatório de Cardiologia da Universidade Fluminense constatou um alto custo anual da IC, cerca de 450 mil reais por paciente, sendo 39,73% destinados às hospitalizações, 38,93% às medicações, 18,5% aos exames complementares e 2,84% às consultas ambulatoriais (ARAÚJO *et al.*, 2005).

Por ser um tratamento de natureza complexa, especialmente em relação às mudanças no estilo de vida, uso de inúmeros medicamentos e seus efeitos colaterais, desaparecimento de sinais e sintomas durante a fase de compensação e fatores econômicos, há uma grande proporção de pacientes com IC não aderentes (BENTO; BROFMAN, 2009; BOCCHI *et al.*, 2009; DUNDERDALE *et al.*, 2005; STRÖMBERG *et al.*, 2003). A prática do autocuidado de pacientes com IC, aumentando a adesão ao tratamento, é um dos grandes desafios enfrentados atualmente pelos profissionais de saúde. Assim, a partir do levantamento de dados dos pacientes, ações de enfermagem planejadas buscarão favorecer a prática do autocuidado, possibilitando um melhor controle da doença e diminuição da morbimortalidade da IC.

Os pacientes portadores de IC precisam seguir o tratamento, adotando comportamentos saudáveis para um estilo de vida que atenda as especificidades da doença, realizando seu autocuidado a fim de evitar os quadros de instabilidade devido à característica peculiar de labilidade do quadro clínico da doença que pode levar à descompensação de forma rápida. A prática do autocuidado pode evitar as crises e as complicações decorrentes da doença, prolongando e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Neste estudo, optou-se por utilizar o termo estilo de vida uma vez que seu conceito é mais amplo do que comportamento, pois estilo de vida engloba os diversos comportamentos adotados pelas pessoas. Kickbusch (1989) define estilo de vida como uma expressão que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos

geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotina ou uma forma de vida adaptada ao dia-a-dia. É a forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas. Já comportamento é definido como o conjunto de reações de um sistema dinâmico em face às interações e realimentações propiciadas pelo meio onde está inserido. Pode-se citar como tipos de comportamentos: social, humano, animal, atmosférico, dentre outros (FERREIRA, 2008).

Assim, os pacientes com IC precisam adotar um estilo de vida saudável a fim de diminuir e/ou evitar as internações e as complicações. Esse estilo de vida ideal inclui: manter uma periodicidade nas consultas médicas e de enfermagem; monitorar e controlar peso e volemia; e seguir corretamente o tratamento farmacológico e o não-farmacológico. Em relação ao tratamento farmacológico, o paciente deve ser treinado e sempre observar as cinco certezas para que erros na administração sejam evitados, quais sejam: paciente certo, via certa, medicamento certo, dose certa e horário certo (TIMBY, 2007).

No que diz respeito ao tratamento não farmacológico, o paciente necessita adotar estilo de vida saudável em relação à dieta, especialmente restrição hidrossalina; abstenção do tabagismo e etilismo, prática de exercício físico e controle do estresse. Vale ressaltar que as orientações pela equipe de saúde são realizadas conforme as necessidades específicas de cada paciente. Dessa forma a frequência, intensidade e regularidade dessas ações são diferenciadas de acordo com a condição clínica de cada um (BOCCHI *et al.*, 2009).

Esse estilo de vida saudável é imprescindível para monitorar a evolução do quadro clínico, a resposta ao tratamento instituído e a estratificação prognóstica da IC. Bocchi *et al.* (2009) lembram que a não adoção dessas medidas coloca em risco a eficácia do tratamento e a qualidade de vida dos pacientes, podendo acarretar em complicações. O controle inadequado da doença e a não realização da prática do autocuidado representa uma ameaça para a vida do paciente com IC, pois favorece o aparecimento de complicações, tais como: insuficiência renal, edema de pulmão, trombose venosa, insuficiência total da função cardíaca (colapso circulatório) e arritmias, incluindo as arritmias fatais. Somam-se, ainda, os efeitos colaterais dos medicamentos: hipotensão, tontura leve, desmaios, reação de lúpus, dor de cabeça, distúrbios gastrointestinais e toxicidade por digitálicos (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

Vale ressaltar que a produção científica brasileira sobre IC na área da enfermagem ainda é escassa. Além de não existir dados relacionados à prática do autocuidado de pacientes com IC (RABELO *et al.*, 2007). Oliveira (2006) enfatiza, também, que a utilização de tecnologias criadas pelos enfermeiros como instrumento de auxílio ao seu trabalho é pouco

divulgada e as publicações em periódicos são insignificantes. Assim, é importante que em nosso meio haja estímulo ao desenvolvimento de estudos de avaliação do estilo de vida desses pacientes, especialmente no que se refere ao seu autocuidado, pois é indispensável o reconhecimento das peculiaridades da população brasileira, para que programas de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares possam ser delineados, implementados e avaliados de maneira racional (FERREIRA; GALLANI, 2005). Daí, a importância da construção e validação de instrumentos que possam mensurar e avaliar a prática do autocuidado de pacientes com IC.

Uma revisão bibliográfica realizada por Ferreira e Gallani (2005) detectou duas grandes tendências nos estudos acerca da IC levantados por enfermeiros: uma delas, de estudos voltados aos aspectos clínicos da doença, tais como fisiopatologia, evolução da síndrome, fatores relacionados à descompensação, reinternações, dentre outras; e a outra está relacionada à atuação do enfermeiro, contemplando as intervenções de enfermagem, as experiências de criação e implementação de clínicas, nas quais destaca-se o trabalho do enfermeiro na abordagem do paciente com IC.

O quadro epidemiológico da IC, as implicações e as limitações que a doença traz à vida do paciente, bem como o custo elevado do tratamento, especialmente com complicações e reinternações por causas evitáveis com a prática efetiva do autocuidado justificam a realização do estudo. Assim, é de fundamental importância avaliar a prática do autocuidado dessa clientela, visto que o cuidado pessoal é indispensável para melhoria da qualidade de vida e diminuição das complicações. Assim, podem ser desenvolvidas tecnologias de enfermagem baseadas nas necessidades e com a participação do paciente. Isso é importante por ajudá-lo no tratamento, promovendo mudança no estilo de vida e estimulando-o a atuar de forma ativa no autocuidado (OLIVEIRA, 2006).

Esses dados configuram o desafio de encontrar estratégias para o enfrentamento da insuficiência cardíaca, marcada pela complexa relação entre a saúde e seus determinantes (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006). Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias de enfermagem para promoção da saúde do paciente com IC, em especial no que diz respeito ao autocuidado, é importante, pois permeiam e influenciam as bases teóricas e práticas da enfermagem, bem como a interação e comunicação humana, a observação, o diagnóstico e as operações regulatórias de sua prática (CROZETA *et al.*, 2009).

A tecnologia quando incorporada pelo enfermeiro determina normas de conduzir o fazer; e integra o cotidiano de trabalho e de produção do saber (CROZETA *et al.*, 2009). Assim, buscando incorporar a tecnologia na prática e do enfermeiro, surgiu a necessidade de

criar um instrumento de avaliação do autocuidado do paciente com IC, o qual tenha como finalidade mensurar a prática do autocuidado realizada pelo paciente, visto que tal avaliação poderá direcionar o enfermeiro na realização da consulta de enfermagem baseada nas reais necessidades do paciente, estabelecendo um plano de cuidados individualizado e elegendo a melhor forma de atuação. Além de desenvolver estratégias de sensibilização do paciente para adequação do estilo de vida, tornando-o saudável.

É na utilização dessas estratégias que o enfermeiro aplicará, na prática, intervenções efetivas e científicas situadas no âmbito de resolução de enfermagem para se tornarem independentes (OLIVEIRA, 2006).

Oliveira (2006) afirma, ainda, que a tecnologia do cuidado melhora o padrão da assistência de enfermagem e reduz o custo do tratamento uma vez que estão incluídos os saberes justificados em seus procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro.

Diante dessas considerações, surgiu o interesse de desenvolver um estudo de elaboração e validação de um instrumento que possa avaliar a prática do autocuidado de pacientes portadores de IC, uma vez que a mensuração do autocuidado é complexa e envolve diversos aspectos que podem ser esquecidos. Essa avaliação precisa é importante, pois o autocuidado é considerado imprescindível para evitar crises de descompensação e manter a estabilidade clínica do paciente. Além disso, o estudo busca também atender à necessidade de ampliar as pesquisas relacionadas à insuficiência cardíaca, que ainda são muito restritas na área da enfermagem.

Assim, questiona-se: que atividades de autocuidado devem ser realizadas pelo paciente com IC? A escala de avaliação do autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca possui validade de conteúdo para ser utilizada na prática assistencial ao paciente com IC, segundo os especialistas?

Acredita-se que a elaboração da escala possa mensurar a prática de autocuidado do paciente com IC, visando direcionar a assistência de enfermagem conforme os déficits de autocuidado detectados. Dessa forma, o cuidado será individualizado e dirigido para as reais necessidades do paciente.

Compreendendo a importância de se avaliar o autocuidado de pacientes com IC, além da valorização das estratégias e tecnologias de enfermagem, percebe-se a relevância desse estudo. Ao construir o instrumento de avaliação do autocuidado de pacientes com IC, espera-se possibilitar uma assistência de enfermagem mais humanizada e individualizada, além de facilitar a metodologia de educação em saúde dos profissionais na sistematização de suas ações.

## **2 OBJETIVOS**

Elaborar uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

Realizar a validação de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Considerações sobre a insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca merece destaque por ter implicações ímpares na qualidade de vida do paciente que refletem em atividades simples no cotidiano, bem como por ter alto custo socioeconômico e hospitalar. É o maior desafio clínico atual na área de saúde pública, sendo considerado um problema epidêmico em progressão. E por essas razões, tem sido motivo crescente de estudo (SCHNEIDER, 2002; PELEGRINO, 2008).

A IC é determinada por condições nas quais o enchimento ventricular se encontra prejudicado, ou há súbita sobrecarga do volume que excede sua capacidade. Portanto, a IC é a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes. Ocorre mais comumente com distúrbios do músculo cardíaco, que provocam redução nas propriedades contráteis do coração (SMELTZER; BARE, 2010). É importante salientar que com o declínio da mortalidade em decorrência das cardiopatias de base, convive-se mais com a IC, fase final comum da maioria das doenças cardíacas (SIMONETTI *et al.*, 2004).

A *I Latin American Guidelines for the Assessment and Management of Decompensated Heart Failure* (2005) define a insuficiência cardíaca como uma síndrome clínica na qual anomalias cardíacas estruturais ou funcionais fazem com que o coração seja incapaz de ejetar e/ou acomodar o sangue dentro de valores pressóricos fisiológicos, causando, assim, limitação funcional e exigindo intervenção terapêutica.

Outros autores, como Bocchi *et al.* (2009), na III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, caracterizam a IC como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento.

As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria das formas da doença, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual. De início, esse comprometimento do débito cardíaco se manifesta durante o exercício, e com a progressão da doença ele diminui no esforço até ser observado sua redução no repouso (BOCCHI *et al.*, 2009).

Atualmente, a insuficiência cardíaca tem sido vista como uma doença da circulação e não apenas do coração. Quando o débito cardíaco cai após agressão miocárdica, mecanismos neuro-hormonais são ativados com o objetivo de preservar a homeostase circulatória. Embora originalmente vista como uma resposta compensatória benéfica, a liberação endógena de neuro-hormônios vasoconstritores parece exercer papel deletério no desenvolvimento da insuficiência cardíaca, pelo aumento da sobrecarga de volume e da pós-carga do ventrículo com contratilidade já diminuída. Por meio de combinações entre dilatação e hipertrofia ventricular e da ativação de forças vasoconstritoras e vasodilatadoras, o organismo busca equilíbrio hemodinâmico e neuro-hormonal com o objetivo de restaurar a função cardíaca a custos de mínimo gasto energético (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

Mecanismos compensatórios surgem na tentativa de aumentar o débito cardíaco, como o aumento da frequência cardíaca, da pressão diastólica e da massa ventricular. No entanto, com a evolução da doença, a função ventricular declina progressivamente (MANO, 2010).

Atualmente, a insuficiência cardíaca é vista como doença de progressão lenta, permanecendo compensada por muitos anos, tendo como principal causa a miocardiopatia isquêmica, seguida pelas miocardiopatias idiopática e hipertensiva. No Brasil, a miocardiopatia chagásica ainda é prevalente (MANO, 2010).

A IC pode ser resultante de qualquer doença que afete o coração, podendo mais de um fator etiológico estar presente em um mesmo paciente. A identificação da etiologia da IC é relevante, pois esta pode ser potencialmente reversível, principalmente em pacientes com IC aguda. Também o prognóstico pode ser pior em algumas etiologias como na miocardiopatia chagásica (BOCCHI *et al.*, 2005).

Latado *et al.* (2006) listam uma variedade de etiologias da IC, tais como: cardiopatia isquêmica (infarto agudo do miocárdio, angina, revascularização do miocárdio); cardiopatia hipertensiva; cardiopatia valvular; doença de chagas; miocardiopatia idiopática; miocardite viral, além da etiologia hipertrófica, restritiva e tóxica. A busca de fatores de descompensação é fundamental na avaliação clínica, pois, na maioria dos pacientes, eles podem ser identificados e corrigidos, prevenindo novas internações (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

Outros autores, como Rossi Neto (2004), apontam ainda a hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus*, a dislipidemia e o tabagismo como importantes fatores de risco para insuficiência cardíaca.

A principal condição para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca nos Estados Unidos é a doença isquêmica do coração, responsável por quase 60% dos novos casos de insuficiência cardíaca. No Brasil, a doença de chagas e a doença reumática lideram nas causas da IC (ROSSI NETO, 2004, BOCCHI *et al.*, 2009).

É mais comum a insuficiência cardíaca ocorrer com distúrbios do músculo cardíaco que resultam em diminuição das propriedades contráteis do coração. A disfunção miocárdica (especialmente a aterosclerose coronária), hipertensão arterial e disfunção valvular são algumas condições que podem levar à contratilidade miocárdica diminuída (SMELTZER; BARE, 2010). Em geral, a fisiopatologia da IC marca seu início a partir de um dano miocárdico primário que gera disfunção ventricular (BOCCHI *et al.*, 2005).

Em relação à sintomatologia, a IC causa sintomas que conduzem a limitações funcionais durante as atividades da vida diária, provocam distúrbios psicológicos e gastos com cuidados médicos e efeitos colaterais dos medicamentos. Desse modo, esses sintomas podem interferir na qualidade de vida dos pacientes com IC (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003). Os principais sintomas da IC refletem, em geral, as alterações hemodinâmicas que, inicialmente, acontecem durante os esforços intensos, depois, durante as atividades cotidianas e, por fim, em repouso.

A priori, as manifestações podem diferir de acordo com a existência de insuficiência ventricular esquerda ou direita. Contudo, a falha de qualquer um dos ventrículos acarreta na disfunção do outro. Os sintomas incluem dispnéia, tosse, ruídos respiratórios adventícios, perfusão tissular inadequada, fadiga, edema de membros inferiores, hepatomegalia, distensão das veias jugulares, ascite, anorexia, náuseas e fraqueza (SMELTZER; BARE, 2010).

A dispnéia pode ser desencadeada pela atividade mínima a moderada e até mesmo em repouso. O paciente também pode referir dificuldade de respirar deitado, chamada de ortopnéia, preferindo assumir a posição sentada. Quando a ortopnéia ocorre apenas durante a noite é denominada de dispnéia paroxística noturna. Isso acontece quando o paciente permanece sentado um longo período com os pés pendentes, pois, ao se deitar, o acúmulo de líquido nos membros inferiores tende a retornar para o volume sanguíneo provocando sobrecarga hídrica no coração e pulmão (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

A tosse associada à IC pode ser seca e não produtiva, mas em geral é produtiva. Quando ocorre congestão pulmonar grave (edema pulmonar), o escarro assume característica espumosa e de cor róseo (SMELTZER; BARE, 2010).

Os ruídos adventícios, especialmente os estertores, ocupam o lugar dos murmúrios vesiculares. Os estertores são pequenos sons de estalidos, borbulhantes ou do tipo chocalho

que se ouvem numa parte do pulmão. Eles ocorrem quando o ar se move através das vias respiratórias repletas de líquido. Os estertores são descritos ainda como sendo úmidos, secos, sibilantes, agudos, roucos ou sob outras descrições (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003).

O débito cardíaco reduzido decorrente da insuficiência cardíaca apresenta manifestações amplas, pois uma quantidade insuficiente de sangue alcança os tecidos e órgãos, ocasionado, assim, uma perfusão tissular inadequada. A baixa perfusão provoca efeitos danosos no organismo, em especial, nos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmão, fígado e rins (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

Devido o baixo fluxo de oxigenação cerebral pela incapacidade do coração em bombear sangue adequadamente para essa região, o paciente pode apresentar agitação e ansiedade. Soma-se, ainda, o estresse decorrente da dificuldade respiratória. Sem débito cardíaco adequado, o organismo não consegue atender à necessidade energética aumentada, provocando fadiga. Esse quadro caracteriza a angústia respiratória (SMELTZER; BARE, 2010).

O edema afeta, inicialmente, os pés e tornozelos, acentuando quando o paciente fica em pé ou sentando com os pés pendentes e regredindo quando os membros são elevados (edema gravitacional). Contudo, o edema pode progredir gradualmente para as pernas, coxas, tronco inferior, abdômen (ascite) e pulmão (edema pulmonar) (SMELTZER; BARE, 2010).

A hepatomegalia resulta da ingurgitação venosa do fígado. À medida que a disfunção hepática progride, a pressão dentro do sistema porta aumenta o suficiente para forçar a entrada de líquido na cavidade abdominal, condição conhecida como ascite. A coleção e a estase de líquido na cavidade abdominal exercem uma pressão sobre o estômago e intestinos, o que provoca desconforto gastrointestinal, como náuseas, dor e anorexia (SIMÕES; MARQUES; O'CONNEL, 2005).

Quando a pressão na veia jugular está maior que o normal, as suas paredes podem dilatar ou distender, resultando em um sinal no exame clínico conhecido como estase jugular referente ao ingurgitamento das veias jugulares. É um dado importante que deve ser avaliado em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. A distensão das veias jugulares traduz alterações de pressão e volume dentro do átrio direito, local onde desembocam as veias cavas superior e inferior (BUCK; ARTEGA; TIRONE, 2003).

A quantificação da limitação do esforço tem sido utilizada desde 1964 por meio da classificação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA) baseada na intensidade de sintomas em quatro classes. Essas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. Vale dizer, portanto, que esta classificação

além de possuir caráter funcional, é também uma maneira de avaliar a qualidade de vida do paciente frente a sua doença. As quatro classes propostas são: classe I - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas cuja limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais; classe II - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; classe III - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços e classe IV - sintomas em repouso (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002).

Vale ressaltar que essa classificação tem como base de referência para sua gradação as atividades cotidianas, que são variáveis de um indivíduo para outro, conferindo subjetividade a esta medida. Além do valor prognóstico da classe funcional aferida em avaliação inicial de pacientes, sua determinação serve para avaliar resposta terapêutica e contribuir para a determinação do melhor momento para intervenções (BOCCHI *et al.*, 2009).

Em 2001, uma nova classificação foi formulada por membros da *The American College of Cardiology* da *The American Heart Association* e também por representantes de periódicos internacionais que estabeleceram, por consenso, quatro estágios da IC, enfatizando a evolução e a progressão da doença; e valorizando a prevenção, quais sejam: estágio A – alto risco para desenvolvimento da IC (abrange pessoas com alto risco para desenvolver a IC), estágio B - IC estrutural assintomática (refere-se àqueles com alguma desordem estrutural e/ou funcional no coração, mas que são assintomáticos), estágio C - IC estrutural sintomática (pacientes com algum sintoma de IC) e estágio D – IC refratária/fase final (pacientes em estágio final da doença que requerem tratamento especializado, como suporte circulatório, infusão de drogas inotrópicas, transplante cardíaco ou cuidado hospitalar). Essa classificação não se constitui uma substituição da classificação proposta pela NYHA. Pelo contrário, elas são complementares (HUNT *et al.*, 2001). Existe, ainda, uma outra classificação que define a IC como nova, crônica, aguda, descompensada ou com exacerbação dos sintomas (ROSSI NETO, 2004).

Atualmente, o grande desafio no tratamento da insuficiência cardíaca é a prevenção de descompensação e da morte, bem como a melhora da qualidade de vida dos pacientes (BOCCHI *et al.*, 2005).

O manejo adequado dos pacientes deve ser iniciado pela história clínica, envolvendo a integralidade dos aspectos que interferem no seu estado de saúde, em especial, as condições sociais e econômicas. O tratamento da insuficiência cardíaca visa não somente diminuir a mortalidade e a morbidade, mas também melhorar a qualidade de vida e os custos do tratamento para o sistema de saúde, principalmente pela redução das hospitalizações (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006).

O reconhecimento, o rápido tratamento e a prevenção dos fatores que causam ou exacerbam a IC são cruciais no manuseio dessa doença, cabendo aos profissionais de saúde juntamente com os pacientes controlar as condições que podem acelerar a progressão da doença, como: hipertensão arterial; consumo de bebidas alcoólicas, e no caso da doença arterial coronária, fatores de risco para aterosclerose (TIMERMAN; PEREIRA, 2000).

O tratamento da insuficiência cardíaca envolve medidas farmacológicas, não farmacológicas e cirúrgicas. A abordagem medicamentosa utiliza diversas classes de fármacos, quais sejam: inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), beta-bloqueadores, digitálicos, diuréticos, antagonistas de aldosterona, vasodilatadores diretos, antagonistas de angiotensina II, antagonistas dos canais de cálcio, e outros, como por exemplo, os anticoagulantes e antiarrítmicos, quando o paciente possui uma história de evento embólico ou fibrilação atrial (VILAS-BOAS; FOLLATH, 2006).

Além da doença causar sintomas e limitações já descritas, a terapia medicamentosa também pode acarretar em efeitos que merecem atenção e monitorização contínua e orientação na administração dos mesmos. Os efeitos adversos mais comumente observados em relação ao uso de alguns desses medicamentos são: tosse, hipotensão arterial, angioedema e insuficiência renal (inibidores da ECA); fadiga, disfunção sexual, hipotensão e bradicardia (betabloqueadores); intoxicação digitálica (digitálicos); distúrbios eletrolíticos e hipovolemia (diuréticos) (BOCCHI *et al.*, 2009).

A quebra de paradigma na abordagem da IC tem demonstrado que o tratamento não farmacológico deixa de ser um mero complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável do tratamento desta complexa síndrome. A não adoção dessas medidas coloca em risco a eficácia da terapia (BOCCHI *et al.*, 2009).

Ainda existe o tratamento cirúrgico que é uma área de grande desenvolvimento no cenário brasileiro, e sua indicação deve ser considerada na presença de doenças cirurgicamente corrigíveis e principalmente na presença de sintomas de IC (BOCCHI *et al.*, 2009). Por causa da alta mortalidade observada, a terapêutica cirúrgica deve ser sempre considerada em complemento à terapêutica clínica, quando esta não apresenta uma resposta favorável. As opções cirúrgicas de tratamento incluem a revascularização do miocárdio, a correção das complicações mecânicas do infarto do miocárdio, a reconstrução ou substituição valvar, os procedimentos sobre o pericárdio, o implante de marcapassos ou de desfibriladores automáticos, o transplante cardíaco, bem como o emprego temporário de dispositivos mecânicos de suporte circulatório (BOCCHI *et al.*, 2005).

Apesar dos avanços no tratamento clínico da IC, o transplante cardíaco continua sendo reconhecido como a melhor modalidade de tratamento cirúrgico para a IC terminal. Os pacientes candidatos a transplante são aqueles com doença avançada, classe funcional IV permanente, ou III intermitente com IV, com sintomas severos e incapacitantes, sem alternativa de tratamento e com alta mortalidade em um ano. Alguns critérios de indicações e contra-indicações têm sido modificados nos últimos anos principalmente em relação à idade, consumo de oxigênio no teste cardiopulmonar, resistência vascular pulmonar, obesidade, câncer, diabetes mellitus, insuficiência renal, doença vascular periférica e dependência de drogas (MANO, 2010).

### **3.2 Estilo de vida do paciente com insuficiência cardíaca x Fatores de risco para complicações**

Não há cura para a insuficiência cardíaca, porém ela pode ser controlada com o tratamento das condições que a causam. Os objetivos do tratamento são melhorar os sintomas, impedir que eles piorem e prolongar a vida do paciente. O tratamento para IC que inclui mudanças no estilo de vida, medicamentos, e cuidados especializados para aqueles pacientes em estágio avançado, reduz a probabilidade de internações e melhora a qualidade de vida. É muito importante que o paciente siga corretamente o tratamento farmacológico e não farmacológico, mantendo as consultas médicas e de enfermagem e fazendo mudanças no estilo de vida.

Rabelo *et al.* (2007) afirmam que os enfermeiros desempenham papel fundamental no tratamento de pacientes com IC, especialmente no processo de educação e acompanhamento. Os objetivos desse processo são ensinar, reforçar, melhorar e avaliar constantemente as habilidades dos pacientes para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição de sódio e de líquidos, a realização de atividade física, o uso regular das medicações, a monitorização de sinais e de sintomas de piora da doença e o contato precoce com a equipe assistencial, dentre outros.

Assim, além do tratamento farmacológico, o paciente com IC deve incluir modificações no estilo de vida relacionado à dieta (redução da ingestão excessiva de líquidos, sódio e álcool), atividade física (participação em programas de condicionamento físico), atividade sexual (praticada em fase assintomática ou oligossintomática, melhora a autoestima e a qualidade de vida) e atividade laborativa (deve ser mantida, exceto em casos graves), bem como a cessação do fumo (TIMERMAN; PEREIRA, 2000; FINI, 2008).

A intervenção nutricional deve ser realizada em duas etapas distintas: diagnóstico nutricional e planejamento alimentar de forma clara e simples. A anamnese alimentar propicia o conhecimento da qualidade e da quantidade alimentar do paciente, possibilitando identificar e respeitar suas preferências e aversões, além das limitações de ordem cultural e econômica que possam interferir no seguimento da orientação dietética.

Em relação ao sódio, recomenda-se a ingestão de 2 a 3g/dia, principalmente nos estágios mais avançados da doença e na ausência de hiponatremia ou na dificuldade para alimentação com baixo teor de sódio. O sal ocasiona acúmulo extra de fluidos no organismo piorando a IC. É importante enfatizar, a necessidade de completa abstinência do álcool, principalmente para pacientes com miocardiopatia alcoólica, por causar depressão miocárdica e precipitar arritmias. Entretanto, quantidades limitadas diárias (20-30ml de álcool em vinho tinto) em pacientes estáveis, classes I-II, poderiam ser benéficas na presença de doença coronariana (BOCCHI *et al.*, 2009).

O doente com IC deve limitar a ingestão de líquidos, pesar-se todos os dias e caso tenha um ganho súbito de peso que pode significar acúmulo de fluido, informar imediatamente ao médico e/ou ao enfermeiro.

A restrição de líquido é apontada por Bocchi *et al.* (2005) como uma das mais importantes partes do tratamento não medicamentoso. A quantidade máxima de 1,5 litros diários é usualmente recomendada para pacientes com IC moderada a grave (HOLST *et al.*, 2008). Já as diretrizes do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* (2005), defendem que os benefícios ocorram com a restrição de 2 litros diários. Já Bocchi *et al.* (2009) sugerem que, em média, a ingestão de líquidos seja de 1.000 a 1.500 ml em pacientes sintomáticos com risco de hipervolemia.

Um estudo experimental, realizado em 2007, comparou o efeito clínico da restrição hídrica de um litro por dia com a ingestão livre em pacientes hospitalizados de classe funcional IV e não encontrou diferença significativa no tempo para estabilidade clínica ou para a quantidade de diuréticos prescritos (TRAVERS *et al.*, 2007). Da mesma forma, Holst *et al.* (2008) também não encontraram diferença significativa entre os grupos experimental e controle em relação a qualidade de vida, capacidade física, peso corporal, dose de diuréticos e sinais de retenção ao avaliar uma restrição diária de 1500 ml comparada a uma quantidade individualizada por dia. Assim, é necessária a realização de mais estudos que avaliem a restrição hídrica, ingestão ideal e suas consequências.

Conforme Bocchi *et al.* (2009) não existem estudos prospectivos bem delineados que demonstrem que restrição hídrica e salina, isoladas ou em conjunto, seja uma estratégia

efetiva para reduzir a morbidade da IC a nível ambulatorial, particularmente para aqueles estáveis e pouco limitados do ponto de vista funcional. Apesar disso, existe consenso geral de que avaliar a adesão do paciente às medidas de restrição hidrossalina é marcador de qualidade assistencial, sendo parte importante das iniciativas das clínicas de IC.

Pacientes com IC não devem ser estimulados a praticar atividade física rotineira e nem a repouso absoluto, devendo ser a atividade individualizada, de acordo com o diagnóstico e situação clínica do paciente. Durante os episódios de descompensação aguda, os pacientes devem permanecer em repouso, de acordo com as suas limitações (BOCCHI *et al.*, 2005).

Atividade muscular leve, como a caminhada, deve ser encorajada, enquanto exercícios isométricos e extenuantes devem ser evitados. Programas de treinamento devem ser adaptados ao grau de IC e sempre realizados sob supervisão médica. Existem evidências que em pacientes com IC estável um programa de condicionamento físico melhora a capacidade física e a qualidade de vida, embora os efeitos sob o prognóstico sejam desconhecidos (MANO, 2010).

A orientação sobre a atividade sexual deve fazer parte da rotina de abordagem ao paciente com IC, embora haja consenso estabelecido sobre o aconselhamento dessa atividade. As recomendações e esclarecimentos são dados para assegurar a não progressão dos sintomas. O desempenho tem dependência direta com os temores do paciente e do parceiro. A atividade sexual deve ser orientada para pacientes com IC crônica estável. Estimativas sugerem que 40% dos pacientes homens em classe funcional III referem disfunção sexual (BOCCHI *et al.*, 2009). Assim, é necessário realizar abordagens a esses pacientes visando esclarecer suas dúvidas e oferecer apoio emocional.

O aumento da capacidade funcional tem sido o objetivo de diversos estudos para manter a capacidade de trabalho. A individualização de cada paciente dentro de seu contexto deve ser levada em consideração na tomada de decisão. Quando a atividade profissional não interferir na progressão, nos sintomas e na gravidade da doença, a realocação não é necessária. Contudo, quando a atividade laborativa impactar diretamente na gravidade da doença, a realocação deverá ser avaliada (BOCCHI *et al.*, 2009).

É necessário ter o cuidado de não permitir o isolamento mental e social do paciente. As atividades sociais devem ser encorajadas. Se possível, devem manter seu trabalho diário adaptado a sua capacidade física (MANO, 2010).

O fumo constitui-se um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para o aparecimento de doença cardiovascular e deve ser desencorajado em todos os pacientes com IC. Os radicais livres constantes no tabaco favorecem a oxidação da lipoproteína de baixa

intensidade (LDL) e diminuem o aporte de oxigênio arterial. A nicotina provoca alterações hemodinâmicas, como o aumento da frequência cardíaca, que acarreta aumento do débito cardíaco e do consumo de oxigênio em repouso, devido à liberação de adrenalina e noradrenalina, bem como vasoconstrição periférica, que traz aumento da pressão arterial sistólica e diastólica e da contratilidade do miocárdio (MARTINEZ, 2004). Dessa forma, o tabagismo acarreta uma maior demanda energética e de oxigênio provocando uma sobrecarga no coração já insuficiente.

As pessoas com IC devem evitar infecções, especialmente, as respiratórias como gripe e pneumonia. Recomenda-se o tratamento profilático com vacina contra a gripe (anual) e pneumonia (a cada três anos) nos pacientes com IC avançada. Ainda pode haver indicação de oxigênio suplementar, caso o paciente tenha dificuldade respiratória, que pode ser usado em casa ou no hospital. Há também a possibilidade de transplante de coração, que é a opção quando todos os outros tratamentos falharam para controlar os sintomas (BOCCHI *et al.*, 2009).

Existem os fatores de risco, que, de forma independente, estão associados ao desenvolvimento da insuficiência cardíaca, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade e *diabetes mellitus*, que são os mesmos que compõem a denominada síndrome metabólica. Pode-se inferir que a coexistência desses fatores agrava ainda mais o prognóstico do paciente. Recentemente, a insuficiência cardíaca tem sido reconhecida como uma desordem insidiosa e progressiva, que resulta da interação de distúrbios hemodinâmicos, neuro-humorais, imunológicos e metabólicos (CONSOLIM; ATALA, 2004).

### **3.3 Consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca**

A IC, como outras doenças crônicas, determina alterações na condição/situação de vida dos pacientes, gerando a necessidade de buscar alternativas para se viver melhor. Para enfrentar essa situação, o paciente deve contar com a ajuda dos profissionais da área da saúde que atuam na prevenção primária, secundária e terciária, pois, somente com esforços conjuntos, é possível reduzir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares (SCHNEIDER, 2002).

Após o diagnóstico de IC, o paciente precisa passar por um processo de adaptação, o qual é dinâmico, orientado para a saúde e capaz de auxiliá-lo a alcançar uma satisfatória condição clínica, física, psicoemocional e laborativa, incorporando hábitos condizentes com sua nova condição.

Diante do quadro e da gravidade da doença e das necessidades e particularidades que os pacientes portadores de IC apresentam, ressalta-se a importância da atuação da equipe de saúde, na qual a enfermagem possui papel fundamental no acompanhamento desses pacientes, pois contribui de forma holística para a educação em saúde, visando esclarecer o processo de saúde/doença e a importância da manutenção do tratamento realizando atividades de autocuidado. Soma-se a isso o auxílio ao paciente e à família na busca de qualidade de vida, utilizando estratégias para promover mudanças que habilitarão a (con)vivência com a sua situação de saúde.

A consulta de enfermagem (CE) destaca-se como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, respaldada por lei, atividade privativa do enfermeiro que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce e prevenção de situações evitáveis (QUEIROZ *et al.*, 2010).

A CE não é uma atividade nova, já que foi reconhecida como atividade do enfermeiro na década de 20, sendo legalizada de forma definitiva em 25 de junho de 1986, segundo a Lei 7.489. Contudo, só agora, reconheceram-na como colaboradora na organização e sistematização do cuidar em enfermagem (QUEIROZ *et al.*, 2010, SANTOS *et al.*, 2009).

A consulta de enfermagem viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas. Para tanto, deve ser norteada pela sistematização da assistência de enfermagem, por ser um método científico com aplicação específica, de modo que o cuidado de enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo (CARVALHO *et al.*, 2008).

Sabe-se que a CE proporciona benefícios à comunidade e orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares dos pacientes (CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009). Além disso, a CE oferece bons resultados e traz diversos benefícios para o paciente e profissional (BENTO; BROFMAN, 2009).

A implementação da consulta de enfermagem ao paciente com IC tem proporcionado a identificação e compreensão das respostas dos pacientes aos problemas de saúde reais e potenciais, facilitando a escolha de intervenções que são uma alternativa de estimular medidas não farmacológicas para melhorar a qualidade de vida por meio de educação em saúde, com orientações sobre alimentação, atividade física, posições de conforto, entre outras questões que possam auxiliá-los a manter uma vida mais saudável e aumentar a aderência ao tratamento (CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009).

Bento e Brofman (2009) corroboram afirmando que o manejo das intervenções não farmacológicas por meio de educação em saúde liderada pelos enfermeiros acarreta bons

resultados de saúde aos pacientes com IC, dentre os quais, cita-se: redução das hospitalizações, do tempo de internação, do custo do tratamento e da mortalidade e melhora da qualidade de vida. Em seu estudo, esses autores observaram, a partir da intervenção educativa de enfermagem por meio das consultas e monitorização telefônica periódica, uma redução significativa nas internações hospitalares, representadas por cinco (18,5%) internamentos no grupo intervenção, e vinte e dois (81,5%) no grupo controle.

A consulta de enfermagem com foco em ações educativas capacita o paciente com insuficiência cardíaca na realização do autocuidado, promovendo redução da frequência de hospitalizações dos pacientes em tratamento (BENTO; BROFMAN, 2009). Para o desenvolvimento e operacionalização da CE, os enfermeiros precisam ter conhecimentos científicos para a detecção e interpretação dos problemas, além de capacidade e habilidade de intervir conforme a necessidade de cada paciente (LIMA *et al.*, 2010).

O seguimento clínico ambulatorial meticuloso dos pacientes é tarefa essencial para monitorar a evolução do quadro clínico, a resposta ao tratamento instituído e a estratificação prognóstica da IC. A periodicidade das consultas não é aspecto definido em estudos clínicos prospectivos, porém evidências indiretas de estudos de gerenciamento de pacientes sugerem que acompanhamento intensivo por médicos e/ou enfermeiras pode reduzir a morbidade da síndrome (BOCCHI *et al.*, 2009).

Vale ressaltar, que a meta do tratamento da IC não é somente prolongar a vida, mas também aliviar os sintomas e melhorar as funções do cotidiano, bem como aumentar a sobrevida e a qualidade de vida (DUNDERDALE *et al.*, 2005; STRÖMBERG *et al.*, 2003).

Assistir ao paciente com doença crônica requer que seja traçado um plano de cuidados humanizado e individualizado, podendo a obtenção dos resultados ocorrer a médio ou a longo prazo. Faz-se necessária a construção de um suporte social com apoio ao paciente que, geralmente, mantém uma estrutura emocional abalada. Assim, é preciso trabalhar com vistas à integralidade do ser humano e não somente aos aspectos técnicos, necessitando de uma abordagem humanística e individualizada a fim de promover a eficácia do processo saúde-doença (SMELTZER; BARE, 2010).

Ressalta-se que para o planejamento adequado dos cuidados de enfermagem, é importante considerar não apenas os aspectos fisiológicos, mas também os psicológicos e sociais da doença, incluindo o significado da IC para o indivíduo e para aqueles com quem convive. Mudar o estilo de vida implica em uma ameaça quase sempre cercada de ansiedade, angústia, medos, questionamentos e dúvidas. O envolvimento familiar e a motivação do paciente são imprescindíveis para a adesão às mudanças de estilo de vida (BOCCHI *et al.*,

2009). Além disso, há de se identificar os fatores que influenciam no processo de adesão ao tratamento e na prática do autocuidado.

Os pacientes sofrem de maneira significativa o impacto dessa doença, o que compromete a qualidade de suas vidas (PELEGRINO, 2008). Assim, diminuir o impacto negativo da doença na vida dos indivíduos deve ser um dos principais objetivos dos profissionais de saúde. Melhorar a qualidade de vida é uma meta importante na terapêutica e tem sido visto como um resultado importante a ser medido em pesquisas clínicas (DUNDERDALE *et al.*, 2005). Uma melhor compreensão do impacto da IC e das dificuldades enfrentadas pelos pacientes para a prática do autocuidado poderá subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem no cuidado a esses indivíduos na trajetória da doença cardíaca.

### **3.4 Promoção da saúde do paciente com insuficiência cardíaca**

O paradigma biomédico dominante na atenção à saúde sustentado em uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual mostrou-se insuficiente para atender às necessidades e demandas sociais de saúde da população.

Em 1986, ocorreu a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá. Esse evento foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova política de saúde, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. O principal produto dessa conferência foi a Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde que considerou como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

Ainda nesse mesmo ano, aconteceu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que teve como tema Democracia é Saúde na qual foram debatidos aspectos sobre a descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Essas discussões somadas às relacionadas na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios na Constituição da República, em 1988, são marcos de um movimento que busca construir um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Isso decorreu da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento (SILVA *et al.*, 2009).

Na base desse processo está a busca pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde presentes na Constituição Federal. Desse modo, as reflexões e movimentos no âmbito da promoção da saúde vão ao encontro do que estava proposto.

Na carta de Ottawa, promoção da saúde é definida como o processo que habilita a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem identificar anseios, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida. Num conceito positivo, enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Dessa forma, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Buss (2003) corrobora ao afirmar que a promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades das pessoas, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Assim, entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita o indivíduo aumentar o controle sobre os determinantes da saúde a fim de melhorar sua saúde, sendo sua participação essencial para sustentar as ações de promoção da saúde.

Silva *et al.* (2009) complementam afirmando que a promoção da saúde configura-se como estratégia de produção de saúde, com o fim dos modelos tecnoassistenciais, configurando novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Representa, pois, uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com um arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde da população.

Atuar na promoção da saúde exige reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: concepção de saúde, gestão do processo de trabalho e educação, formação dos profissionais de saúde, e participação e controle social. A conjugação dos elementos desses eixos deve direcionar as práticas em saúde, imprimindo a lógica do modelo tecnoassistencial em constante construção e reconstrução (SILVA *et al.*, 2009). O que vem caracterizar a promoção da saúde é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as

condições de saúde e envolve inúmeros fatores relacionados à qualidade de vida (BUSS, 2003).

A promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida das pessoas e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os princípios constitucionais de participação social (SILVA *et al.*, 2009).

Nesse contexto, o autocuidado relaciona-se à promoção da saúde na medida em que valoriza a própria saúde, ou seja, ao desejo de bem viver, lutando pelo bem-estar na continuidade da vida, em todos os âmbitos e dimensões corporais. Isso implica na tomada de decisões quanto ao modo de viver, assumindo responsabilidades quanto aos comportamentos e atitudes que levam ou não à qualidade de vida. Assim, a pessoa é uma colaboradora no processo de promoção de saúde, ligado às políticas públicas e ou à sua própria visão de mundo e o que pretende enquanto nele vive (BRANDÃO *et al.*, 2009).

Considerando que a teoria do autocuidado vincula-se à identificação de necessidades de autocuidado a serem atendidas, geralmente em pessoas com doenças crônicas, como é o caso da IC, essa prática é essencial para promoção da saúde desses pacientes e deve ser considerada, orientada e estimulada. Desse modo, a prática do autocuidado é um meio de evitar complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Portanto, o enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde das pessoas, como educador em saúde, responsável pelo cuidado do paciente e da família na busca de melhorias na condição de saúde, utilizando estratégias para promover mudanças que habilitarão a convivência com a sua situação de saúde.

O enfermeiro deve oferecer cuidados de qualidade, desenvolver e utilizar tecnologias na prática assistencial com vistas a favorecer um melhor desempenho do seu papel no acompanhamento do paciente portador de IC. Ao realizar atividades de educação em saúde, incentivando o paciente a seguir corretamente o tratamento e realizar seu autocuidado, além de estabelecer medidas de promoção da saúde, o enfermeiro estará contribuindo para o engrandecimento da profissão.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Existem diversos modelos metodológicos para validação de instrumentos descritos na literatura, como: Modelo de Walker e Avant para análise de conceitos; o Modelo de Hoskins composto por análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica; o Modelo de Fehring que possui a validação de conceito e a validação clínica; e o Modelo Psicométrico de Pasquali (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Esses modelos são utilizados nas pesquisas de forma isolada ou em conjunto, na sua totalidade ou em partes, sendo empregados de acordo com o objeto estudado.

A validação é o processo de examinar a precisão de uma determinada predição ou inferência realizada a partir dos escores de um teste. Validar, mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida, é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e deve ser repetido inúmeras vezes para o mesmo instrumento. Valida-se não propriamente o teste, mas a interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico. A cada aplicação de um instrumento, pode corresponder, portanto, uma interpretação dos resultados (RAYMUNDO, 2009).

O conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; KEEVES, 1990). Assim quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo utilizado (KEEVES, 1990; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Pasquali (1999), a validade refere-se às características de medida de um instrumento, o qual é considerado válido quando de fato mede o construto que se propõe. Conseqüentemente, ao se medir comportamentos que são representações de traços latentes, se estará medindo o próprio traço latente. Oliveira (2006) complementa que a tarefa não é simples, mas necessária, uma vez que a ausência de estudos que ratificam a validade impede o reconhecimento científico do instrumento.

A validade de um teste começa no momento em que se pensa em construí-lo e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A interpretação da validade de um teste também exige, por vezes, o cálculo de diferentes coeficientes. Existem três aspectos da validade que correspondem aos objetivos de um teste e se referem à validade de conteúdo, à validade de critério e à validade de construto (RAYMUNDO, 2009).

Pasquali (1997) corrobora ao afirmar que existem diversas maneiras de se examinar a validade de um instrumento. De modo geral, o parâmetro de validade corresponde a três períodos. Em cada um há predominância de um dos tipos atuais conhecidos de validade, expresso sobre o modelo trinário: validade de conteúdo, de critério e de construto.

Conforme Cassiani (1987), a validade de conteúdo examina o conteúdo do construto, incluindo sua definição operacional e suas variáveis observáveis e determina o grau com que as variáveis observáveis estão representadas em um determinado universo. A validade de critério analisa a relação sistemática entre os valores obtidos pelo construto com outros valores que devem predizer. Geralmente, é utilizado o coeficiente de correlação. E a validade de construto refere-se ao grau, no qual um instrumento mede esse mesmo construto e suas variáveis observáveis. Essa validade, geralmente, é realizada por meio da análise fatorial exploratória.

Assim, para guiar a construção e validação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC, foi adotado o Modelo Psicométrico descrito por Pasquali (1999), o qual é dividido em três pólos: teórico, empírico ou experimental e analítico ou estatístico. Contudo, neste estudo, somente foram realizados os passos do pólo teórico, uma vez que o estudo, ora desenvolvido, abordou a construção e validação de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC, visando sua utilização na consulta de enfermagem e de outros profissionais de saúde, tendo em vista a necessidade de quantificar esse autocuidado, além de identificar os déficits de autocuidado para melhor orientação e acompanhamento dessa clientela. Os demais procedimentos referentes aos outros pólos serão planejados e realizados em estudos posteriores.

Pasquali (1999) enfatiza que os procedimentos teóricos são considerados os mais importantes uma vez que se referem à preocupação com a teorização sobre o construto de interesse.

#### **4.1 Psicometria**

O foco da mensuração é quantificar as características do conceito a ser medido, neste estudo o autocuidado de pacientes com IC. Sendo essa avaliação um conceito abstrato, de natureza comportamental, adotou-se a psicometria como referencial teórico-metodológico para o processo de validação da escala. Além disso, a psicometria é importante nesse processo uma vez que pode ajudar no refinamento dos conceitos que representam.

A psicometria é um ramo da estatística que estuda fenômenos psicológicos e foi desenvolvida por estatísticos, e por isso, ainda é definida como um ramo da estatística. Entretanto, Pasquali (1997) afirma que deve ser considerada como um ramo da psicologia que interage com a estatística.

Pasquali (1997) assevera que a psicometria assume o modelo quantitativista em psicologia e que há diferentes formas de se atribuir números às propriedades dos conceitos, quais sejam: medida fundamental, medida derivada e medida por teoria.

Na medida fundamental, a característica de um objeto pode ser mensurada direta e fundamentalmente por outro objeto (instrumento) que possui a mesma qualidade que se quer medir. Tal situação ocorre com os atributos de massa, comprimento e de duração temporal. Por exemplo, ao medir o comprimento de um objeto, utiliza-se um instrumento composto por unidades de comprimento. A medida derivada é empregada quando não há um instrumento que possua a mesma propriedade a ser medida no objeto. Assim, são medidas indiretamente por meio de uma relação com medidas extensivas. Uma medida é derivada se finalmente ela pode ser expressa em termos de medida fundamental, como a densidade que é mensurada indiretamente em função de duas medidas fundamentais, massa e volume. E por fim, a medida por teoria, é usada quando não existem leis relacionando os atributos que são mensurados somente com base em leis e em teorias científicas. Assim, as concepções teóricas produzem hipóteses sobre o que, teoricamente, poderia ser observado quando o fenômeno ocorre (PASQUALI, 1997). Exemplificando com algumas medidas de autocuidado do paciente com IC, tem-se a pressão arterial como medida fundamental e o índice de massa corporal como medida derivada.

Segundo Pasquali (1997), a psicometria é um dos fundamentos para as medidas por teoria e trata da medida de construtos psicológicos ou traços latentes representados por comportamentos observáveis que representam esses traços. Traço latente vem referido ou inferido sob expressões como variável, construto, conceito, estrutura psíquica, processo, tendência, atitude, dentre outros.

No contexto da psicometria, a construção de um instrumento baseia-se na explicação teórica do conceito a ser medido. Essa explicação deve permitir apontar as propriedades que caracterizam o conceito em discussão. A demonstração do grau com que essa representação ocorre fundamenta-se na análise de resultados da aplicação empírica do instrumento. Pasquali (1997) orienta que essa demonstração deve ser realizada por análises estatísticas dos itens individualmente e como um todo. Para tanto, foram desenvolvidos parâmetros que a medida psicométrica deve apresentar para se construir um instrumento de medida válido e legítimo.

Ainda conforme Pasquali (1999), o modelo psicométrico é composto por três pólos: teóricos, empíricos ou experimentais e analíticos ou estatísticos que indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência entre o seu conteúdo e o conceito.

O pólo teórico enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso a explicitação da teoria sobre o construto para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida bem como a operacionalização do construto em itens. Esse pólo explicita a teoria do traço latente e os comportamentos que constituem uma representação adequada desse traço. É estabelecida a dimensionalidade do construto que pode ser entendida como os componentes da estrutura conceitual, de modo que o conceito fique claro e seja suficientemente preciso para a construção dos itens do instrumento de medida.

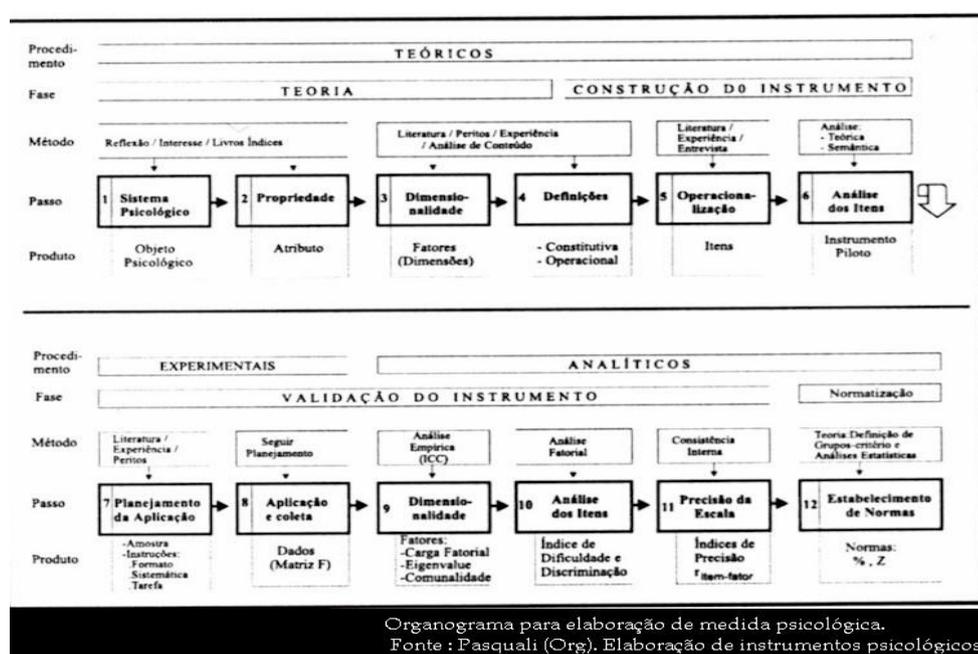
Nesse pólo, estão implícitas as definições constitutivas e operacionais do conceito. A primeira refere-se à construção dos itens, expressões da representação comportamental do conceito. Assim, são respeitados alguns critérios para a construção de itens, além da observância na quantidade de itens para que o conceito seja bem representado e da análise teórica dos itens. A análise teórica dos itens inclui a análise semântica quanto à inteligibilidade e a análise feita por juízes quanto à pertinência dos itens ao traço em discussão (análise de construto).

O pólo empírico define as etapas e as técnicas da aplicação de instrumento piloto e da coleta válida da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento.

O pólo analítico estabelece os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado.

O modelo de Pasquali (1999) será descrito a seguir, adotando-se a ordem preconizada pelo autor nos três pólos para a construção de instrumentos psicométricos, conforme a figura 1 abaixo.

Figura 1. Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Pasquali, 1999. (Org). Elaboração de instrumentos psicológicos.

## 4.2 Procedimento Teórico

Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento dependendo, portanto, da literatura existente sobre o construto que o instrumento pretende medir. Inicialmente, deve-se levantar toda a evidência empírica sobre o construto e procurar sistematizá-la numa miniteoria a qual possa servir como guia na elaboração de um instrumento de medida para esse construto.

Nesse pólo, encontram-se os seis primeiros dos doze passos propostos por Pasquali (1999). Os três primeiros estão relacionados com a teoria que embasou o construto; o quarto possui relação com a teoria e com o processo de construção do instrumento; o quinto e sexto estão voltados exclusivamente para a construção da escala.

**1º Passo: Sistema Psicológico** - busca encontrar a teoria adequada sobre o construto para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. Representa o objeto de interesse, enfocando como objeto específico as estruturas latentes, os traços psíquicos ou processos mentais. Esse passo institui o construto dentro de um delineamento de estudo e é construído a partir de reflexões e interesse direto do pesquisador pelo construto.

**2º Passo: Propriedade do Sistema Psicológico** - corresponde à definição das propriedades ou atributos do objeto de interesse do pesquisador como foco imediato da observação. Essa

definição deve ser clara e preliminar na qual as propriedades do sistema de interesse que se quer estudar já estejam delimitadas *a priori*.

**3º Passo: Dimensionalidade do Atributo** - refere-se à estrutura interna e semântica do construto, podendo variar de uni a multifatorial, sendo os fatores que compõem o construto (o atributo) o produto deste passo. Além disso, a resposta pode vir da teoria sobre o construto e/ou dados empíricos disponíveis sobre ele.

**4º Passo: Definição dos Construtos** - consiste na conceituação clara e precisa dos fatores para os quais se quer construir o instrumento de medida com base na literatura específica, na análise de conteúdo feita com a colaboração de peritos ou na própria experiência do pesquisador. A definição pode ser constitutiva ou operacional. A primeira representa um construto já definido por meio de outros construtos. Nesse caso, o construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere, dando as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico. Já a definição operacional, corresponde à passagem do abstrato para o concreto, legitimando a representação empírica e comportamental dos traços latentes. Com este passo, verifica-se o início da construção do instrumento piloto.

**5º Passo: Operacionalização do Construto** - representa a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. Esse passo é formado por três etapas:

1) Fonte dos itens: são as categorias comportamentais que expressam o construto de interesse e que corresponde às definições constitutivas e operacionais. Estes podem ser encontrados na literatura mediante outros testes que medem o construto, entrevista (levantamento junto à população alvo) ou em categorias comportamentais (definidas no passo das definições operacionais).

2) Regras para construção dos itens: regras ou critérios fundamentais para elaboração adequada dos itens que devem ser aplicadas, em parte, à construção de cada item individualmente e, em parte, ao conjunto de itens que medem o mesmo construto, embora em determinados tipos de itens algumas dessas regras podem não se aplicar.

Pasquali (1999) sugere um conjunto de doze critérios para a construção dos itens do instrumento. Os dez primeiros estão direcionados para a construção dos itens e os dois últimos para o instrumento como um todo.

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto, permitindo uma ação clara e precisa.
- Critério de objetividade ou de desejabilidade ou preferência: os itens devem cobrir comportamentos de fato, como a preferência e a opinião, permitindo uma resposta certa ou errada.

- Critério de simplicidade: o item deve expressar uma única ideia.
- Critério de clareza: o item deve ser inteligível para todos os estratos da população-alvo. Deve utilizar frases curtas, simples, diretas e sem ambiguidades.
- Critério de relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): o item deve ser consistente com o traço definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.
- Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no atributo e ser distinto dos demais que cobrem o mesmo atributo.
- Critério de variedade: dois aspectos especificam esse critério. Variar a linguagem para não confundir as frases e evitar monotonia e cansaço, além de formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis para evitar erro da resposta estereotipada.
- Critério de modalidade: o item deve ser formulado sem expressões extremadas, como excelente, miserável, entre outros, pois a intensidade da reação do sujeito é dada na escala da resposta.
- Critério de tipicidade: o item deve ser formulado com frases ou expressões condizentes, típicas e de acordo com o atributo.
- Critério de credibilidade: o item deve ser formulado de modo que não pareça ridículo ou infantil para não contribuir com uma atitude desfavorável e assim aumentar os erros de resposta.
- Critério da amplitude: o conjunto de itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir todos os níveis de compreensão da população-alvo.
- Critério do equilíbrio: os itens devem ser igual ou proporcionalmente distribuídos em todos os setores, havendo diversidade e equilíbrio entre os itens. O conjunto de itens deve permitir uma distribuição semelhante à da curva normal, tendo a maior parte de dificuldade mediana.

3) Quantidade de itens: para se cobrir a totalidade ou a maior parte da extensão semântica do construto, explicitada nas definições constitutivas, normalmente se exige no instrumento final, um número razoável de itens, cerca de vinte itens. Deve-se começar com, pelo menos, o triplo de itens para se poder assegurar, no fim, um terço deles.

**6º Passo: Análise Teórica dos Itens** - ao formular a hipótese de que os itens representam adequadamente o construto, é importante avaliá-la contra a opinião de outros para assegurar garantias de validade. Essa análise teórica é realizada por juízes que deverão proceder a dois

tipos de análise. Se a análise incide sobre a compreensão dos itens, dar-se-á à análise semântica. Se for sobre a pertinência dos itens ao construto que representa, trata-se da análise de validade de conteúdo que se destina a verificar se os itens referem-se ao fenômeno em estudo, segundo a opinião de especialistas. Assim, antes de partir para a validação final do instrumento, este é submetido a uma análise teórica dos itens por meio da análise semântica e análise dos juízes.

A análise semântica visa à verificação se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a qual o instrumento se destina. Duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são compreensíveis para o estrato mais baixo da população-alvo e para evitar deselegância na formulação dos itens, essa análise deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada da população-alvo para garantir a validade aparente do instrumento.

Quanto à análise dos juízes, chamada de validade de conteúdo, procura verificar a adequação da representação comportamental do atributo. Os juízes devem ser peritos na área do construto uma vez que sua tarefa consiste em avaliar se os itens estão se referindo ou não ao traço em discussão. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. Os itens que não atingirem essa meta podem ser descartados do instrumento.

Ao fim do trabalho dos juízes, completam-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida, os quais comportaram a explicação da teoria do construto envolvido, bem como a elaboração do instrumento que constitui a representação comportamental desse mesmo construto e que se põe como a hipótese a ser empiricamente testada (validade do instrumento).

### **4.3 Procedimento Empírico**

Apesar da não realização do procedimento empírico nesse estudo, faz-se necessário descrevê-lo, o qual contempla o planejamento da pesquisa para proceder à validação empírica das informações coletadas de uma amostra de sujeitos. Essa deverá ser representativa da população para a qual o instrumento está sendo construído, utilizando-se de análises estatísticas.

Para esse pólo, dois passos são salientados no processo de construção do instrumento por meio desses procedimentos empíricos. Esses, juntamente com a validade de conteúdo feita anteriormente pelos juízes constituem o início do processo de validação do instrumento psicométrico.

**7º Passo: Planejamento da Aplicação do Instrumento Piloto** - dois pontos são relevantes: primeiro, definição de forma clara e precisa da amostra representativa da população-alvo, pois é dela que sairão os sujeitos que testarão a qualidade psicométrica do instrumento; e segundo, preparação das instruções de como aplicar o instrumento e definição da sistemática de aplicação do instrumento (condições) a serem dadas a amostra, bem como o formato em que ele se apresenta e o modo como o sujeito responderá a cada item. A escala de *Likert* é o formato mais utilizado no caso de testes de personalidade e escalas de atitudes.

**8º Passo: Aplicação e coleta** - após o planejamento e testagem do instrumento piloto realizada anteriormente, o instrumento poderá sofrer ajustes para então apresentar-se pronto para a operacionalização da coleta dos dados. Nesse passo, as informações serão efetivamente coletadas e darão origem a uma matriz ou banco de dados informatizado, a ser utilizado na etapa seguinte.

#### **4.4 Procedimento Analítico**

O procedimento analítico também não foi realizado nesse estudo. Contudo, o processo de validação e a normatização do instrumento psicométrico proposto só é finalizado ao término dessa etapa. Comporta a parte mais volumosa do modelo Psicométrico de Pasquali (1999) por envolver os procedimentos estatísticos e estão inseridos nos últimos quatro passos definidos pelo mesmo autor.

**9º Passo: Dimensionalidade do Instrumento** - as análises estatísticas que se fazem de um instrumento psicológico, no seu todo e em cada item individual, fazem a suposição de que o instrumento seja unidimensional, ou seja, todos os itens do instrumento medem um e o mesmo construto. Utiliza-se a análise fatorial para determinar quantos fatores o instrumento está de fato medindo, representando a análise preliminar dos próprios itens. Pasquali (1997) recomenda que essa análise seja feita utilizando a teoria da Resposta do Item – TRI (Item Response Theory – IRT). Essa teoria estatística possui grandes vantagens sobre outros métodos tradicionais de análise de itens. nela há três parâmetros envolvidos: a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória (ou melhor, a resposta correta dada ao acaso).

**10º Passo: Análise dos Itens** - os itens que se mostrarem ser representantes satisfatórios do traço latente devem ser submetidos a análises individuais visando a verificação de outras características que eles devem apresentar dentro de um mesmo instrumento. Essa análise se reduz a duas: a dificuldade que representa a magnitude do traço latente que o sujeito deve

possuir para poder acertar o item e a discriminação referente ao fato dele poder diferenciar sujeitos que possuem magnitudes diferentes do mesmo traço latente.

A TRI introduziu técnicas nesta área de análise dos itens que, mesmo complicadas, devem ser usadas nesse passo de elaboração do instrumento. Todos os modelos teorizam sobre as estruturas latentes e entendem os sistemas psicológicos latentes como possuidores de propriedades de diferentes magnitudes ou mensurações. Dessa maneira, ao considerar que os itens devem cobrir toda a extensão de magnitude do traço e que os itens de dificuldade 50% são os que produzem mais informações, pode-se sugerir que uma distribuição dos itens mais ou menos dentro de uma curva normal seria o ideal.

**11º Passo: Precisão da Escala** – esse passo cobre diferentes aspectos de um teste, mas todos eles se referem a quanto os escores obtidos no teste se aproxima do escore verdadeiro do sujeito num traço qualquer. O parâmetro fidedignidade dos testes é referenciado sob vários nomes que resultam do seu próprio conceito. Estes são, principalmente, precisão, fidedignidade e confiabilidade. Outros nomes deste parâmetro, como estabilidade, constância, equivalência, consistência interna, confiança, homogeneidade, resultam do tipo de técnica utilizada na coleta empírica da informação ou da técnica estatística usada para a análise dos dados empíricos (PASQUALI, 1997).

Para esse mesmo autor, fidedignidade ou precisão de um teste refere-se à característica que ele deve possuir, a de medir sem erros, dados os nomes precisão, confiabilidade e fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste medindo os mesmos sujeitos em momentos diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos no mesmo momento, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre essas duas medidas deve ser de 1. Contudo, como o erro está sempre presente em qualquer medida, essa correlação afasta-se das 1 à proporção que for maior o erro cometido na medida. A análise da precisão de um instrumento quer mostrar precisamente o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, determinando um coeficiente tal que, quanto mais próximo de 1, menor será o erro cometido na utilização do teste.

Ao se referir às medidas para avaliar a confiabilidade, LoBiondo-Wood e Haber (2001) mencionam as seguintes:

- Estabilidade: considera-se um instrumento estável ou exibidor de estabilidade quando os mesmos resultados são obtidos em administração repetida do instrumento. A medida utilizada para avaliar a estabilidade é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ocasiões semelhantes em duas ocasiões diferentes e comparar os escores obtidos. Essa comparação é

expressa por um coeficiente de correlação, normalmente um  $r$  de Pearson. O intervalo entre administrações repetidas varia e depende do fenômeno que está sendo medido.

- Homogeneidade ou consistência interna: a consistência interna existe quando as questões dentro da escala refletem ou medem o mesmo conceito. Isso significa que as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas com as outras.

Existem meios para avaliar a consistência interna, sendo o mais usado o alfa de Cronbach ou coeficiente alfa. De acordo com Pasquali (1997), esse coeficiente mede o grau de covariância dos itens entre si, servindo como indicador da consistência interna do próprio teste e varia de 0 a 1, indicando a ausência total de consistência interna dos itens, e o 1 a consistência de 100%.

Segundo LoBiondo-Wodd e Haber (2001), a confiabilidade e a validade são aspectos cruciais na avaliação e no rigor de um instrumento de medida. Contudo, a confiabilidade e a validade de um instrumento não constituem qualidades totalmente independentes. Um instrumento de mensuração que não seja confiável não é capaz de ser válido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O instrumento que passou por essas avaliações é considerado um instrumento válido e fidedigno.

**12º Passo: Estabelecimento de Normas** - constitui o último passo proposto no modelo Psicométrico de Pasquali. A padronização ou normatização refere-se a necessidade de uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso, desde as precauções a serem tomadas na aplicação do teste até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 Tipo de estudo

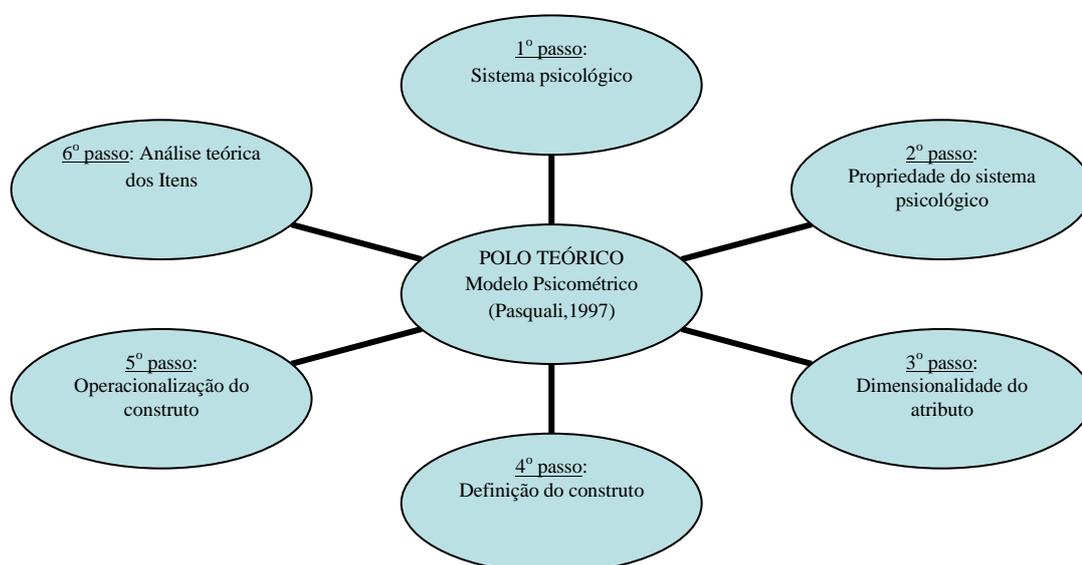
É um estudo de desenvolvimento metodológico que se refere à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa e/ou para a prática (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na área da enfermagem, o estudo do tipo metodológico é empregado em pesquisas conduzidas por enfermeiros e está relacionada a técnicas e métodos para implementar projetos e documentar informações. O pesquisador, no desenvolvimento da pesquisa metodológica, se interessa em transformar um conhecimento construído para um formato legível e torná-lo sensível como uma ferramenta ou um protocolo de observação (LO-BIONDO; HABER, 2001).

Para construção e validação da escala, utilizou-se a proposta metodológica do modelo Psicométrico de Pasquali (1999) que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medidas de fenômenos subjetivos e é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos.

Nesse estudo, foi contemplado o pólo teórico, com seus seis passos, quais sejam: Sistema Psicológico, Propriedade do Sistema Psicológico, Dimensionalidade do Atributo, Definição dos construtos, Operacionalização do Construto e Análise Teórica dos Itens apresentados na figura 1 a seguir.

Figura 2. Representação gráfica das etapas seguidas para construção e validação de conteúdo da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca, Fortaleza, 2011.



## **5.2 Identificação e aprofundamento do construto “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca” (1º, 2º, 3º, e 4º passos do pólo teórico)**

A presente etapa versa sobre o levantamento dos elementos que englobam as múltiplas facetas do construto “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca”. Desse modo, constitui um passo importante para a construção das definições constitutivas e operacionais do construto, precursoras da operacionalização dos itens que comporão a escala.

Para Pasquali (1999), muitos pesquisadores evitam a explicitação de uma teoria preliminar e iniciam a construção do instrumento pela coleta intuitiva e aleatória dos itens. Acrescenta, ainda, que é obrigação do pesquisador levantar toda a evidência empírica sobre o construto e sistematizá-la, a qual possa guiar na construção de um instrumento de medida para tal construto. LoBiondo-Wood e Haber (2001) corroboram ao afirmarem que é imperativo uma revisão de literatura sólida, específica e exaustiva para identificar as teorias que subjazem ao construto, bem como para embasar a formulação de cada item do instrumento em construção.

Assim, diante da importância e da necessidade de conhecimento e aprofundamento do construto, no primeiro passo do pólo teórico (Sistema Psicológico) foi buscada a teoria do objeto de estudo por meio de um amplo levantamento bibliográfico, pela qual foram encontradas definições, conceitos, conteúdo e elementos que abrangem os múltiplos aspectos do fenômeno em estudo, o autocuidado de pacientes com IC. Além disso, identificaram-se as evidências sobre a definição de autocuidado.

Para tanto, LoBiondo e Haber (2001) apontam a necessidade de uma revisão bibliográfica específica e exaustiva a fim de identificar as teorias que subjazem ao construto e para embasar a formulação de cada item do instrumento em construção.

Desse modo, foi realizada uma revisão bibliográfica que se refere à fundamentação teórica que visa dar sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. É o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre o tema da pesquisa (MORESI, 2003). A revisão bibliográfica não se esgota quando os objetivos são estabelecidos, mas sim continua ocorrendo ao longo de todo o trabalho de pesquisa.

Segundo Gil (2002), a revisão bibliográfica desenvolve-se ao longo de nove etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional descritas a seguir:

1. Identificação do tema;

2. Levantamento bibliográfico preliminar;
3. Formulação do problema;
4. Elaboração do plano provisório de assunto;
5. Busca das fontes;
6. Leitura do material;
7. Fichamento;
8. Organização lógica do assunto; e
9. Redação do texto.

Diante dessas etapas, foi identificado como tema o autocuidado de paciente com IC, realizado um levantamento preliminar da literatura e formuladas as questões de pesquisa da revisão bibliográfica, quais sejam: que práticas de autocuidado são realizadas pelo paciente adulto com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde? Que ações de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros para motivar o paciente adulto com insuficiência cardíaca a realizar o autocuidado?

Para tanto, procedeu-se a busca da literatura sobre IC e autocuidado em periódicos científicos nacionais e internacionais em bases de dados, contemplando as diretrizes de insuficiência cardíaca. E, posteriormente realizou-se a busca em livros acadêmicos, com vista a complementar e corroborar com os achados dos artigos selecionados.

A busca dos artigos nos periódicos ocorreu no mês de abril de 2011 nas bases de dados SCOPUS, Publicações Médicas (PUBMED), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *The Cochrane Library* (COCHRANE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). Foram encontrados 3044 artigos como mostra o quadro 1. Porém, 63 artigos foram selecionados por obedecerem aos seguintes critérios de inclusão: estar disponível na íntegra eletronicamente; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e responder a questão norteadora da revisão. Como critérios de exclusão, tem-se: ser publicação do tipo editorial, carta ou anais de eventos (resumos) e ser publicações duplicadas. Vale destacar que não houve corte temporal para a busca dos artigos no intuito de encontrar todo e qualquer manuscrito que pudesse atender à necessidade de aprofundamento do construto, autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Além de evitar que estudos importantes, mesmo que antigos, não fossem contemplados e valorizados na elaboração da miniteoria apontada como essencial na construção de instrumentos por Pasquali (1999).

Quadro 1. Distribuição do número de artigos encontrados, excluídos e selecionados na busca realizada nas bases de dados. Fortaleza-CE, 2011.

	SCOPUS	PUBMED	CINAHL	COCHRANE	LILACS	TOTAL
Encontrados	1403	913	218	503	7	3044
Excluídos	1358	904	207	503	6	2978
Selecionados	42	9	11	0	1	63

Para a busca, foram utilizados os descritores controlados insuficiência cardíaca e autocuidado, e a tradução das palavras em inglês (*heart failure* e *self care*) e espanhol (*insuficiencia cardíaca* e *autocuidado*). Ressalta-se que durante a busca, cada base de dados foi acessada em um único dia, sendo pesquisada num único momento de modo a esgotar a busca das publicações e evitar qualquer tipo de viés que prejudicasse a fidedignidade da busca.

Inicialmente, selecionaram-se os artigos pelo título. Posteriormente, houve leitura pormenorizada do resumo para garantir a adequação do artigo às questões norteadoras. Se mesmo com a leitura do resumo existisse alguma dúvida quanto à seleção do artigo, o mesmo era lido na íntegra a fim de sanar qualquer imprecisão na escolha do estudo.

Após a seleção dos artigos acerca do autocuidado de pacientes com IC, os mesmos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas, sendo realizada a coleta de dados por meio de um formulário (Apêndice A), o qual contemplou os aspectos temáticos e metodológicos dos estudos para proceder às definições constitutivas e operacionais do construto.

A análise dos artigos foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, ano e país de realização da pesquisa, autoria, resultados principais e conclusões. Os resultados obtidos foram apresentados em quadros, de modo a permitir uma melhor compreensão dos mesmos. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos quanto às práticas de autocuidado de pacientes com IC e ações de enfermagem para promover o autocuidado de pacientes com IC e a classificação dos estudos segundo o nível de evidência.

Para a classificação dos estudos conforme os níveis de evidência, foi utilizada a avaliação dos estudos proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), a saber:

- Nível 1: as evidências são originárias de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou decorrentes de diretrizes clínicas

fundamentadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;

- Nível 2: evidências oriundas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7: evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Os livros foram encontrados nas bibliotecas das três universidades de Fortaleza (Federal, Estadual e Privada) no mês de maio de 2011, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser livro de cardiologia que tivesse capítulos acerca da insuficiência cardíaca. E como exclusão: ser livro de edições antigas, ser obra duplicada e não estar disponível na biblioteca visitada no momento da busca. Atenderam aos critérios de inclusão oito livros na temática de cardiologia. Posteriormente, selecionaram-se os capítulos relacionados à insuficiência cardíaca, os quais foram lidos de forma minuciosa e exaustiva, a fim de identificar os aspectos importantes do construto em estudo.

Assim, a amostra dessa etapa do estudo foi composta por 63 artigos e oito livros. Para se extrair as informações pertinentes, ocorreu um processo extenso e profundo de leitura do material selecionado. Durante esse processo, se deu a triagem de trechos considerados importantes para análise do construto, “autocuidado de pacientes com IC”, por meio de fichamentos.

Correspondente ao segundo passo do pólo teórico, Propriedade do Sistema Psicológico, a partir dos fichamentos efetivados, foram definidas as propriedades ou atributos do construto em questão (autocuidado de pacientes com IC). Nesse passo, foi estabelecida a definição de autocuidado, de forma clara e preliminar. Para tanto, foram utilizados os artigos selecionados na revisão bibliográfica.

No terceiro passo, Dimensionalidade do Atributo, foi realizada a estrutura interna e semântica do construto, sendo os fatores que compõem o autocuidado o produto desse passo. Essa resposta pode vir da teoria sobre o construto e/ou dados empíricos disponíveis sobre ele.

Destarte, foram estabelecidas as práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca e suas definições de acordo com os artigos e livros seletos.

A conceituação clara e precisa do autocuidado de pacientes com IC motivo pelo qual se quer construir o instrumento de medida baseou-se na literatura específica e se concretizou no quarto passo de Definição dos Construtos.

Após a leitura da revisão bibliográfica e definição de conceitos e informações importantes para avaliação do autocuidado de pacientes com IC foi precedida a fase de construção do instrumento propriamente dita. Nesse momento, tentou-se contemplar a riqueza de conteúdo dos livros e artigos selecionados aliada à objetividade, linguagem acessível e fácil compreensão.

### **5.3 Operacionalização do construto e análise teórica dos itens (5º passo do pólo teórico)**

Após a explicitação teórica sobre o construto e suas definições, no quinto passo, Operacionalização do Construto, prosseguiu-se com a construção dos itens que integraram o instrumento de medida.

#### **5.3.1 Tipo de escala e sistema de pontuação**

Segundo LoBiondo-Wood e Harber (2001), escala é uma ferramenta de medição quando há uma combinação de questionamentos de interesse indireto para se obter um escore. Polit, Becker e Hungler (2004) definem escalas como dispositivos destinados a conferir um escore numérico às pessoas, visando colocá-las em uma sequência em relação aos atributos medidos. E acrescentam que as escalas sociopsicológicas discriminam quantitativamente as pessoas com diferentes atitudes, medos, motivos, percepções, traços de personalidade e necessidades.

Assim, no presente estudo, foi construída a Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAAPIC), composta por questões fechadas que possuem um número fixo de respostas alternativas, sendo escolhida a escala de *Likert*.

A escala de *Likert* tem esse nome em homenagem ao sociopsicólogo Renis Likert que a idealizou e consiste em várias afirmações declaratórias ou itens que expressam um ponto de vista acerca de um determinado tema (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). É um tipo de escala de resposta psicométrica utilizada mais comumente em questionário e pesquisas de opinião e contem listas de afirmações cujas respostas indicam gradativamente sua

concordância, podendo ter categorias neutras, originando escalas ímpares (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Geralmente, são usadas na escala de *Likert* quatro ou cinco categorias ordinais. Como ilustração, podem ser citados, para quatro categorias: 0 - nada importante, 1 - pouco importante, 3 - importante e 4 - muito importante, e para cinco categorias, 0 - muito baixo, 1 - baixo, 2 - médio, 3 - alto e 4 - muito alto (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Um questionamento importante alusivo a essa escala é a definição do número apropriado de categorias a ser incluído no instrumento. Em particular, o problema surge quando se tem uma escala de *Likert* simétrica e com um número ímpar de categorias, com a categoria do meio (central) representando uma indecisão. Em uma escala com cinco categorias, a retirada da categoria central pode conduzir o entrevistado a ter uma tendência de marcar na escala uma posição positiva, no caso a categoria três, ou uma posição negativa no caso a categoria um. Uma das grandes preocupações em qualquer pesquisa, especialmente, aquelas nas quais o elemento humano é a unidade a ser pesquisada ou o fornecedor das informações investigadas com base na sua percepção, é o fiel registro desses dados, isto é, o que se deseja registrar é a opinião do entrevistado, que retrata a realidade do fenômeno estudado (ALEXANDRE *et al.*, 2003).

Desse modo, optou-se por construir a EAAPIC, por meio da escala de *Likert*, com cinco categorias, variando de 1 a 5, na qual 1 representa a pior nota (pior autocuidado) e 5 a melhor nota (melhor autocuidado). Entretanto, alguns itens da escala possuem apenas duas categorias devido às especificidades de cada item e de cada paciente. No intuito de deixar o instrumento, ora proposto, com maior objetividade possível, cada item possui elementos que orientarão o profissional de saúde na adequação do autocuidado do paciente com IC à pontuação correspondente na escala.

Vale destacar que o escore total da pessoa é determinado pela soma dos escores dos itens, sendo assim, denominadas de escalas somadas de classificação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Ao se elaborar ou escolher um instrumento de pesquisa, se faz necessário que se evidencie o método de coleta de dados do mesmo. Assim, acredita-se que a escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC deva ser aplicada mediante entrevistas a fim de conseguir abranger todos os pacientes, incluindo aqueles com dificuldade cognitiva e baixa escolaridade. Além disso, entende-se que desse modo, as respostas serão mais fidedignas, já que serão obtidas durante a consulta de enfermagem e dos outros profissionais e os pacientes não sofrerão influência nem serão induzidos a respostas supostamente corretas.

### 5.3.2 Itens da escala

Os itens foram construídos observando os doze critérios recomendados por Pasquali (1999), quais sejam: critério comportamental, de objetividade, de simplicidade, de clareza, de relevância, de precisão, de variedade, de modalidade, de tipicidade, de credibilidade, da amplitude e do equilíbrio. Entretanto, destaca-se que segundo o mesmo autor, dependendo do tipo do traço latente a ser mensurado, algumas regras não podem ser aplicadas.

## **5. 4 Análise dos juízes - validade de conteúdo (6º passo do pólo teórico)**

Uma vez definida a dimensionalidade teórica do construto, foi necessário conceituá-lo de forma detalhada, mais uma vez baseando-se na literatura pertinente, nos juízes da área e na própria experiência (PASQUALI, 1999). Aqui, deu-se início ao sexto passo do pólo teórico, Análise Teórica dos Itens.

Esse modelo de validação visa estabelecer quais elementos identificados nos passos anteriores representam a avaliação do autocuidado e quais devem ser excluídos, o que corresponde à validação de conteúdo de um instrumento de pesquisa (GARCIA, 1998; CHAVES, 2008). Essa etapa tem por finalidade estabelecer quais as informações são importantes e determinantes para mensurar o autocuidado do paciente com IC, avaliando contra a opinião de outros para assegurar garantias de validade.

O pesquisador deve obter opiniões de profissionais especialistas no assunto em estudo para que atuem como especialistas em relação ao autocuidado de pacientes com IC. Para seleção desses especialistas, Fehring (1994) propôs um sistema de pontuação mediante o qual considera como especialista o enfermeiro com título de mestre ou doutor obtido por meio de trabalho de conteúdo relevante sobre o tema de interesse; com pesquisa publicada referente à IC; com artigos relativos à insuficiência cardíaca em revistas de referência; com experiência clínica ou certificado referente à IC.

Para definição e procedimentos de escolha dos juízes, foram utilizados os critérios adaptados de Fehring (1994) conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2 - Critérios para a seleção de especialistas propostos por Fehring (1994) e critérios adaptados para seleção dos especialistas. Fortaleza-CE, 2011.

<b>Critérios de Fehring (1994)</b>		<b>Critérios adaptados</b>	
<b>Pontuação</b>		<b>Pontuação</b>	
Titulação de Mestre em Enfermagem	4	Ter grau de mestre	3
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo	1	Titulação de mestre com dissertação direcionada a insuficiência cardíaca e/ou autocuidado	2
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	2	Pesquisa sobre insuficiência cardíaca, abordando ou não o autocuidado.	2
Artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e com conteúdo relevante à área em foco	2	Artigo publicado sobre insuficiência cardíaca e com conteúdo relevante à área em foco.	2
Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem	2	Doutorado com tese na área de insuficiência cardíaca, abordando ou não o autocuidado.	2
Experiência clínica de pelo menos um ano na área do diagnóstico em estudo	1	Prática clínica de no mínimo um ano na área em unidade de cuidados a pacientes com insuficiência cardíaca	2
Certificado de prática clínica relevante à área do diagnóstico em estudo	2	Certificado de prática clínica relevante à área de cardiologia ou especialização/residência em cardiologia	1

Para compor a amostra, os especialistas precisaram alcançar uma pontuação igual ou superior a cinco (FEHRING, 1994), conforme os critérios apresentados no quadro 3.

A seleção dos juízes ocorreu em agosto de 2011, por meio da busca por conveniência dos currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) de profissionais. Assim, selecionaram-se treze especialistas, que corresponde a 100% + 1 além da recomendação de Pasquali (1999), o qual sugere o mínimo de seis especialistas. Considerou-se esse acréscimo necessário, visto que há muitos especialistas que não aceitam participar e/ou não retornam as solicitações de participação como especialista em estudo de validação.

Destaca-se que os treze especialistas selecionados atingiram a pontuação superior a cinco segundo os critérios estabelecidos, podendo indicar que os juízes são peritos em insuficiência cardíaca e/ou autocuidado, já que sua tarefa no estudo consistiu em avaliar se os itens estavam se referindo ou não ao autocuidado de pacientes com IC. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes serviu de critério de decisão sobre a pertinência do item na escala (PASQUALI, 1999). Os itens que não atingiram essa meta foram descartados do instrumento.

Assim, após a seleção dos profissionais, os mesmos foram convidados a participar do estudo mediante uma Carta Convite (Apêndice B), via e-mail ou pessoalmente, a qual explicitava os objetivos de pesquisa, bem como o tipo de participação que o profissional teria no estudo. Após aceitação, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), para que fosse realizada sua anuência.

Dentre os treze especialistas convidados, um recusou e quatro não responderam a solicitação. Assim, oito especialistas aceitaram participar do estudo como juízes e atenderam ao convite, avaliando a escala mediante formulário específico (Apêndice D) para esse fim.

Após consentimento mediante a assinatura do TCLE, foram enviados o formulário de avaliação (Apêndice D), cópia da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (quadro 10) e instruções de preenchimento do formulário de avaliação aos juízes (Apêndice E), sendo estabelecido, então, um prazo de dez dias para o especialista avaliar a escala e devolver o formulário com sugestões e/ou correções.

Destaca-se que esse prazo foi estendido diversas vezes. Assim, somente após 50 dias, foi possível finalizar a coleta de dados com os especialistas e proceder à fase de análise discursiva e estatística dos dados.

Para garantir o anonimato dos juízes, os mesmos foram mencionados com a letra J de juiz seguido do número correspondente à entrega dos formulários de avaliação da escala ora proposta (J1, J2,..., J8).

## **5.5 Coleta de dados**

A coleta de dados com os juízes aconteceu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2011. Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário (Apêndice D) construído embasado na literatura pertinente sobre processo de validação.

O referido formulário foi dividido em duas partes: a primeira contendo informações sobre o avaliador/juiz no intuito de caracterizá-lo quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área, produção científica; e a segunda abrangendo os itens avaliativos da escala, quais sejam: o item parece claro e compreensível, o item está associado à prática de autocuidado de pacientes com IC, a que domínio o item se refere, presença do item é relevante na escala e grau de relevância. Além disso, havia espaços para os juízes justificarem suas respostas e darem sugestões quando necessárias.

## 5.6 Análise e apresentação dos resultados

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados feito no Excel/2010 e processados e analisados de forma descritiva. A planilha gerada no Excel/2010 foi exportada para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 a fim de realizar as análises descritivas e inferenciais.

A avaliação da escala foi dividida em cinco aspectos: o item parece claro e compreensível; o item está associado à prática de autocuidado de pacientes com IC; a que domínio o item se refere; presença do item relevante ou não na escala e grau de relevância. A análise de concordância geral de cada aspecto foi realizada pelo coeficiente de correlação intra-classes (ICC) (PESTANA; GAGEIRO, 2005). Para analisar a concordância das respostas dos juízes para os itens do primeiro, segundo e quarto aspectos, os quais tinham as respostas dicotômicas, utilizou-se o V de Cramer (PESTANA; GAGEIRO, 2005). Nesse teste,  $p > 0,05$  indica concordância. Quando não houver valor de  $p$  significa que esse  $p$  é igual a 1,00, ou seja, houve concordância total dos juízes.

A validade de conteúdo de cada item e para cada aspecto analisado foi medido, também, pelo Índice de Validade de Conteúdo – IVC (WALTZ; STRIKLAND; LENZ, 1991). Esse índice mostra a frequência relativa de itens equivalentes, que foram avaliados para cada par de juízes e é calculado pela fórmula:

$$\text{IVC} = (\text{N}^\circ \text{ itens concordantes entre dois juízes}) / (\text{Total de itens do domínio})$$

A avaliação de cada juiz foi confrontada com as dos demais, calculando-se o IVC para cada par de juízes (juiz 1 x juiz 2; juiz 1 x juiz 3; juiz 2 x juiz 3; ... e assim sucessivamente).

Esse índice determina se os itens do instrumento representam a adequação do conteúdo a ser medido na ferramenta, sendo o foco principal da validação de conteúdo. Além de que, ajuda na identificação dos itens que estejam necessitando de ajustes e alterações na fase de validação do instrumento (WALTZ; STRIKLAND; LENZ, 1991).

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras, que são os meios melhores para visualização dos dados encontrados. Segundo Gil (2002), nos estudos de natureza quantitativa, após o tratamento estatístico dos dados, têm-se, geralmente, figuras elaboradas manualmente ou com o auxílio de computadores. Lakatos e Marconi (2010) caracterizam as tabelas e gráficos como bons auxiliares na organização e apresentação dos

dados, uma vez que facilita, ao leitor, a compreensão e a interpretação rápida da massa de dados, podendo apreender importantes detalhes e relações.

### **5.7 Aspectos ético-legais**

O estudo respeitou os princípios da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), assim como os princípios éticos em pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa não trouxe nenhum dano aos participantes do estudo, respeitando assim o princípio da beneficência. O princípio do respeito pela dignidade humana também foi contemplado, visto que os participantes foram esclarecidos quanto aos propósitos do trabalho, podendo decidir livremente sua participação. Respeitado, também, o direito de desistência no decorrer do estudo, se assim o desejar. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

O anonimato foi garantido e foram asseguradas a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefício das pessoas e utilizadas apenas no âmbito deste estudo.

O projeto de pesquisa, após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, recebeu parecer favorável para o seu desenvolvimento sob número 114/2011 (Anexo A).

## **6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Conforme a proposta metodológica de Pasquali (1997, 1999), o primeiro passo do pólo teórico para a elaboração de instrumentos de medida abrange o “sistema psicológico”, isto é, a identificação do interesse do pesquisador pelo objeto de estudo. Assim, o interesse em desenvolver um estudo com essa temática surgiu diante do quadro epidemiológico da insuficiência cardíaca, as implicações e as limitações que a doença traz à vida do paciente, bem como o custo elevado do tratamento, especialmente em relação às complicações e às reinternações por causas que poderiam ser evitadas com a prática efetiva do autocuidado.

Desse modo, é fundamental avaliar a prática do autocuidado dessa clientela, visto que o cuidado pessoal é indispensável para melhoria da qualidade de vida e diminuição das complicações. Como suporte, se faz necessário o desenvolvimento de tecnologias de enfermagem a fim de mensurar o autocuidado de pacientes com IC para direcionar a assistência prestada a cada paciente segundo suas necessidades individuais.

A seguir, uma vez que o segundo passo do pólo teórico de Pasquali é a “propriedade do sistema psicológico”, a pesquisadora demarcou o objeto psicológico para aspectos específicos de interesse que desejava se aprofundar. Assim, seu interesse enfocou um aspecto importante da insuficiência cardíaca, ou seja, o autocuidado de pacientes com IC, sendo este o constructo adotado na construção da presente escala.

Em relação ao terceiro passo, “dimensionalidade do construto”, devido à necessidade de aprofundamento do construto com a elaboração de uma mini-teoria sobre o que a pesquisadora entende acerca do construto que pretende medir, a mesma recorreu a um amplo levantamento da literatura sobre autocuidado de pacientes com IC a fim de reunir conhecimentos que embasassem o instrumento ora proposto.

### **6.1 Definição constitutiva**

Iniciar a construção de instrumentos definindo o construto que será medido, bem como seus conceitos e considerações, é imperativo para a utilização de termos e expressões relacionados ao construto na ferramenta. Além de que, proporciona ao pesquisador maior familiaridade ao tema estudado.

Dorothea Orem (1995) define autocuidado como o cuidado pessoal requerido pelos indivíduos cotidianamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento. Compreende-se autocuidado como a capacidade que os seres vivos têm de cuidar de si,

desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar próprio. As capacidades de autocuidado são as habilidades especializadas que são desenvolvidas ao longo da vida dos indivíduos e são indispensáveis para desenvolver qualquer atividade de autocuidado, especialmente quando há um problema de saúde.

Segundo Orem (2001), autocuidado é a ação de uma pessoa para cuidar de si mesmo. Inclui, também, a busca e a participação em planos de tratamento prescritos. Além disso, exige que atividades internas e externas sejam orientadas a fim de controlar tanto o comportamento como o ambiente.

O autocuidado possui dois componentes, manutenção e gestão de autocuidado. Manutenção de autocuidado refere-se a um processo de rotina de monitoramento dos sintomas e adesão ao tratamento. Pessoas com IC que realizam adequadamente esse componente pesam-se diariamente, obedecem a uma restrição de sal na dieta, praticam exercício físico, evitam álcool, frequentam regularmente as consultas, tomam as vacinas de rotina e ingerem a medicação prescrita (CHRISS *et al.*, 2004).

Ainda conforme esses autores, a gestão de autocuidado vai além da adesão ao tratamento, trata-se de um processo cognitivo que exige atenção, conhecimento e tomada de decisão inerentes a identificação, avaliação e tratamento dos sintomas e avaliação da resposta a esse tratamento. O objetivo da gestão de autocuidado é responder a sintomas antes que a descompensação da doença ocorra. Desse modo, quando os sintomas são reconhecidos devem ser interpretados e estratégias devem ser realizadas visando o alívio dos sintomas. Em relação à insuficiência cardíaca, muitos sinais e sintomas podem ser resolvidos por meio do autocuidado.

Dickson, Deatrick e Riegel (2008), Lee, Tkacs e Riegel (2009) e Jaarsma *et al.* (1999) corroboram apontando que autocuidado de pacientes com IC foi definido como um processo ativo, cognitivo nas quais as pessoas participam com o intuito de manter sua saúde e prevenir as exacerbações agudas (manutenção de autocuidado). Engloba também estratégias de manutenção ou de adesão a comportamentos que devem ser realizados pelo paciente, como dieta com restrição de sódio e controle de peso. Além disso, envolve tomada de decisões para avaliar e gerir eficazmente os sintomas quando eles ocorrem (gestão de autocuidado).

Para Gary (2006), autocuidado diz respeito às atividades que os indivíduos se engajam em comportamentos de busca da saúde. E essa prática permite a detecção precoce de alterações no estado clínico e as decisões necessárias à auto-gestão que podem reduzir internações e melhorar a qualidade de vida das pessoas com ICC.

Riegel e Dickson (2008) descreveram uma teoria sobre situações específicas de autocuidado de pacientes com IC, na qual o autocuidado é definido como um processo de tomada de decisão naturalista, envolvendo a eleição de comportamentos que conservem a estabilidade fisiológica (manutenção) e da resposta aos sintomas quando ocorrem (gestão). Quatro proposições foram derivadas do modelo conceitual de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, quais sejam: 1) reconhecimento dos sintomas é a chave para uma gestão de sucesso, 2) autocuidado é melhor em pacientes com mais conhecimento, habilidade e experiência, 3) confiança moderada entre o autocuidado e os resultados e 4) confiança média da relação entre o autocuidado e os resultados. Essas proposições foram testadas e fundamentadas utilizando dados obtidos em pesquisas anteriores.

Em geral, a literatura retrata o comportamento de autocuidado como um componente imprescindível no tratamento da IC, especialmente no reconhecimento precoce de mudanças nos sinais e sintomas, o que favorece a tomada de medidas adequadas para saná-las e promover melhores resultados de saúde (TUNG *et al.*, 2011).

Orem (1995) caracteriza, ainda, os fatores condicionantes para o desenvolvimento dos requisitos de autocuidado, quais sejam: idade, sexo, estado de desenvolvimento, etapa do ciclo vital em que se encontra o indivíduo, aspectos social, cultural, religioso, financeiro, sistema de saúde e estado de saúde. Esses fatores condicionantes podem influenciar positiva ou negativamente na prática do autocuidado de pacientes com IC, merecendo ser estudados e analisados haja vista a elevada prevalência da doença.

Corroborando, Moser e Watkins (2008) desenvolveram, também, um modelo conceitual de fatores que afetam o autocuidado de pacientes com IC que compreendem: estado de envelhecimento, estado psicossocial, estado atual de sintomas e experiências anteriores.

Assim, após a definição constitutiva de autocuidado de diversos autores encontrada na revisão bibliográfica, demarcou-se o conceito de autocuidado de pacientes com IC, o qual é a ação realizada por uma pessoa com insuficiência cardíaca em benefício próprio visando à manutenção da vida, saúde e bem estar e melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é necessário que o paciente se engaje numa rotina de monitoramento dos sinais e sintomas de descompensação da IC e aja antes que a mesma ocorra.

## **6.2 Definição operacional**

Após a definição constitutiva do constructo em questão, foi realizada uma conceituação pormenorizada no intuito de torná-lo uma operação concreta. Assim, identificaram-se as definições operacionais que serviram de base para a constituição de cada item e domínio integrantes da escala. Para tanto, foi realizada uma ampla revisão de literatura a fim de encontrar as definições indispensáveis para a construção da escala proposta.

Já que o objetivo da presente pesquisa foi elaborar uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC, buscaram-se as dimensões teóricas do constructo que, por sua vez, pudessem se manifestar em forma de comportamentos. Desse modo, o levantamento bibliográfico foi ferramenta indispensável para o aprofundamento do construto na elaboração da revisão de literatura.

Como foram elaboradas duas perguntas norteadoras, os resultados dessa etapa do estudo referentes ao 3º e 4º passos do pólo teórico do modelo de Pasquali foram apresentados em duas partes distintas a seguir.

## **6.3 Práticas de autocuidado realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca**

A partir da busca realizada nas bases de dados foram selecionados 21 artigos que versaram sobre as práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com IC, respondendo a primeira pergunta formulada para essa etapa do estudo, qual é: que práticas de autocuidado são realizadas pelo paciente adulto com insuficiência cardíaca para recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde?

Nos 21 artigos analisados, como mostra o quadro 3, observou-se apenas dois estudos foram realizados no Brasil e que a maioria (19) dos estudos avaliados era de outros países, como Estados Unidos, Espanha, Itália, Holanda, Taiwan, Índia, Austrália, dentre outros. Ao se analisar a metodologia das pesquisas, verificou-se que o tipo de estudo mais prevalente foi a revisão (7), os adultos foram a população e amostra mais estudadas (10) e os locais de desenvolvimento se dividiram entre hospitais (6) e clínicas especializadas em IC (ambulatórios) (6).

Quadro 3 - Distribuição dos artigos analisados conforme ano e cidade de desenvolvimento do estudo e metodologia. Fortaleza-CE, 2011.

	<b>Referências</b>	<b>Cidade de desenvolvimento</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Local de coleta de dados</b>
1	Tung et al. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan, Eur J Cardiovasc Nurs (2011).	Taipei, Taiwan	Transversal, descritivo	Adultos	Ambulatório
2	Macabasco-O'Connell <i>et al.</i> Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure, J Gen Intern Med 2011.	Carolina do Norte	Transversal	Adultos	Três hospitais universitários
3	Du <i>et al.</i> An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011 12(63): 1-6.	Sidney-Austrália	Estudo controlado randomizado	Adultos	Quatro hospitais
4	Gallager R, Luttik ML, Jaarsma T. Social Support and Self-care in Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2011	Holanda	Transversal descritivo	Adultos	Hospital
5	Lainscak M <i>et al.</i> Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure (2011) 13, 115–126.	Europa	Revisão	Não se aplica	Não se aplica
6	Chen AMH <i>et al.</i> , Health Literacy and Self-care of Patients With Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2011.	Índia	Transversal	Adultos	Clínicas de IC
7	Hsieh <i>et al.</i> The Effects and safety of exercise training in	Taipei, Taiwan	Revisão	Não se aplica	Não se aplica

	subjects with chronic hear failed do elder subjects gain similar benefits? Intern Journal of Gerontology 2010; 4:165-170.				
8	Yu DSF <i>et al.</i> Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 458–467.	Hong Kong	Estudo metodológico	Adultos	Clínica especializada em IC de um hospital regional
9	Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 (2010) 480–487.	Michigan	Descritivo, correlacional	Adultos internados	Hospital
10	Gallagher R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community European Journal of Cardiovascular Nursing 9 (2010) 153–160.	Sidney-Austrália	Correlacional	Adultos	Clinica de IC
11	Cameron J, Carter LW, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? European Journal of Cardiovascular Nursing 9 (2010) 92–100.	Victoria-Austrália	Prospectivo	Pacientes com idade $\geq 45$ anos	Duas redes de saúde
12	Freydberg <i>et al.</i> “If he gives in, he will be gone.”: The influence of work and place on experiences, reactions and self-care of heart failure in rural Canada. Social Science & Medicine 70 (2010) 1077–1083.	Alberta, uma província no centro-oeste do Canadá/	Qualitativo. Teoria realista.	Idosos e cuidadores	Não informado
13	Clark <i>et al.</i> Understanding and Promoting Effective Self-care During Heart Failure. Current Treatment Options in Cardiovascular	Edmonton, AB, Canada	Revisão	Não se aplica	Não se aplica

	Medicine (2010) 12:1–9.				
14	Riegel <i>et al.</i> Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. <i>Circulation</i> 2009;120:1141-1163.	Não informado	Revisão	Não se aplica	Não se aplica
15	Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. The Influence of Heart Failure Self-Care on Health Outcomes: Hypothetical Cardioprotective Mechanisms. <i>J Cardiovasc Nurs.</i> 2009 May–Jun; 24(3): 179–189.	Filadélfia	Revisão	Não se aplica	Não se aplica
16	Artalejo FR <i>et al.</i> El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predican la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. <i>Rev Clin Esp.</i> 2008;208(6):269-75.	Madri - Espanha	Caso-controlado (coorte prospectiva)	Idosos	Quatro hospitais espanhóis
17	Gary R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. <i>Heart Lung®</i> 2006; 35:9 –19.	Carolina do Norte	Qualitativo	Mulheres com $\geq 50$ anos	Ambulatório
18	Colonna <i>et al.</i> Nonpharmacologic Care of Heart Failure: Counseling, Dietary Restriction, Rehabilitation, Treatment of Sleep Apnea, and Ultrafiltration. <i>Am J Cardiol</i> 2003;91(suppl):41F–50F.	Messina - Itália	Revisão	Não se aplica	Não se aplica
19	Artinian <i>et al.</i> Self-care behaviors among patients with heart Failure. <i>Heart Lung</i> 2002;31:161-72.	Detroit- Michigan	Descritivo correlacional	Adultos	Ambulatório
20	Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. <i>Rev Latino-am Enfermagem</i> 2007 janeiro-fevereiro;	Porto Alegre – Brasil	Revisão	Não se aplica	Não se aplica

	15(1).				
21	Rabelo <i>et al.</i> Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2006; 87(3).	Porto Alegre – Brasil	Estudo de coorte longitudinal	Adultos internados	Hospital

Após a caracterização metodológicas dos artigos, podem-se observar no quadro 4, as práticas de autocuidado de paciente com IC (definições operacionais) que foram citadas nos estudos, além do nível de evidência de cada um deles.

Quadro 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o nível de evidência do estudo, a prática de autocuidado recomendada e as conclusões dos estudos. Fortaleza-CE, 2011.

<b>N</b>	<b>Nível de evidência</b>	<b>Ação de AC</b>	<b>Resultado/Conclusão</b>
1	Nível 6	Apoio social, controle de estresse.	O resultado indicou um nível baixo de autocuidado. Contudo, a confiança de autocuidado foi determinante para a manutenção do mesmo. Pacientes que se casaram tiveram uma melhor manutenção de autocuidado e confiança de autocuidado em relação aos solteiros.
2	Nível 6	Avaliação do peso corporal, monitorização e reconhecimento de sintomas, adesão a regimes complexos e eficazes.	A escolaridade baixa foi associada com pior qualidade de vida e menor conhecimento sobre IC e comportamentos de autocuidado.
3	Nível 2	Prática de exercício físico, avaliação do peso corporal, controle dietético, restrição salina, uso das medicação, restrição hídrica.	A intervenção de automonitoramento pode melhorar o seguimento da recomendação de praticar exercício físico (estudo em andamento).
4	Nível 6	Apoio social.	Pacientes com um alto nível de suporte apresentaram, significativamente, melhor autocuidado ( $p= 0,002$ ) do que pacientes com níveis baixos ou moderados de apoio social. Pacientes com um alto nível de apoio social relataram terem mais probabilidade de comparecer a consulta com um profissional de saúde quando ganha peso ( $p= 0,011$ ), para limitar quantidade de fluidos ( $p= 0,02$ ), tomar medicação ( $p= 0,017$ ), obter vacina contra a gripe ( $p= 0,001$ ) e realizar

			exercício em uma base regular ( $p= 0,001$ ). A presença de apoio social por um parceiro não é suficiente para influenciar o autocuidado de pacientes com IC.
5	Nível 5	Reconhecimento de sintomas, restrição salina e hídrica, controle dietético, manutenção do peso, abstenção de fumo e álcool, prática de exercício físico, vacinação, atividade sexual, depressão, monitorização e reconhecimento de sintomas, procurar ajuda quando ocorrem sintomas.	Os profissionais de saúde devem promover o manejo não-farmacológico a todos os pacientes de forma inteligente e individualizada. Também, devem estar cientes de que quando há limitações do pacientes para a implementação dessas ações, significa que mais educação em saúde é necessária. Avanço significativo na qualidade de vida pode ser alcançado com a prática de autocuidado.
6	Nível 6	Conhecimento, avaliação do peso corporal, monitoramento da ingestão de sódio e líquidos, prática de exercício físico diário, acompanhamento com um profissional de saúde, realização de estratégias que melhorem os sintomas.	Há uma associação entre a educação em saúde e autocuidado na IC, mostrando evidências que pacientes com maior conhecimento tenderam para um maior autocuidado. Tem sido demonstrado que a educação em saúde melhora os resultados dos pacientes com IC.
7	Nível 5	Prática de exercício físico.	Os indivíduos treinados mostraram uma melhora significativa na função ventricular esquerda. Uma importante limitação dos estudos analisados é a quantidade restrita de amostra com idosos com IC. Os dados limitantes disponíveis sugerem que indivíduos idosos obtêm benefícios similares de treinamento físico como indivíduos mais jovens. Em resumo, o treinamento físico é uma intervenção barata e eficaz para pacientes com IC.
8	Nível 6	Avaliação do peso corporal, procurar ajuda quando ocorrem sintomas de exacerbação, restrição hídrica e salina, prática de exercício físico, vacinação, uso de medicamentos, controle dietético,	As propriedades psicométricas adequadas e a estrutura conceitual clara da Escala Europeia de Comportamento de Autocuidado de Insuficiência Cardíaca – EHFSBS (versão chinesa) garantem seu uso em pacientes chineses.

		automonitoramento da doença.	
9	Nível 6	Uso medicação, restrição salina e hídrica, avaliação do peso corporal diário, monitorização e reconhecimento de sintomas, conhecimento sobre IC, sintomas e tratamento.	Os resultados desta pesquisa sugerem que os enfermeiros precisam identificar os pacientes com IC que possuem baixo autocuidado e devem se especializar em intervenções educativas para melhorá-lo.
10	Nível 4	Avaliação do peso corporal diária, Monitorização e reconhecimento de sintomas (edema periférico, fadiga).	Em particular, a dispneia é mal monitorada, apesar de ser um indicador chave de exacerbação. Programas de IC precisam incorporar a orientação de monitoramento de sintomas relevantes e fornecer assistência na avaliação e monitoramento dos sinais de dispneia diariamente.
11	Nível 6	Avaliação do peso corporal diária, avaliação dos tornozelos para edema, prática de exercício físico, restrição de salina e hídrica, uso de medicamentos, reconhecimento de sintomas, envolvimento em estratégias que melhoram os sintomas, procurar ajuda quando se sente mal.	Nível de experiência e conhecimento é um fator determinante de autocuidado, indicando que este fator deve ser considerado na determinação do plano de educação.
12	Nível 6	Abstinência de álcool e tabagismo, restrição salina e hídrica, prática de exercício físico, avaliação do peso corporal, uso de medicação prescrita, procurar ajuda quando se sente mal.	Após o diagnóstico de uma doença crônica, enfatizam-se os efeitos de fatores individuais – especialmente o conhecimento (e em menor grau, crenças e atitudes dos pacientes) – como um determinante de comportamentos de saúde.
13	Nível 5	Uso de medicamentos, prática de exercício físico, cessação do fumo, restrição de sal, fluidos e álcool, procurar ajuda, controle do estresse, controle de peso.	O autocuidado de pacientes com IC se relaciona com as decisões tomadas fora do ambiente clínico para manter a vida, o funcionamento saudável e bem-estar. As pessoas que ajudam os pacientes (cuidadores e familiares) devem ser envolvidas no acompanhamento. Princípios gerais de mudança de comportamento de saúde devem ser usados para orientar o apoio.

14	Nível 5	Uso de medicações, monitoramento de sintomas, restrição hídrica, salina e de álcool, perda de peso, prática de exercício físico, comportamentos preventivos (saúde bucal, vacinação), cessação do tabagismo, evitar autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs).	Sabe-se o seguinte sobre autocuidado de pacientes com IC: tomar os medicamentos regularmente; monitorar, rotineiramente, para mudanças de sinais e sintomas de IC; o sódio é recomendado de 2 a 4 g/dia; o álcool deve ser desencorajado ou limitado; fluidos não precisam ser restritos a menos que os pacientes estejam severamente sintomáticos e com hiponatremia; perda de peso deve ser aconselhada apenas quando o IMC > 40kg/m <sup>2</sup> ; exercício físico; abstinência do fumo; lavagem das mãos de rotina; higiene dental regularmente e vacinação anual contra gripe são defendidas.
15	Nível 5	Uso dos medicamentos prescritos, restrição de salina, avaliação do peso corporal diária, evitar autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs), imunização, monitorização e reconhecimento de sintomas, estratégias que melhoram os sintomas.	O autocuidado é um dos principais contribuintes para a gestão ideal da IC. Em geral, o autocuidado é complementar ao tratamento médico para a melhoria de resultados de saúde de pacientes com IC. Acredita-se que práticas de autocuidado minimizam a necessidade de terapia farmacológica.
16	Nível 4	Avaliação do peso corporal, controle dietético, restrição salina e hídrica, controle do volume urinário, uso de medicamentos, prática de exercício físico, acompanhamento com profissionais de saúde.	O número de comportamentos de autocuidado foi inversamente associado com a frequência de readmissão (p= 0,006). A readmissão hospitalar foi mais frequente entre aqueles que não praticaram exercício físico diário; que não compareceram às consultas; que não tomaram a medicação no horário programado; que parou de tomar a medicação e não aderiram ao tratamento farmacológico. Além disso, quanto menor o número de comportamentos que os pacientes conheciam ser necessários para o autocuidado, maior foi a frequência de rehospitalização. Assim, um menor grau de autocuidado e de conhecimento dos pacientes com IC previu um maior risco de reinternação hospitalar.
17	Nível 6	Avaliação do peso diária; controle dietético, restrição salina; uso de medicações; monitorização e	A minoria dos pacientes se pesava diariamente, fazia restrição sódica recomendada e realizava exercício físico. O autocuidado praticado de forma consistente foi o uso regular das medicações prescritas. Intolerância ao esforço interferiu com as tarefas domésticas e foi citada, na maioria das

		reconhecimento de sintomas; Procura de assistência médica; Enfrentamento diário da insuficiência cardíaca; apoio social.	vezes, como a razão para pior qualidade de vida. Atendimento médico foi procurado apenas quando os sintomas agudos ou potencialmente fatais ocorram. Poucas mulheres participaram ativamente de cursos de monitoramento dos sintomas. E dificuldade em reconhecer os sintomas foi um problemas recorrente.
18	Nível 5	Avaliação do peso corporal diária, restrição salina, hídrica e álcool, abstenção do fumo, contracepção, vacinação, prática de exercício físico.	Um programa completo de educação continuada para o tratamento da IC inclui uma compreensão das causas e sintomas da doença. Além disso, o tratamento não-farmacológico (modificações na dieta e no estilo de vida, exercício físico, e educação em saúde) deve ser inserido em um programa multidisciplinar.
19	Nível 6	Procura ajuda quando se sente mal, reconhecimento de sintomas, estratégias que melhoram os sintomas, controle urinário, consultas com profissionais de saúde, restrição salina e hídrica, repouso durante o dia, imunização, avaliação do peso corporal diária, uso de medicamentos regularmente, limitar o consumo de álcool, prática de exercício físico, abstenção do fumo, pensamentos e atitudes positivas relacionadas à doença.	O autocuidado mais frequente de pacientes com IC foi tomar os medicamentos prescritos, e o menos foi referente ao monitoramento de sintomas. Informações detalhadas sobre a influência dos fatores condicionantes sobre o desempenho do comportamento de autocuidado podem ajudar os enfermeiros a estabelecerem intervenções mais eficazes e individualizadas.
20	Nível 5	Avaliação diária do peso corporal, monitorização dos sinais e sintomas de descompensação, atividade física e repouso, uso das medicações, Atividade laboral, atividade sexual, controle dietético, atividade de lazer, restrição salina e hídrica, vacinação, restrição de fumo e álcool.	A educação para o autocuidado, incluindo controle das medidas não-farmacológicas, deve ser diariamente incorporada no manejo de pacientes com IC em nível hospitalar e ambulatorial. Quando pacientes com IC ainda se encontram no ambiente hospitalar, este se constitui no momento ideal para iniciar o processo de educação e treinamento desses e de seus cuidadores, aproveitando o impacto causado pela internação e pelos sintomas de descompensação.

21	Nível 4	Restrição hídrica e salina, controle de peso, uso regular de medicações.	O padrão de prescrição dos diferentes cuidados não-farmacológicos foi restrição de sal em 97%, controle de diurese em 85%, balanço hídrico em 75%, controle de peso em 61% e restrição hídrica em apenas 25% das internações. Embora os cuidados referidos estivessem nas prescrições, frequentemente não eram realizados pela equipe responsável ( $p < 0,01$ ). O uso irregular dos fármacos prescritos na semana anterior à hospitalização ocorreu em 22% e 21% dos pacientes sem e com reinternações, respectivamente ( $p = 1,00$ ). Os dados indicam que mesmo em hospital universitário há lacunas relativas à prescrição e realização de medidas não-farmacológicas de autocuidado na IC.
----	---------	--	---

Nota-se, ao analisar o quadro 4, que dez artigos foram classificados como nível de evidência 6, sete artigos possuem nível de evidência 5, três com nível de evidência 4 e um com nível 2. Destaca-se que o maior nível de evidência é um e quanto maior o nível de evidência do estudo, maior é a confiança para a tomada de decisões clínicas (STILLWELL *et al.*, 2010).

Isso demonstra que a enfermagem ainda não dispõe de pesquisas em quantidade suficiente, que retratem evidências fortes, como ensaios clínicos randomizados controlados, considerados padrão ouro na Prática Baseada em Evidências (PBE). No entanto, a ausência de evidências fortes não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidências; o que demanda é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A Prática Baseada em Evidências é uma abordagem de resoluções de problemas para os cuidados de saúde que integram as melhores evidências de estudos e dados de atendimento ao paciente. Quando utilizados em um contexto de cuidar, uma melhor qualidade da assistência de enfermagem pode ser alcançada (STILLWELL *et al.*, 2010).

Nos 21 artigos selecionados foram encontradas 28 práticas de autocuidado realizadas por pacientes com IC, conforme expostas no quadro 5.

Segundo Deedwania e Carbajal (2009), o manejo da IC requer uma abordagem de tratamento atingindo múltiplos domínios, incluindo avaliação e aplicação de medidas gerais, terapia farmacológica, intervenções não farmacológicas e considerações sobre transplante cardíaco, se for o caso. O quadro 5 lista as práticas de autocuidado extraídas dos artigos analisados na revisão de literatura.

Quadro 5 - Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.

<b>PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO</b>	<b>Frequência</b>
Restrição salina	16
Atividade física	15
Pesagem diária	14
Terapia medicamentosa	14
Restrição hídrica	14
Monitorização e reconhecimento de sintomas	12
Imunização anual	7
Abstinência de fumo	7
Restrição/abstinência de bebidas alcoólicas	7
Procura ajuda quando necessário (aparecimento de sintomas moderados)	7
Controle dietético, padrão alimentar, alimentação saudável	7
Controle/perda/manutenção de peso	4
Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	4
Apoio/suporte social	3
Acompanhamento com profissional de saúde	3
Exame de pés e tornozelos para edema	2
Conhecimento sobre a doença	2
Não auto-administra medicamentos potencialmente prejudiciais (AINEs)	2
Controle urinário	2
Atividade sexual mantida, com ajustes para evitar esforços em demasia e aparecimento de sintomas	2
Controle do estresse	2
Repouso nos episódios de descompensação aguda	1
Comportamentos preventivos (saúde bucal, lavar as mãos)	1
Enfrentamento diário com a insuficiência cardíaca	1
Contracepção	1
Evita terapias de reposição hormonal pós-menopausa	1
Atividades laborais que não exijam grandes esforços	1
Afastamento das atividades laborais nos casos de IC grave	1

A restrição salina foi a prática de autocuidado que deve ser realizada pelos pacientes com IC mais frequentemente apontada nos artigos analisados (16), seguida de exercício físico (15), pesagem diária (14), terapia medicamentosa (14), restrição hídrica (14) e monitorização e reconhecimento de sintomas (12).

Inúmeras práticas, tais como repouso nos episódios de descompensação aguda, comportamentos preventivos (saúde bucal e lavagem de mãos), enfrentamento diário com a insuficiência cardíaca, contracepção, evitar terapias de reposição hormonal pós-menopausa no caso de mulheres, atividades laborais que não exijam grandes esforços e afastamento das atividades laborais nos casos de IC grave foram assinaladas apenas em uma das publicações científicas analisadas.

Quadro 6 - Distribuição dos livros encontrados na busca realizada nas bibliotecas das Universidades. Fortaleza-CE, 2011.

<b>TÍTULO</b>	<b>Edição, editora e ano</b>
1 Tratado de Medicina Cardiovascular.	Elsevier. 2010.
2 Current Diagnosis & Treatment: Cardiology.	3ª edição. McGraw-Hill Companies. 2009.
3 Tratado de Cardiologia SOCESP.	2ª edição. Editora Manole. 2009.
4 Guia de Medicina Ambulatorial e hospitalar de cardiologia.	1ª edição. Editora Manole. 2005.
5 Tratado de Medicina Cardiovascular.	6ª edição. Editora Roca. 2003.
6 Doenças Cardíacas: primeiros cuidados.	1ª edição. Editora Manole. 2002.
7 Cardiologia no Internato: bases teórico-práticas.	Editora Atheneu. 2001.
8 Propedêutica Cardiológica: bases fisiopatológicas.	2ª edição. Editora Guanabara. 1998.

Dos oitos livros selecionados, quatro foram escritos no Brasil, três se tratavam de traduções autorizadas do idioma inglês e um livro foi analisado em sua versão original na língua inglesa.

Do livro Tratado de Medicina Cardiovascular foram estudados cinco capítulos referentes à insuficiência cardíaca; dos livros Tratado de Medicina Cardiovascular, Tratado de Cardiologia SOCESP e Current Diagnosis & Treatment: Cardiology foram examinados dois capítulos e dos demais um, perfazendo um total de 15 capítulos dos livros pesquisados.

Quadro 7 – Distribuição das práticas de autocuidado encontradas nos livros encontrados na busca realizada nas bibliotecas das Universidades e as implicações para o paciente com IC. Fortaleza-CE, 2011.

	<b>Práticas de autocuidado</b>	<b>Implicações para o paciente com IC</b>
1	Tratamento farmacológico	Aumento da sobrevida.
2	Mudanças no estilo de vida, controle dietético, atividade física, repouso para pacientes com IC moderada a grave, diminuição e/ou controle de peso, restrição salina (1,5-2g/dia), controle do estresse, suporte psicológico, tratamento farmacológico.	Diminuição de sintomas e da necessidade de muitos medicamentos, benefícios para a capacidade funcional do coração, redução de retenção hídrica, redução do trabalho cardíaco, melhora da qualidade de vida.
3	Tratamento farmacológico, atividade física, restrição salina e hídrica, pesar-se frequentemente, medir cintura e tornozelo.	Melhora da sintomatologia, redução de hospitalização e de mortalidade, melhora da qualidade de vida.
4	Restrição salina (3-4g/dia) e hídrica (1000-	Melhora da qualidade de vida, aumento da

	1500/dia), atividade física, redução de peso, controle de doenças concomitantes, interrupção de tabagismo e etilismo, imunização, obtenção diária de peso, tratamento farmacológico.	sobrevida.
5	Tratamento farmacológico, dieta hipossódica ( $\leq 2\text{g/dia}$ de sódio), restrição ou abstenção de álcool, atividade física.	Estabilização de pacientes descompensados, aumento da sobrevida e diminuição de sintomas.
6	Repouso no período sintomático, atividade física, restrição salina, controle dietético, manutenção de um peso corporal ideal, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, abstenção do tabagismo, atitude positiva, estilo de vida saudável, tratamento farmacológico.	Melhora dos sintomas, contribuição para o bem estar do paciente e sua qualidade de vida.
7	Tratamento farmacológico, restrição salina e hídrica, restrição e/ou abstenção de bebidas alcoólicas.	Melhora dos sintomas, da qualidade de vida e da expectativa de vida.
8	Tratamento farmacológico	Melhora dos sintomas.

Observa-se no quadro 7 que as práticas de autocuidado apontadas pelos artigos científicos foram corroboradas e reforçadas pelos livros acadêmicos de cardiologia, evidenciando que essas práticas são realmente importantes para a melhoria e/ou redução dos sintomas de descompensação da IC, aumento da sobrevida, diminuição das hospitalizações, com consequente melhora do bem estar e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca.

A seguir estão descritas as práticas de autocuidado que devem ser realizadas por pacientes com insuficiência cardíaca encontradas na literatura analisada.

Riegel *et al.* (2009) afirmam que as orientações sobre o consumo diário de sódio para pacientes com IC são inconsistentes. Reconhecem, também, que as recomendações para a ingestão de sódio devem ser individualizadas de acordo com a gravidade da doença e condição atual do paciente e regime terapêutico. Contudo, há na literatura, um predomínio de autores (RIEGEL *et al.*, 2009; BOCCHI *et al.*, 2009; COLONNA *et al.*, 2003) que recomendam um consumo de sódio de 2 a 3g/dia. Assim, considera-se essa quantidade a ideal para os pacientes com IC.

Essa restrição é recomendada, pois, segundo Deedwania e Carbajal (2009), ajuda a reduzir a retenção hídrica com concomitante diminuição do trabalho cardíaco. Uma moderada restrição de sódio, geralmente, é necessária para alcançar resultados terapêuticos significativos.

Em relação ao controle dietético, para Lainscak *et al.* (2011), em sua revisão, os pacientes com IC devem receber aconselhamento e seguir uma alimentação saudável para manter um ótimo estado nutricional. Yu *et al.* (2011) corroboram ao afirmar que são necessárias várias modificações de estilo de vida, tais como o controle dietético. Outros autores, como Gary (2006) também acreditam que um padrão alimentar saudável contribui, sobremaneira, para o controle de saúde do paciente com IC, evitando, juntamente com outras práticas, as re-hospitalizações tão frequentes nesses pacientes.

Hess (2002) afirma que uma dieta adequadamente balanceada que garanta bom aporte calórico é fundamental. E acrescenta que uma parte muito importante do controle dietético é a manutenção do peso corporal ideal.

A perda de peso em pacientes com IC deve ser incentivada em indivíduos a fim de diminuir o Índice de Massa Corporal (IMC) para menor de  $40 \text{ kg/m}^2$ . Se O IMC é  $30 \text{ kg/m}^2$ , acredita-se que a perda de peso não deve ser orientada. Pelo contrário, os pacientes devem monitorar a inapetência, perda de peso inesperada e perda de massa muscular, pois esses dados são variáveis importantes independentes que prediz mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica e outras doenças. Além disso, não há evidências de que a perda de peso prolonga a vida em idosos ou em pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica ou doença renal crônica (RIEGEL *et al.*, 2009).

Para Deedwania e Carbajal (2009), dieta com restrição calórica é necessária para pacientes que estão com IMC acima do normal, pois redução de peso diminui a demanda cardíaca e proporciona alívio significativo de sintomas. Corroborando, Hess (2002) assevera que o paciente obeso deve ser estimulado a perder peso, uma vez que o excesso de peso representa uma carga aumentada para o coração.

No que refere-se à ingestão hídrica, não existe consonância na literatura em relação à quantidade de líquidos ideal para que pacientes com IC ingiram sem complicações de sobrecarga hídrica. As diretrizes do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* (2005), Clark *et al.* (2010) e Colonna *et al.* (2003) recomendam que a ingestão de líquidos não deve exceder 2000ml/dia em pacientes com IC grave. Já Lainscak *et al.* (2011), Rabelo *et al.* (2007) e Holst *et al.* (2008) defendem que uma restrição hídrica de 1,5-2 l / dia, pode ser considerada em pacientes com sintomas graves, especialmente se há hiponatremia simultânea.

Para Vilas-Boas e Follath (2006), no caso de pacientes com IC que apresentam resistência a diuréticos, a ingestão de água deve ser restringida ao mínimo tolerado

(geralmente 800 a 1.000 ml por dia). Embora a quantidade exata ainda não seja consenso, recomenda-se, na prática, 1,5 a 2 litros por dia na IC avançada (SWEDBERG *et al.*, 2005).

Entretanto, Lainscak *et al.* (2011) afirmam que não há justificativa nem estudos conclusivos para a rotina de restrição hídrica em pacientes estabilizados com IC leve a moderada. Barreto (2009) acrescenta, ainda, que com o advento dos diuréticos mais potentes, a restrição hídrica não se faz necessária para a maioria dos pacientes com IC. Torna-se imperativa nas formas mais avançada e refratárias ao tratamento. Para este estudo, considerou-se uma média de 1500ml/dia como a ideal.

Em relação à avaliação do peso corporal, é consenso entre os estudiosos (DU *et al.*, 2011; LAINSCAK *et al.*, 2011; GARY, 2006; COLONNA *et al.*, 2003) que o paciente com IC deve controlar seu peso diariamente, pois uma alteração de 2kg em 1 a 3 dias pode significar retenção hídrica, necessitando de intervenção de um profissional de saúde para quaisquer ajustes terapêuticos que, quando realizado em tempo, pode evitar hospitalizações (COLONNA *et al.*, 2003, RABELO *et al.*, 2007).

Para Rabelo *et al.* (2006), em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente. Esses mesmos autores orientam que os pacientes devem verificar o peso pela manhã após urinar, com roupas leves, antes do café e utilizando sempre a mesma balança.

Vários estudiosos (LAINSCAK *et al.*, 2011; HSIEH *et al.*, 2010; CLARK *et al.*, 2010; RIEGEL *et al.*, 2009) indicam a prática regular de exercício físico como comportamento de autocuidado que o pacientes com IC precisa realizar.

De acordo com Lainscak *et al.* (2011), a atividade moderada regular diária deve ser recomendada para todos os pacientes com IC. O treinamento físico é aconselhado, se disponível, para todos os pacientes com IC estáveis. Não há evidências de que o exercício deve ser limitado a um determinado grupo de pacientes. Dentre os benefícios da atividade física cita-se: aumento na capacidade de exercício, a redução dos sintomas durante o exercício e melhora da qualidade de vida.

Contudo, conforme Hsieh *et al.* (2010), ainda há dúvidas em relação à modalidade ideal e intensidade. Além disso, a possível interação com o tratamento farmacológico não foi bem avaliada. Mais estudos são necessários para responder a essas lacunas. Entretanto, sabe-se que os benefícios superam os riscos do exercício físico em indivíduos com IC devidamente avaliados (LAINSCAK *et al.*, 2011, HSIEH *et al.*, 2010).

Para Du *et al.* (2011), apesar da importância e dos benefícios da atividade física no tratamento da IC, muitas pessoas consideram que a realização dessa prática de autocuidado é mais difícil do que as práticas relacionadas a medicamentos, modificações dietéticas ou restrição de líquidos. Rabelo *et al.* (2007) corroboram esses dados afirmando que, apesar do exercício físico ser bastante recomendado e sua importância estar bem estabelecida, dados da literatura evidenciam que não é praticado por 41-58% dos pacientes.

Referente à atividade laboral, recomenda-se que os pacientes com IC se envolvam em atividades laborais que não exijam grandes esforços e que o afastamento de seus empregos aconteça apenas nos casos de IC grave (RABELO *et al.*, 2007). O trabalho pode estar associado à competitividade, à responsabilidade, problemas tais que podem ocasionar estresse. Além disso, pode favorecer a falta de lazer, que ajuda a balancear os efeitos do estresse e uma má alimentação devido ao ritmo acelerado das atividades laborais. Esses aspectos do trabalho reúnem alguns dos fatores que afetam negativamente o sistema cardiovascular. Em contrapartida, a atividade física e de lazer, além dos benefícios cardíacos já sabidos, ajuda no controle do estresse.

Dependendo da gravidade da doença e do quadro clínico, a intolerância ao exercício pode ser um dos fatores limitantes durante a realização das atividades da vida diária. O paciente deve ser orientado a identificar se existe presença de fadiga e de falta de ar para realizar as atividades cotidianas e, a partir daí, acompanhar a melhora ou piora desses sintomas. Muitos pacientes relatam que desenvolvem suas atividades diárias devagar e sem muito esforço (RABELO *et al.*, 2007).

Em relação ao repouso na descompensação aguda / repouso diurno, Rabelo *et al.* (2007) relatam que para o paciente com IC, o repouso só está indicado nos episódios de descompensação aguda. Igualmente importante, é o repouso ao longo do dia a fim de não haver sobrecarga de atividades e esforços e ocasionar fadiga.

Hess (2002) corrobora que repouso inicial durante o período sintomático deve ser recomendado. Contudo, lembra que deve ser seguido rapidamente por um programa progressivo de exercício. Já Diniz (2005) discorda, acreditando que o repouso absoluto vem sendo cada vez mais desencorajado, mesmo nos pacientes mais graves, pois promove atrofia muscular e influencia negativamente o estado emocional desses pacientes.

Conforme Rabelo *et al.* (2007), a atividade sexual deve ser mantida, fazendo ajustes para evitar esforços em demasia e aparecimento de sintomas. Bocchi *et al.* (2009) recomendam que orientações e esclarecimentos sejam dados para o paciente com IC a fim de

evitar a progressão dos sintomas. A atividade sexual deve ser apontada para pacientes com IC estável.

Concernente ao controle de estresse / atividade de lazer, é importante que o estímulo à adoção de medidas anti-estresse, como as atividades de lazer, façam parte das orientações não farmacológicas aos pacientes com IC. Contudo, observa-se que sua aplicação na prática tem sido pouco empregada (BOCCHI *et al.*, 2009). A realização de atividades prazerosas é importante para a conservação do equilíbrio emocional, bem como para evitar que o estresse interfira no bem-estar do paciente.

Reduzir o stress emocional e proporcionar suporte psicológico são benéficos para os pacientes com IC que lidam diariamente com o medo do aumento da mortalidade, com alterações na qualidade de vida e restrições e mudanças impostas pela doença (DEEDWANIA; CARBAJAL, 2009).

O acompanhamento clínico por uma equipe multiprofissional dos pacientes com IC é tarefa essencial para monitorar a evolução do quadro clínico, a resposta ao tratamento instituído e ao prognóstico da doença. A periodicidade das consultas não é aspecto definido em estudos clínicos prospectivos, porém evidências indiretas de estudos de gerenciamento de pacientes sugerem que acompanhamento intensivo por médicos e/ou enfermeiras pode reduzir a morbidade da síndrome (BOCCHI *et al.*, 2009).

Riegel *et al.* (2009) indicam a prática regular de saúde bucal com visitas periódicas ao dentista a fim de evitar infecções que podem causar danos ao miocárdio.

A doença cardiovascular parece ser a condição sistêmica mais comumente relacionada aos pacientes com periodontite. Inúmeros estudos têm mostrado uma provável relação entre infecções bucais crônicas, principalmente doenças periodontais, e doenças associadas com eventos tromboembólicos e ateroscleróticos. Assim, a doença periodontal poderia colaborar como um dos possíveis fatores de risco para as doenças cardiovasculares (SOUZA *et al.*, 2006).

Esses mesmos autores acrescentam, ainda, que o aumento do número de bactérias na cavidade bucal poderia culminar na penetração dessas e de seus produtos no tecido gengival, provocando uma resposta imunológica intensa com produção de mediadores inflamatórios, os quais irão progredir com os eventos tromboembólicos e ateroscleróticos, além de ocasionar eventos sistêmicos decorrentes da circulação de bactérias e toxinas (SOUZA *et al.*, 2006).

A prática de tabagismo é proibida para pacientes com IC. Além do conhecido fator de risco coronariano que leva à doença aterosclerótica, o tabagismo tem certos efeitos hemodinâmicos que agravam a condição do paciente com IC (LAINSCAK *et al.*, 2011,

FREYDBERG *et al.*, 2010, RIEGEL *et al.*, 2009, RABELO *et al.*, 2007, COLONNA *et al.*, 2003). Bocchi *et al.* (2009) corroboram afirmando que o tabagismo aumenta o risco de doença cardiovascular, bem como de infecção pulmonar. Assim sendo, os pacientes com IC devem ser estimulados a suprimir o uso do tabaco - passivo e ativo.

Clark *et al.* (2010) asseveram que existem uma variedade de intervenções psicossociais, tais como, grupos, métodos de autoajuda e acompanhamento por telefone, que são eficazes para a cessação do tabagismo em pessoas com doenças cardíacas. Recomendam, também, que os pacientes com IC devem ser encaminhados para essas atividades sempre que possível. Alegam, ainda, que aconselhamentos para suspensão do fumo podem e devem ser fornecidos para os pacientes com IC que ainda encontram-se hospitalizados.

Riegel *et al.* (2009) acrescentam que terapia com nicotina e antidepressivos são recomendados, pois reposição de nicotina, não mais contraindicado para pacientes cardíacos, aumenta as chances de sucesso nas tentativas de parar de fumar.

Devido a um potencial risco de arritmias, aumento da pressão arterial e efeito inotrópico negativo, além de adicional volume de líquidos, o consumo diário de álcool deve ser limitado a 10 - 20g. As bebidas alcoólicas são totalmente proibidas para aqueles com cardiomiopatia induzida pelo álcool (LAINSCAK *et al.*, 2011). Bocchi *et al.* (2009) corroboram com a necessidade da restrição alcoólica e abstinência para pacientes com miocardiopatia alcoólica. A ingestão de bebida alcoólica é vedada por causar depressão miocárdica e precipitar arritmias. Contudo, quantidades limitadas diárias (20 - 30 ml de álcool em vinho tinto) em pacientes estáveis, classes I-II, poderiam ocasionar algum benefício na presença de doença coronariana (BOCCHI *et al.*, 2009).

Já Colonna *et al.* (2003) afirmam que a ingestão de bebida alcoólica deve ser fortemente desencorajada em todos os pacientes, uma vez que o álcool é um depressor do miocárdio e, pode, mesmo em pequenas doses, diminuir ainda mais a função miocárdica. Por essa razão, o etanol deve ser fortemente desaconselhado. Entretanto, esses mesmos autores acreditam também que a ingestão de um a dois copos de vinho por dia pode ser benéfica para pacientes com miocardiopatia isquêmica.

No que se relaciona a higiene pessoal, Riegel *et al.* (2009) recomendam a adoção de comportamentos preventivos pelos pacientes com IC, tais como: lavagem de mãos e higienização adequada, a fim de evitar e/ou limitar infecções que podem, de alguma forma, causar isquemia tecidual em pessoas com IC.

Rabelo *et al.* (2007) encontraram em sua revisão que a imunização contra o influenza deve ser orientada anualmente para todos os pacientes com IC. Colonna *et al.* (2003)

corroboram, afirmando que a IC predispõe o aparelho respiratório às infecções e pode, por sua vez, ser exacerbada por esse evento. Dessa forma, é necessária a vacinação preventiva contra gripe e pneumococo. Bocchi *et al.* (2009) acrescentam que o tratamento profilático com vacina contra a gripe deve ser realizado anualmente e contra pneumonia, a cada três anos, nos pacientes com IC avançada

O tratamento farmacológico da IC tem melhorado nos últimos anos. Digoxina e diuréticos, sozinhos ou combinados, foram e continuam sendo parte da terapia farmacológica principal (HESS, 2002). A adesão aos regimes complexos e eficazes de medicações para IC devem ser seguidos pelos pacientes com IC (O'CONNELL *et al.*, 2011; DU *et al.*, 2011; FREYDBERG *et al.*, 2010; LEE; TKACS; RIEGEL, 2009; GARY, 2006). Na medida do possível, os medicamentos devem ser prescritos pelos médicos, em dosagem única diária e os profissionais de saúde devem fornecer orientações quanto aos medicamentos, sua finalidade e possíveis efeitos adversos (CLARK *et al.*, 2010).

Riegel *et al.* (2007) encontraram em seu estudo que muitos pacientes esquecem de tomar seus medicamentos ou se negam a ingeri-los, especialmente os diuréticos a fim de evitar as micções frequentes que interrompem suas atividades diárias.

Independentemente do tratamento farmacológico, os pacientes com IC devem incorporar a prescrição de medicamentos como prática de autocuidado, incluindo-a nas suas atividades diárias e gerindo as mudanças de rotina quando ocorrerem, como por exemplo: compromissos, viagens e outras doenças (RIEGEL *et al.*, 2009).

Lee, Tkacs e Riegel (2009) encorajam os pacientes com IC a evitar medicamentos potencialmente prejudiciais como anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Pinheiro e Wannmacher (2010) corroboram ao recomendarem que os pacientes com insuficiência cardíaca grave e cardiopatia isquêmica evitem o uso de AINEs em virtude do risco de indução de infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. Acrescentam ainda, que o uso de AINEs deve ser avaliado com cautela em pacientes idosos, devido ao aumento do risco de sangramento gastrointestinal e perfurações, manifestações que podem ser fatais.

É importante evitar a ingesta de vários remédios simultaneamente, uma vez que, pode haver um aumento de efeitos adversos e diminuição das conformidades com o crescente número de medicamentos. Além disso, os medicamentos devem ser cuidadosamente analisados como causas e sintomas da IC, como por exemplo: os bloqueadores dos canais de cálcio podem causar edema significativo, os AINEs podem originar insuficiência renal e as hidroxicloroquinas (utilizadas em doenças reumatológicas) podem acarretar em cardiomiopatia restritiva (SHAH, 2009).

Esse mesmo autor complementa com a afirmativa de que certas comidas e suplementos também podem ter efeitos deletérios em pacientes com IC. O *ginseng* interfere com a varfarina, além de elevar falsamente os níveis de digoxina no organismo. Diniz (2005) acrescenta ainda como medicamentos com efeitos cardíacos colaterais, os corticóides, os estrogênios e os inotrópicos negativos por implicações de retenção hidrossalina.

No que concerne ao envolvimento em estratégias que melhorem sintomas, Gary (2006) aponta como práticas de autocuidado: pesagem diária, restrição de sódio, tomar as medicações corretamente e enfrentamento diário das situações específicas da insuficiência cardíaca, como maneira de lidar e conviver com a doença e suas implicações no cotidiano.

Lainscak *et al.* (2011) e Freydberg *et al.* (2010) afirmam que os comportamentos de autocuidado de pacientes com IC incluem, dentre outros, procurar ajuda quando sintomas aparecem. Cameron *et al.* (2010) corroboram demonstrando a importância de entrar em contato com profissionais de saúde quando sintomas de descompensação ocorrem. Clark *et al.* (2010) orientam que os pacientes com IC devem buscar auxílio imediatamente para a dor persistente no peito, palpitações, síncope, falta de ar em repouso, ou um aumento de peso de  $\geq 2$ kg em um dia.

Gallager, Luttkik e Jaarsma (2011) acreditam que o apoio social influencia na melhora de autocuidado de pacientes com IC. Em seu estudo, encontraram melhor autocuidado em pacientes com IC com um alto nível de apoio ( $p = 0,002$ ). Pacientes com um alto nível de apoio social relataram serem mais propensos a consultar um profissional de saúde para o ganho de peso ( $p = 0,011$ ), a limitar a quantidade de fluidos ( $p = 0,02$ ), a tomar a medicação ( $p = 0,017$ ), a vacinar-se contra a gripe ( $p = 0,001$ ) e a praticar exercício físico regularmente ( $p = 0,001$ ) do que aqueles com níveis médio ou baixo de apoio social. O apoio social por um parceiro não é suficiente para influenciar o cuidado em pacientes com IC (GALLAGER; LUTTIK; JAARSMA, 2011).

Ainda para esses autores, o suporte social engloba vários aspectos, tais como: qualidade do relacionamento, cuidado e preocupação com a pessoa, apoio prático e emocional, conhecimento e atenção para os sintomas de IC e fornecimento de informações.

Dunbar *et al.* (2008) constataram que, em comparação com os pacientes que vivem com suas famílias, os pacientes que vivem sozinhos e que estão isolados socialmente são mais vulneráveis a não realizar o autocuidado. Estudo realizado em Taiwan aponta que renda, suporte familiar e apoio social tem relação positiva com o autocuidado. Assim, os profissionais de saúde devem oferecer educação em saúde não só para os pacientes, mas

também para os seus familiares. E reforçar o apoio emocional aos pacientes que são solteiros e vivem sozinhos (LIU *et al.*, 2008).

O conhecimento do paciente em relação à insuficiência cardíaca, especialmente seus sintomas, tratamento, complicações e implicações na vida do paciente não são indicativos da realização de autocuidado. Contudo, são importantes para sensibilização e para a tomada de decisão no que diz respeito à prática do autocuidado.

Jaarsma *et al.* (2000) corroboram ao afirmar que os pacientes com IC que estão devidamente educados sobre a sua doença, tratamento e complicações demonstram um aumento das habilidades e do comportamento de autocuidado. Esses fatores capacitam o paciente a ter um melhor controle sobre sua doença no seu dia-a-dia. Assim, espera-se que esses pacientes experimentem poucos sintomas e melhorem sua capacidade funcional e qualidade de vida.

Referente à monitorização e reconhecimento de sintomas, Lainscak *et al.* (2011), Yu *et al.* (2011), Gallagher (2010), Riegel *et al.* (2009) concordam que uma gestão eficaz da IC requer que os pacientes mantenham uma conduta diária de automonitoramento da doença e seus sintomas. Os pacientes são os mais indicados para fazer esse acompanhamento, pois eles melhor que outras pessoas se conhecem e sabem diferenciar rapidamente qualquer alteração no seu quadro clínico (GALLAGHER, 2010).

É importante que os pacientes com IC se envolvam no monitoramento dos sintomas, já que a doença possui um curso variável com exacerbações que se tratadas rapidamente evitam internações e complicações.

Os sintomas indicativos de exacerbações incluem dispnéia aos esforços, dispnéia paroxística noturna, fadiga, ganho de peso, edema, dentre outros sintomas que podem ser igualmente relevantes (DEEDWANIA; CARBAJAL, 2009). Contudo, alguns desses sintomas frequentemente são ignorados ou não reconhecidos, resultando em hospitalizações (BRITZ; DUNN, 2010). O monitoramento de sintomas envolve manter o controle dos sintomas realizando, por exemplo, pesagem ou exame e palpação de pés e tornozelos para edema (GALLAGHER, 2010).

Vale lembrar que o reconhecimento precoce e aplicação de medidas terapêuticas adequadas podem reduzir a incidência das descompensações e conseqüentemente, as internações hospitalares. Isso resulta na diminuição da mortalidade, morbidade e custos finais do tratamento (PAVANELLO, BACAL, 2009).

Alusivo ao autoexame de pés e tornozelos para edema, o automonitoramento diário, especialmente em relação à fadiga, dispnéia, peso ou exame e palpação pés e tornozelos para

o edema, é recomendado já que os próprios pacientes são as melhores pessoas para detectar precocemente o aparecimento de sintomas, bem como a trajetória de mudança nos sintomas conforme sua variabilidade de sintomas habituais. Essas mudanças que podem ocorrer ao longo do dia podem ser um aviso prévio de uma exacerbação (GALLAGHER, 2010).

Barreto (2009) assegura que os pacientes com IC devem ser orientados a medir frequentemente o tornozelo a fim de detectar precocemente sinais de descompensação, informando que um aumento de dois a três centímetros na medida do tornozelo sinaliza que o paciente está retendo líquidos e que a dosagem de diuréticos e a quantidade de líquido ingerida devem ser revistas. Ademais, afirma que essa simples orientação reduz expressivamente as idas às emergências e proporciona uma melhor qualidade de vida.

Considera-se importante a realização da medição das eliminações urinárias pelo paciente com IC como prática de autocuidado como forma de controlar e monitorar sua ingestão hídrica, além de avaliar sinais de retenção de líquidos. Contudo, Rabelo *et al.* (2006) considera que, em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente.

Vale ressaltar que o tratamento e as orientações para a prática de autocuidado do paciente com IC dependem da etiologia, do estágio e da gravidade da doença em que o paciente se apresenta. Isso porque as orientações variam de paciente para paciente conforme seu quadro clínico. Igualmente importante é a identificação de fatores que precipitam o aparecimento ou o agravamento de sintomas, tais como: má adesão ao tratamento, excesso de diuréticos, uso exagerado de diuréticos, presença de doenças infecciosas, ingestão abusiva de álcool e uso de medicação associada (DINIZ, 2005, CARVALHO, 2001).

#### **6.4 Ações de enfermagem para promover o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca**

Para responder a segunda pergunta formulada para essa revisão de literatura (Que ações de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros para motivar o paciente adulto com insuficiência cardíaca a realizar o autocuidado?), encontrou-se 42 artigos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Os artigos considerados apontaram sete ações de enfermagem que favorecem a realização do autocuidado e promoção da saúde de pessoas com insuficiência cardíaca conforme mostra quadro 8.

Quadro 8 - Distribuição das ações de enfermagem que favorecem a realização do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.

<b>AÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>N</b>
Telemonitorização	15
Intervenção educativa	13
Programas de gestão	9
Uso de <i>website</i> / programas de computador	4
Visita domiciliary	2
Uso de materiais educativos	2
Consulta de enfermagem	1

A telemonitorização foi a ação de enfermagem mais frequentemente assinalada nos artigos considerados (15), seguido de intervenção educativa (13), programas de gestão (9), programas de computador (4), visita domiciliar, materiais educativos e consulta de enfermagem.

A telemonitorização é um recurso utilizado para melhorar a assistência de saúde e qualidade de vida de pacientes crônicos. Abrange abordagens clínicas a transmissão eletrônica de dados de pacientes para a equipe multidisciplinar que o acompanha. O levantamento de informações, tais como, frequência cardíaca, pressão arterial, peso corporal, pode ser realizado por dispositivos que monitoram esses dados e os enviam automaticamente para equipe ou o próprio paciente pode enviar as informações (SCHMIDT *et al.*, 2010).

Para Schmidt *et al.* (2010), esse recurso tem como principal benefício o acompanhamento e observação de pacientes crônicos, detectando qualquer alteração em estagio inicial que podem sofrer intervenções rapidamente e assim, evitar complicações e re-internações.

Estudo de coorte avaliou a telemonitorização diária de pacientes com IC realizada por uma enfermeira. O achado principal deste estudo é que, estatisticamente significativa, menos visitas a idosos com IC classes III e IV são necessárias quando serviços de telemonitorização diária ocorrem, em comparação com um grupo de cuidados habituais. Os pacientes do grupo de telemonitorização obtiveram uma melhora modesta na qualidade de vida, medida pelo instrumento SF-36 desde o início do estudo até a alta. Contudo, taxas de re-internação e atendimentos de emergência não foram estatisticamente diferentes nos dois grupos (MYERS *et al.*, 2006).

Um ensaio clínico randomizado também avaliou o impacto da telemonitorização realizada por uma enfermeira em relação ao estado funcional, re-internações e satisfação do paciente com IC com o cuidado recebido (DUNAGAN *et al.*, 2005). O grupo intervenção

recebeu educação adicional de enfermeiros por meio de contato telefônico, cujos aspectos contemplados foram: dieta apropriada, adesão à orientação terapêutica, procurar ajuda quando experimentassem sintomas ou quando tinham dúvidas sobre sua doença ou tratamento.

Em geral, os pacientes do grupo intervenção tiveram um número significativamente menor de re-internações, bem como de dias de internações quando houve. Além de menores custos hospitalares durante os primeiros seis meses de intervenção. Entretanto, os grupos de intervenção e controle não diferiram em relação à sobrevida. Os resultados foram positivos para o grupo intervenção apenas por um ano (DUNAGAN *et al.*, 2005).

No entanto, Schmidt *et al.* (2010) encontraram em sua revisão que a telemonitorização provoca um distanciamento entre paciente e equipe multidisciplinar. Assim, os profissionais devem ter cautela em sua utilização de modo a não deixar que o avanço tecnológico sobressaia sobre a relação interpessoal que precisa existir entre profissionais e paciente.

Quanto à intervenção educativa, constatou-se que mesmo programa de educação simplificado para uso em ambientes de recursos escassos melhora o conhecimento e o comportamento de autocuidado de pacientes com IC. Esses resultados são importantes na prestação de cuidados aos pacientes com IC em cenários limitados (CALDWELL; PETERS; DRACUP, 2005), evidenciando a necessidade do enfermeiro buscar sensibilizar o paciente a seguir o tratamento farmacológico e o não farmacológico.

A intervenção de enfermagem de apoio educativo é eficaz na melhoria do comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca avançada (NYHA III-IV). As habilidades de autocuidado não mudaram com a intervenção, mas o comportamento de autocuidado foi maior no grupo que recebeu a intervenção de educação sistemática de um enfermeiro. No entanto, intervenções mais intensas são necessárias para mostrar a eficácia na melhoria da qualidade de vida (JAARSMA *et al.*, 2000).

Jaarsma *et al.* (1999) corroboram com o achado anterior uma vez que constataram em seu estudo que a intervenção educativa e de apoio de uma enfermeira aumentou significativamente o comportamento de autocuidado de pacientes com IC.

Rabelo *et al.* (2007) afirmam que os enfermeiros desempenham papel fundamental no tratamento de pacientes com IC, especialmente no processo de educação e acompanhamento. Os objetivos desse processo são ensinar, reforçar, melhorar e avaliar constantemente as habilidades dos pacientes para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição de sódio e de líquidos, a realização de atividade física, o uso regular das medicações, a monitorização de sinais e de sintomas de piora da doença e o contato precoce com a equipe assistencial.

Cavalcanti, Correia e Quelucci (2009) complementam afirmando que a meta de cuidado para o paciente com insuficiência cardíaca inclui estratégias de educação para subsidiar maior adesão ao tratamento e consequente bem-estar e aumento da qualidade de vida. Isso pode ser viabilizado pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem ao utilizar estratégias para sensibilizar os pacientes a praticarem o autocuidado.

Um estudo analisou um programa de gestão, no qual os pacientes no grupo controle e intervenção receberam educação em saúde sobre a IC e suas causas, tratamento, autocuidado e estratégias para gestão no caso de exacerbação da doença. O grupo intervenção recebeu educação e acompanhamento adicional de uma enfermeira, além de que foi encorajado a contactar a enfermeira se tivesse dúvidas ou sintomas de descompensação (DUNAGAN *et al.*, 2005). O número de dias de internação, de re-internações e custos hospitalares foram significativamente mais baixos no grupo intervenção durante os seis primeiros meses. Não houve diferença de mortalidade entre os grupos. A intervenção teve pouco efeito sobre o estado funcional, mortalidade e satisfação com o cuidado (DUNAGAN *et al.*, 2005).

Wright *et al.* (2003) também avaliaram um programa de gestão para pacientes com IC. Esse estudo investigou o autocuidado, especialmente, a pesagem diária, e comparou o nível de conhecimento sobre gestão da IC entre grupo intervenção e controle. Após 12 meses de acompanhamento, o monitoramento de peso diário e o nível de conhecimento sobre gestão da IC foram significativamente maiores no grupo intervenção. Outras variáveis independentes foram associadas ao programa de gestão, tais como: sintomas menos graves (*odds ratio* 15, intervalo de confiança: 95%), comparecimento frequente na clínica de IC (*odds ratio*: 15, intervalo de confiança: 95% CI) e comparecimento a uma sessão educativa (*odds ratio*: 8, intervalo de confiança: 95%).

Uma modificação importante na abordagem do paciente com IC refere-se à equipe de trabalho. Cada vez mais, a literatura aponta para a necessidade do trabalho interdisciplinar, sendo comprovada a importância da função do enfermeiro na mudança da história natural da doença. A visão global do paciente proporcionada pela forma de pensar da enfermagem e sua ciência tem sido vista como promissora na abordagem desse paciente (FERREIRA; GALLANI, 2005).

Bocchi *et al.* (2005) também apontam que estratégias de intervenção multidisciplinar se mostraram eficazes na redução de readmissões 90 dias após alta hospitalar, além de diminuir, significativamente, os custos, quando comparadas ao tratamento convencional. Abordagens multidisciplinares envolvendo acompanhamento de pacientes com IC em hospital-dia também apontaram bom custo-benefício.

As clínicas multiprofissionais para tratamento da insuficiência cardíaca vieram para somar. A orientação e o esclarecimento dos pacientes, e respectivas famílias, mostraram que uma boa conversa com médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais melhorou a morbimortalidade por essa síndrome. Para o Brasil, e mesmo para os países desenvolvidos, trazem bons resultados e são baratas (MADY, 2007).

Diversos programas de computador já foram desenvolvidos e testados a eficácia para melhoria e/ou promoção da saúde. Tem-se como exemplo um *site* criado por Tomita *et al.* (2009) para pacientes com IC. Esses foram convidados a acessar o *site* diariamente para inserir seus dados referentes aos sinais vitais, aos comportamentos de autocuidado (peso; uso de medicamentos; tipo e quantidade de exercício físico; níveis de fadiga; ingestão de sal, açúcar, álcool, cigarro) e aos sintomas de descompensação (edema, fadiga e dispnéia). Além disso, a página da *web* possuía uma função automática de alerta para ganho de peso. Apesar desse método não ser eficaz para todos os pacientes com IC, foi benéfico para aqueles com classe funcional II e III no aumento do conhecimento sobre IC, tratamento, tempo de exercício físico, redução de níveis pressóricos, sintomas de descompensação (dispnéia e fadiga) e melhora do aspecto emocional.

O trabalho do enfermeiro tem ganhado destaque nas últimas décadas como integrante da equipe multidisciplinar que cuida de pacientes com IC. Isso vem acentuando-se com a realização da consulta de enfermagem, na qual o enfermeiro orienta acerca do tratamento farmacológico e não farmacológico. Esse último vem sendo cada vez mais importante e mais difícil de ser seguido, justificando a implantação de clínicas e programas de IC, a maioria, administrados por enfermeiros, que detêm o manejo das intervenções não farmacológicas por meio da educação em saúde. Como resultados do cuidado de enfermagem aos pacientes com IC, têm sido relatados: redução de re-internação, do tempo de internação, do custo do tratamento e da mortalidade; além de melhora do padrão funcional e da qualidade de vida (PELEGRINO, 2008, BENTO; BOFMAN, 2009).

Após 12 meses de acompanhamento em uma clínica de IC liderada por enfermeiros, havia menos pacientes com eventos (morte ou admissão) no grupo intervenção comparado ao grupo controle (29 vs 40,  $p=0,03$ ), menos mortes (7 vs 20,  $p=0,005$ ), menos admissões hospitalares (33 vs 56,  $p=0,047$ ) e menos dias no hospital (350 vs 592,  $p=0,045$ ) durante os três primeiros meses. O grupo intervenção teve significativamente maior pontuação de autocuidado aos 3 e 12 meses em comparação ao grupo controle ( $p=0,02$  e  $p=0,01$ ). Assim, observa-se que acompanhamento por enfermeiros após a internação em uma clínica de

insuficiência cardíaca melhora a sobrevivência e o comportamento de autocuidado dos pacientes, bem como reduz o número de eventos, readmissões e dias no hospital (STROMBERG *et al.*, 2003).

Outros autores corroboram afirmando que durante a consulta de enfermagem, o paciente com IC deve ser orientado quanto ao seguimento farmacológico (dose certa, horário certo e medicação certa, uma vez que o próprio paciente e a via oral sempre serão os mesmos), bem como as modificações no estilo de vida relacionado à dieta (redução da ingestão excessiva de líquidos, sódio e álcool e controle de peso), à atividade física (participação em programas de condicionamento físico), à atividade sexual (praticada em fase assintomática ou oligossintomática, melhora a autoestima e a qualidade de vida), à atividade laborativa (deve ser mantida, exceto em casos graves), cessação do fumo e controle do estresse (BOCCHI *et al.*, 2005, BOCCHI *et al.*, 2009).

Recomenda-se que a cada consulta, o enfermeiro avalie peso e volemia, identifique a presença de hipotensão postural e realize exame físico completo focado para sinais clínicos de congestão pulmonar e periférica. Deve-se também investigar sobre os sintomas que ocorrem durante as atividades do dia-a-dia. É também responsabilidade do enfermeiro além da educação do paciente e seus familiares, a monitorização contínua da adesão ao tratamento, complicações e sinais e sintomas de piora da IC (BOCCHI *et al.*, 2009).

No estudo realizado por Hammer (2005), com base em dados avaliados, intervenções de enfermagem para pacientes com IC após alta hospitalar, podem melhorar os resultados clínicos, diminuir os custos de saúde e utilização dos recursos. Quatro modelos de intervenções de enfermagem surgiram, quais sejam: intervenções domiciliares, intervenções multidisciplinar, clínicas de insuficiência cardíaca e utilização de telefones ou base tecnológica.

Estudo de revisão realizado em 2010 (QUEIROZ *et al.*, 2010) demonstrou que apesar de nos últimos anos as pesquisas abordarem mais a consulta de enfermagem, ainda se faz necessária o desenvolvimento de mais estudos com vistas a fornecer evidências de que a consulta de enfermagem é eficaz para prevenir doenças e promover a saúde da população.

É necessário que o enfermeiro fortaleça sua atividade educativa e inove sua atividade assistencial com outras formas de cuidar, incorporando novos conceitos e tecnologias de cuidado à profissão. Dessa forma, o paciente com IC será incentivado a praticar o autocuidado para melhorar sua qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Após a definição constitutiva e operacional pormenorizada do constructo levantadas mediante amplo e denso levantamento bibliográfico, ocorreu a construção dos itens da escala conforme essas mesmas definições.

### 6.5 Itens da escala (quinto passo do pólo teórico)

Diante das definições operacionais do construto obtidas por meio da revisão de literatura foi estabelecida uma listagem de 29 itens relacionados à prática de autocuidado de pacientes com IC que foram divididos em sete domínios, segundo mostra o quadro 9.

Quadro 9 - Distribuição dos itens e seus domínios que compuseram a primeira versão da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.

	<b>Itens da escala</b>	<b>Domínio</b>
1	Controle dietético Itens: 1) Equilíbrio dos grupos alimentares carboidratos, proteínas e lipídios; 2) frutas e hortaliças; 3) laticínios sem gordura; 4) óleo vegetal, sem frituras; 5) carne branca e magra.	Nutrição
2	Consumo de sal (Restrição salina)	Nutrição
3	Ingestão hídrica	Nutrição
4	Avaliação do peso corporal	Nutrição
5	Controle/ perda/ manutenção de peso	Nutrição
6	Eliminações urinárias	Eliminação
7	Prática de exercício físico Considerar tempo mínimo da sessão 30 minutos OBS.: No caso da classe funcional IV da IC ou ter sintomas limitantes, considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.	Atividade e repouso
8	Atividade laboral	Atividade e repouso
9	Repouso na descompensação aguda	Atividade e repouso
10	Repouso diurno	Atividade e repouso
11	Atividade sexual	Atividade e repouso
12	Conhecimento sobre a IC (o que é IC, sintomas clássicos, tratamento)	Percepção e cognição
13	Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar	Percepção e cognição
14	Acredita que pode viver feliz e saudável com IC	Percepção e cognição
15	Monitorização e reconhecimento de sintomas	Percepção e cognição
16	Autoexame de pés e tornozelos para edema	Percepção e cognição
17	Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, outros)	Promoção da saúde
18	Acompanhamento odontológico	Promoção da saúde

19	Prática de tabagismo	Promoção da saúde
20	Prática de etilismo (10-20g/dia) 10g= 1 copo de 200 ml de chope/cerveja, 1 copo de 90 ml de vinho/ 20g = uma dose de destilado/ 17g = lata de cerveja  OBS.: No caso de pacientes com IC de origem alcoólica considerar 1 para quem ingere bebida alcoólica ou 5 para quem não ingere, independente da quantidade.	Promoção da saúde
21	Higiene pessoal	Promoção da saúde
22	Vacinação A recomendação é administrar a vacina da gripe anualmente e a pneumocócica a cada três anos.	Promoção da saúde
23	Tratamento farmacológico	Promoção da saúde
24	Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)	Promoção da saúde
25	Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	Promoção da saúde
26	Controle de estresse e ansiedade	Tolerância ao estresse
27	Atividade de lazer	Tolerância ao estresse
28	Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso $\geq$ 2kg/dia, dispneia, edema nos MMII, náuseas)	Papéis e relacionamentos
29	Apoio social	Papéis e relacionamentos

Observa-se que os domínios “nutrição”, “atividade e repouso” e “percepção e cognição” possuíam cinco itens cada, o domínio “promoção da saúde” foi composto por nove itens, o “eliminação” por apenas um item, o “tolerância ao estresse” e o “papéis e relacionamentos” foram constituídos por dois itens cada.

Os domínios foram instituídos com base nos domínios da NANDA (2010), quais sejam: 1- Promoção da saúde, 2- Nutrição, 3- Eliminação e troca, 4- Atividade/repouso, 5- Percepção/cognição, 6- Autopercepção, 7- Papéis e relacionamentos, 8- Sexualidade, 9- Enfrentamento/tolerância ao estresse, 10- Princípios da vida, 11- Segurança/proteção, 12- Conforto e 13- Crescimento/desenvolvimento.

Assim, os domínios Autopercepção, Princípios da vida, Segurança/proteção, Conforto e Crescimento/desenvolvimento não foram abordados na escala, pois não foram encontradas práticas de autocuidado do paciente com IC relacionadas aos referidos domínios na literatura.

O cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas em instrumentos consolidados. Assim, optou-se por seguir os domínios da NANDA (2010), já que essa taxonomia direciona a padronização da linguagem em enfermagem e consiste em uma tecnologia bastante utilizada na prática assistencial e de pesquisa.

Desse modo, os itens referentes à prática de autocuidado de pacientes com IC que constituíram a escala, inicialmente, foram relacionados a esses domínios na busca de ajustar cada item ao domínio correspondente.

Para cada item referente à prática de autocuidado, foram estabelecidas cinco possíveis respostas disposta em escala de *Likert* as quais servirão para avaliar cada prática de autocuidado do paciente do IC conforme julgamento realizado pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde durante a consulta, como mostra o quadro 10.

Quadro 10 – Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca – EAAPIC (1ª versão). Fortaleza-Ce, 2011.

Quadro 10 – Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca – EAAPIC (instrumento-piloto). Fortaleza-Ce, 2011.

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	PONTUAÇÃO					
	1	2	3	4	5	
<b>Domínio Nutrição</b>						
1 Controle dietético Itens: 1) Equilíbrio dos grupos alimentares carboidratos, proteínas e lipídios; 2) frutas e hortaliças; 3) laticínios sem gordura; 4) óleo vegetal, sem frituras; 5) carne branca e magra.	Contempla um ou nenhum item	Contempla dois itens	Contempla três itens	Contempla quatro itens	Contempla cinco itens	
2 Consumo de sal (Restrição salina)	> 6g/dia	5-6g/dia	4-5g/dia	3-4g/dia	2-3g/dia	
3 Ingestão hídrica	Ingere líquidos cpm com variação acima de 750 ml ou não segue recomendações de restrição hídrica	Ingere líquidos cpm com variação de até 750 ml	Ingere líquidos cpm com variação de até 500 ml	Ingere líquidos cpm com variação de até 250 ml	Ingere líquidos conforme prescrição médica (cpm)	
4 Avaliação do peso corporal	< 1x/semana ou não se pesa	1 a 2 dias/semana	3 a 4 dias/semana	5 a 6 dias/semanas	Diariamente	
5 Controle/ perda/ manutenção de peso	< 65 anos	IMC $\geq$ 40,0 ou IMC < 18,0 kg/m <sup>2</sup>	IMC= 35 a 39,9 ou IMC=18 a 19,9 kg/m <sup>2</sup>	IMC=30 a 34,9 kg/m <sup>2</sup>	IMC=25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup>	IMC=20 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>
	$\geq$ 65 anos	IMC $\geq$ 41 ou < 21,9 kg/m <sup>2</sup>	IMC = 36,1 a 40,9 kg/m <sup>2</sup>	IMC = 31,1 a 36 kg/m <sup>2</sup>	IMC = 27,1 a 31 kg/m <sup>2</sup>	IMC = 22 a 27 kg/m <sup>2</sup>
<b>Domínio Eliminação</b>						

6 Eliminações urinárias	Não realiza controle da quantidade de urina	Raramente controla quantidade de urina	Às vezes controla quantidade de urina	Frequentemente controla quantidade de urina	Sempre controla quantidade de urina
<b>Domínio Atividade e Repouso</b>					
7 Prática de exercício físico Considerar tempo mínimo da sessão 30 minutos OBS.: No caso da classe funcional IV da IC ou ter sintomas limitantes, considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.	1 dia/semana ou não pratica	2 dias/semana	3 dias/semana	4 dias/semana	≥ 5 dias/semana
8 Atividade laboral	Com esforço (> 8h/dia ou > 40h/semana)	Com esforço (8h/dia)	Com esforço (4-6h/dia)	Sem esforço (> 8h/dia)	Sem esforço (≤ 8h/dia) ou não trabalha
9 Repouso na descompensação aguda	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10 Repouso diurno	1 dia/semana ou não repousa	2 dias/semana	3 dias/semana	4 dias/semana	≥ 5 dias/semana
11 Atividade sexual	Nunca segue recomendações de abstinência sexual	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Percepção e Cognição</b>					
12 Conhecimento sobre a IC (o que é IC, sintomas clássicos, tratamento)	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13 Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
14 Acredita que pode viver feliz e saudável	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

com IC					
15 Monitorização e reconhecimento de sintomas	Não consegue reconhecer os sintomas	Raramente consegue reconhecer os sintomas	Às vezes consegue reconhecer os sintomas	Frequentemente consegue reconhecer os sintomas	Sempre consegue reconhece os sintomas da doença
16 Autoexame de pés e tornozelos para edema	< 1 vez/semana ou não realiza	1 a 2 dias/semana	3 a 4 dias/semana	5 a 6 dias/semanas	Diariamente
<b>Domínio Promoção da Saúde</b>					
17 Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, outros)	Nunca comparece às consultas agendadas ou apenas quando se sente mal ou para receber medicações	Raramente comparece às consultas agendadas	Às vezes comparece às consultas agendadas	Frequentemente comparece às consultas agendadas	Sempre comparece às consultas agendadas
18 Acompanhamento odontológico	Não realiza	Apenas quando apresenta problema	Menos de uma vez ao ano	Anualmente	Semestralmente
19 Prática de tabagismo	Sempre fuma (sem restrições)	Frequentemente fuma ou fumante passivo	Às vezes fuma	Raramente fuma	Nunca fuma
20 Prática de etilismo (10-20g/dia) 10g= 1 copo de 200 ml de chope/cerveja, 1 copo de 90 ml de vinho/ 20g = uma dose de destilado/ 17g = lata de cerveja  OBS.: No caso de pacientes com IC de origem alcoólica considerar 1 para quem ingere bebida alcoólica ou 5 para quem não ingere, independente da quantidade.	Sempre ingere bebidas alcoólicas (sem restrições)	Frequentemente bebe acima de 10-20g de álcool/dia ( $\geq 4$ vezes/mês)	Às vezes bebe acima de 10-20g de álcool/dia (1 a 3 vezes/mês)	Raramente bebe acima de 10-20g de álcool/dia (<1 vez/mês)	Nunca ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia
21 Higiene pessoal	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
22 Vacinação A recomendação é administrar a vacina da gripe anualmente e a pneumocócica a cada três anos.	Nunca se vacinou (vacina da gripe e pneumocócica)	Atraso no esquema vacinal de > 2 anos	Atraso no esquema vacinal de > 1 ano a 2 anos	Atraso no esquema vacinal de até 1 ano	Segue esquema vacinal

23 Tratamento farmacológico	Não realiza o tratamento farmacológico	Ingere medicamentos apenas quando apresenta manifestações clínicas	Segue o tratamento inadequadamente, com medicamentos, horários e doses erradas	Segue o tratamento com medicamentos certos, mas nos horários certos e doses erradas ou horários errados e doses certas	Segue o tratamento corretamente (medicamentos prescritos nos horários e doses certas)
24 Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
25 Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>Domínio Tolerância ao estresse</b>					
26 Controle de estresse e ansiedade	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
27 Atividade de lazer	Nunca segue recomendações de atividades de lazer e repouso	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Papéis e Relacionamentos</b>					
28 Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso $\geq$ 2kg/dia, dispneia, edema nos MMII, náuseas)	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
29 Apoio social	Vínculos estressantes ou não possui	Vínculos muito superficiais	Vínculos superficiais	Vínculos moderados	Vínculos fortes

Com esse formato, a primeira versão da escala sofreu avaliação dos juízes os quais julgaram a compreensão e clareza dos itens, associação à prática de autocuidado, domínio, relevância e grau de relevância de cada item. Além da pertinência das respostas possíveis para cada componente da escala. Tal avaliação ocorreu no sexto passo do pólo teórico.

### 6.6 Análise dos juízes / Validação de conteúdo (sexto passo do pólo teórico)

Inicialmente, foi descrita a caracterização dos oito juízes que participaram da análise da escala. Assim, participaram cinco profissionais do sexo feminino e três do masculino. A idade variou de 37 a 59 anos, tendo como média de idade 46 anos com desvio padrão de  $\pm 7,8$  anos. Quanto à formação, quatro juízes (50%) eram enfermeiros e quatro (50%) eram médicos e o tempo de formação variou de 14 a 36 anos, sendo a faixa de 28 a 36 anos a mais prevalente.

Os especialistas participantes dessa validação referiram experiência com insuficiência cardíaca de 5 a 27 anos com média de 15,5 anos  $\pm 8,6$ , e apenas dois mencionaram experiência anterior com a construção de escalas. Um participante apresentava como maior titulação pós-doutorado em saúde coletiva. Dos cinco participantes que possuíam curso de doutorado, quatro tinham doutorado em Enfermagem e um em Cardiologia. Ressalta-se que dois juízes estavam cursando doutorado no momento da coleta de dados. E um tinha como maior titulação a especialização em cardiologia (residência médica).

A seguir, na tabela 1, seguem os dados de caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo os critérios adaptados de Ferhring utilizados para a seleção dos mesmos.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundos os critérios adaptados de Fehring. Fortaleza-CE, 2011.

<b>Critérios de classificação dos juízes (N=8)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ter grau de mestre	5	62
Titulação de mestre com dissertação direcionada a insuficiência cardíaca e/ou autocuidado	0	0
Pesquisa sobre insuficiência cardíaca, abordando ou não o autocuidado.	6	75
Artigo publicado sobre insuficiência cardíaca e com conteúdo relevante à área em foco	8	100
Doutorado com tese na área de insuficiência cardíaca, abordando ou não o autocuidado	1	12
Prática clínica de no mínimo um ano na área em unidade de cuidados a pacientes com insuficiência	8	100

cardíaca		
Certificado de prática clínica relevante à área de cardiologia ou especialização/residência em cardiologia	4	50

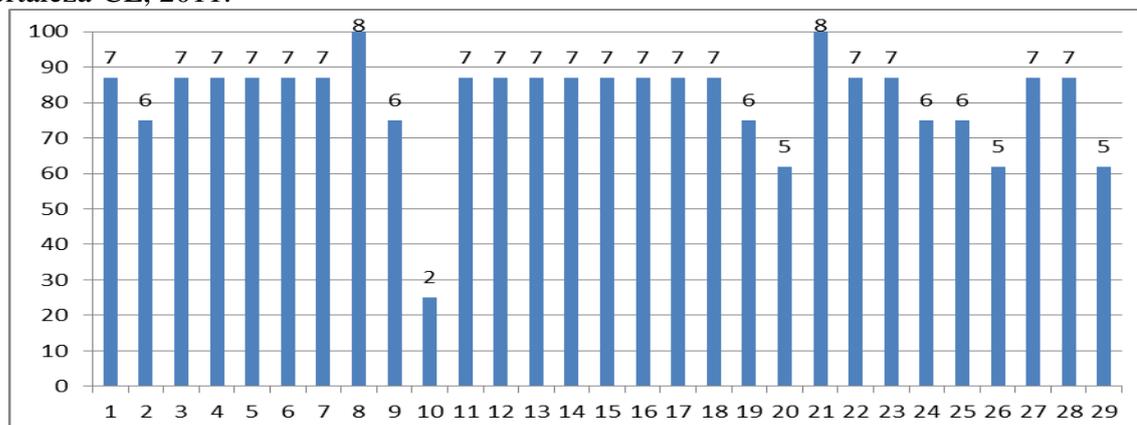
Após análise dos questionários de avaliação da escala referente à caracterização dos juízes, constatou-se que um atingiu 12 pontos no sistema de classificação dos experts baseado nos critérios adaptados de Fehring (1994), um obteve 10 pontos, três alcançaram 9 pontos e três conseguiram 7 pontos.

Portanto, os oito juízes que alcançaram a pontuação necessária para participação no estudo realizaram a validação de conteúdo que representa o universo do conteúdo de um dado construto e fornece a estrutura e a base para a formulação de questões que representarão adequadamente o construto (LOBIONDO-WODD; HARBER, 2001). Em relação à validade de conteúdo, foi solicitado aos especialistas para avaliar cada item no tocante à clareza e à compreensão, à pertinência na escala e, principalmente, se o item parece refletir o conceito que se pretende medir, autocuidado de pacientes com IC. Desse modo, foi realizada a validade aparente da escala, um subtipo de validade de conteúdo.

#### 6.6.1 Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão da escala

Em relação à validade aparente, foram considerados claros e compreensíveis os itens que obtiveram concordância de, no mínimo, 80% dos juízes, segundo recomenda Pasquali (1999). Assim, o item foi considerado claro e compreensivo quando sete ou mais juízes concordaram quanto a esse quesito, conforme observa-se no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos juízes segundo a clareza e compreensão de cada item da escala. Fortaleza-CE, 2011.



Observa-se que a maioria dos itens exibiu clareza e compreensão conforme a avaliação dos juízes, dos quais Atividade laboral (item 8) e Higiene pessoal (item 21) tiveram 100% de concordância.

Os itens 2 (Consumo de sal), 9 (Repouso na descompensação aguda), 10 (Repouso diurno), 19 (Prática de tabagismo), 20 (Prática de etilismo), 24 (Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais), 25 (Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas), 26 (Controle de estresse e ansiedade) e 29 (Apoio social) não foram considerados claros e nem compreensíveis pelos juízes já que apresentaram menos de 80% de concordância, sendo Repouso diurno (item 10) o que se mostrou menos claro e compreensível (25%).

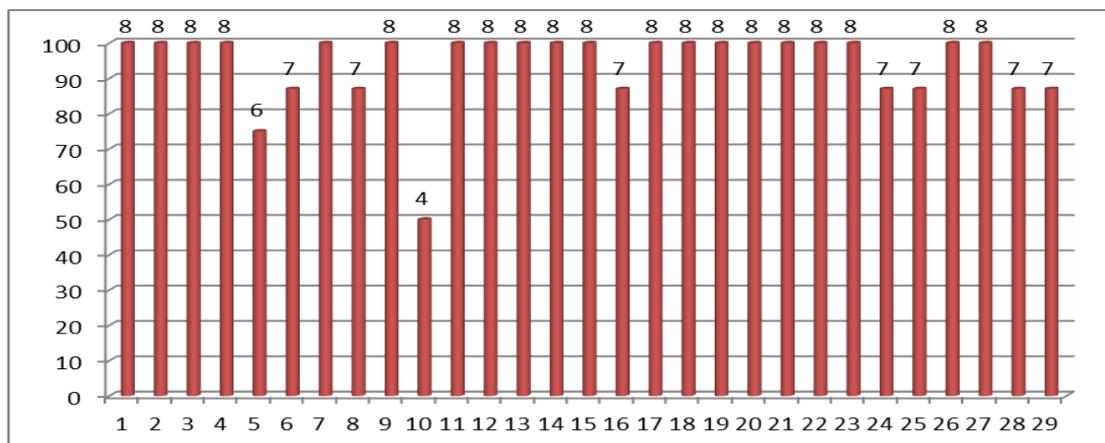
Tabela 2 - Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de clareza e compreensão dos itens da escala. Fortaleza-CE, 2011.

	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8
Juiz 1	0,97	1,00	0,93	0,97	0,66	0,97	0,83
Juiz 2		0,97	0,93	0,97	0,70	0,93	0,79
Juiz 3			0,93	0,97	0,70	0,97	0,83
Juiz 4				0,93	0,62	0,97	0,79
Juiz 5					1,00	0,93	0,83
Juiz 6						0,66	0,41
Juiz 7							0,86

Nota-se na tabela 2 que houve concordância entre os pares de juízes que analisaram se os itens da escala estavam claros e compreensivos. Dos 28 pares de juízes, oito não concordaram, visto que a concordância foi menor que 0,8, ou seja, 80%.

Nessa análise inicial, os juízes também avaliaram se o item estava associado à prática de autocuidado de pacientes com IC, de modo a analisar se a escala realmente mede o conceito para qual se destina. O gráfico 2 expõe esses dados.

Gráfico 2 - Distribuição dos juízes quanto à concordância com a associação dos itens da escala à prática do autocuidado de pacientes com IC. Fortaleza-CE, 2011.



Conforme o gráfico 2, referente à associação dos itens da escala à prática do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, constatou-se que, dos 29 itens, 19 foram considerados como pertinente à temática da escala por todos os juízes; sete foram julgados relacionados ao autocuidado de pacientes com IC por sete juízes (87%). Somente os itens 5 (Controle/perda/manutenção do peso) e 10 (Repouso diurno) não foram tidos como associados à prática de autocuidado de pacientes com IC, tendo recebido julgamento desfavorável de seis (75%) e quatro juízes (50%), respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de associação dos itens da escala à prática de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Fortaleza-CE, 2011.

	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8
Juiz 1	0,93	0,93	0,97	0,90	0,90	0,97	0,93
Juiz 2		1,00	0,97	0,97	0,90	0,97	0,93
Juiz 3			0,97	0,97	0,90	0,97	0,93
Juiz 4				0,93	0,93	1,00	0,90
Juiz 5					0,86	0,93	0,93
Juiz 6						0,93	0,83
Juiz 7							0,90

Ao analisar a tabela 3, percebe-se, em relação ao quesito de associação do item da escala à prática de autocuidado de pacientes com IC ponderado pelos especialistas, que houve concordância total entre os pares de juízes.



Constatou-se que a presença de 27 itens foi apreciada como relevante pelos juízes. Portanto, apenas dois itens deveriam ser retirados do instrumento-piloto da escala de avaliação de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, sendo os itens numerados com 5 (Controle/perda/manutenção do peso) e 10 (Repouso diurno).

Tabela 5 - Distribuição da concordância entre pares de juízes em relação ao aspecto analisado de relevância dos itens na escala. Fortaleza-CE, 2011.

	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8
Juiz 1	0,83	0,93	0,93	0,90	0,93	0,93	0,90
Juiz 2		0,90	0,97	0,86	0,86	0,83	0,83
Juiz 3			1,00	0,97	0,93	0,93	0,83
Juiz 4				0,97	0,93	0,93	0,83
Juiz 5					0,90	0,90	0,79
Juiz 6						0,93	0,72
Juiz 7							0,76

A tabela 5 demonstra que houve concordância entre os pares de juízes acerca da relevância da permanência dos itens na escala já que apenas três pares de juízes não aquiesceram, tendo como concordância valores menores de 0,80.

A tabela 6 expõe o p de V de Cramer dos itens referentes ao quesito de relevância de cada item na escala, segundo a análise realizada pelos juízes, indicando que existiu concordância entre os juízes.

Tabela 6 - Distribuição dos itens julgados como relevantes para permanência na escala pelos juízes segundo o p de V de Cramer. Fortaleza-CE, 2011.

Item da escala	p de V de Cochran
Controle/ perda/ manutenção de peso	0,333
Eliminações urinárias	0,333
Repouso na descompensação aguda	0,333
Repouso diurno	0,333
Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar	0,333
Vacinação	0,333
Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais	0,333
Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	0,333
Controle de estresse e ansiedade	0,333
Procura ajuda quando se sente mal	0,333
Apoio social	0,333

Na tabela 6, observa-se que onze itens alcançaram 0,333 como valor de p de V de Cramer, evidenciando concordância entre os juízes no que diz respeito ao quesito de relevância do item na escala. Os itens restantes conseguiram concordância total dos juízes.

A análise dos resultados dos testes demonstrou, por meio da análise do coeficiente de correlação intraclassas (ICC), uma concordância de 0,827, estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ), da Escala de Avaliação de Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Segundo Pasquali (1997), os valores de concordância aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90. Desse modo, pode-se inferir que a escala ora apreciada possui concordância, comprovando sua validade de conteúdo.

Comparando-se os resultados alcançados na análise dos juízes, dos 29 itens iniciais da primeira versão da escala, dez itens mostraram-se inadequados em relação aos quesitos: clareza e compreensão, associação à prática de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, relevância na escala ou grau de relevância, conforme exposto no quadro 11.

Quadro 11 - Relação dos itens julgados inadequados em algum quesito conforme a análise dos juízes. Fortaleza-CE, 2011.

<b>Item</b>	<b>Clareza e compreensão</b>	<b>Associação à prática de autocuidado de pacientes com IC</b>	<b>Relevância do item na escala (concordância de <math>\leq</math> 80%)</b>	<b>Grau de relevância do item na escala</b>
2	Inadequado			
5		Inadequado	Inadequado	Inadequado
9	Inadequado			
10	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado
19	Inadequado			
20	Inadequado			
24	Inadequado			
25	Inadequado			
26	Inadequado			
29	Inadequado			

Dos dez itens constantes no quadro 11, o item 10 (Repouso diurno) foi julgado inadequado nos quatro quesitos estabelecidos; o item 5 (Controle/perda/manutenção do peso) foi considerado inadequado em três quesitos; e os demais apresentaram inadequação em apenas um quesito coincidente entre eles, a saber: compreensão e clareza.

A partir desses dados, alguns itens sofreram modificações a fim de atender aos pareceres dos juízes, bem como torná-los mais inteligíveis e claros. Aceitaram-se, ainda, algumas sugestões para alguns itens, os quais foram fundidos e/ou excluídos, chegando ao total de 20 itens. A seguir, estão descritas as justificativas para fusão e/ou exclusão de alguns

itens, mesmo tendo obtido concordância desejada. Tais exclusões e agrupamentos podem ser observados no quadro 12.

Ante os resultados encontrados com vistas a tornar os itens que foram julgados como não claros e incompreensíveis adequados, acatou-se grande parte das sugestões dos juízes, até mesmo alguns itens considerados adequados foram reestruturados, na busca de melhor entendimento dos mesmos (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição das modificações realizada nos itens conforme sugestão dos juízes. Fortaleza – CE, 2011.

<b>Nº do item na 1ª versão da escala</b>	<b>Item da 1ª versão da escala</b>	<b>Considerações e sugestões para permanência, modificação ou retirada do item</b>	<b>Nº do item na 2ª versão da escala</b>	<b>Item da 2ª versão da escala</b>
1	Controle dietético. Itens: 1) Equilíbrio dos grupos alimentares carboidratos, proteínas e lipídios; 2) frutas e hortaliças; 3) laticínios sem gordura; 4) óleo vegetal, sem frituras; 5) carne branca e magra.	ALTERADO POR: J1, J2 e J8 sugeriram o acréscimo e/ou substituição de algum item por fracionamento das refeições, e modificaram alguns itens.	1	Controle dietético Itens: 1) consumo mínimo de açúcares; 2) predomínio de frutas e hortaliças; 3) consumo de gordura vegetal; 4) predomínio de carne branca e magra; 5) fracionamento em 5 a 6 refeições diárias.
2	Consumo de sal (Restrição salina)	MANTIDO	2	Consumo de sal (Restrição salina)
3	Ingestão hídrica (Restrição hídrica)	MANTIDO	3	Ingestão hídrica (Restrição hídrica)
4	Avaliação do peso corporal	ALTERADO POR: J8 sugeriu mudar para Monitoramento diário do peso corporal.	4	Monitoramento diário do peso corporal
5	Controle/ perda/ manutenção de peso	EXCLUÍDO POR: Concordância < 80%		
6	Eliminações urinárias	EXCLUÍDO POR: J2 e J6 afirmaram que essa avaliação é importante apenas para pacientes graves. Os pacientes estáveis não precisam realizar o controle urinário.		
7	Prática de exercício	ALTERADO POR:	5	Exercício físico

	físico (Considerar tempo mínimo da sessão 30 minutos) OBS.: No caso da classe funcional IV da IC ou ter sintomas limitantes, considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.	J8 sugeriu mudar para Exercício físico regular.		regular (Considerar frequência mínima de 3x/semana e duração conforme recomendação médica) OBS.: No caso da classe funcional IV da IC ou ter sintomas limitantes, considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.
8	Atividade laboral	MANTIDO	6	Atividade laboral
9	Repouso na descompensação aguda	ALTERADO POR: J2 sugeriu retirar, pois o paciente que está em crise, realiza esse comportamento por causa da incapacidade decorrente da crise. Ele o faz não por vontade e sim por necessidade.		
10	Repouso diurno	EXCLUÍDO POR: Concordância < 80%		
11	Atividade sexual	MANTIDO	7	Atividade sexual
12	Conhecimento sobre a IC (o que é IC, sintomas clássicos, tratamento)	ALTERADO POR: J8 sugeriu acrescentar riscos de agravamento, cronicidade e condutas terapêuticas de controle.	8	Conhecimento sobre IC (Definição de IC, riscos de agravamento, cronicidade e condutas terapêuticas de controle)
13	Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar	ALTERADO POR: J6 relatou que é semelhante ao item 14. J8 sugeriu agrupar e modificar para Admite a cronicidade e a possibilidade de controle e adapta o estilo de vida ao tratamento da IC.	9	Aceitação e adaptação da IC (Admite a cronicidade e a possibilidade de controle e adapta o estilo de vida ao tratamento da IC)
14	Acredita que pode viver feliz e saudável com IC	AGRUPADO POR: J6 relatou que é semelhante ao item 14. Assim, esse item associou-se com o 13.		

15	Monitorização e reconhecimento de sintomas	ALTERADO POR: J8 sugeriu acrescentar sinais e sintomas de descompensação da doença.	10	Monitorização e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação da IC.
16	Autoexame de pés e tornozelos para edema	EXCLUÍDO POR: J8 julgou este item contemplado no item 15.		
17	Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, outros)	ALTERADO POR: J1 e J2 consideraram que não há motivos para isolar o acompanhamento odontológico dos demais profissionais.	11	Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, dentista, outros).
18	Acompanhamento odontológico	AGRUPADO POR: J1 e J2 consideraram que não há motivos para isolar o acompanhamento odontológico dos demais, já que faz parte da equipe multidisciplinar. Assim, esse item associou-se com o 17.		
19	Prática de tabagismo	ALTERADO POR: J8 sugeriu substituir por abstenção.	12	Abstenção do tabagismo
20	Prática de etilismo (10-20g/dia) 10g= 1 copo de 200 ml de chope/cerveja, 1 copo de 90 ml de vinho/ 20g = uma dose de destilado/ 17g = lata de cerveja OBS.: No caso de pacientes com IC de origem alcoólica considerar 1 para quem ingere bebida alcoólica ou 5 para quem não ingere, independente da quantidade.	ALTERADO POR: J1 e J3 julgaram esse item aplicável a todos os pacientes, independente da etiologia. E J8 sugeriu substituir por abstenção.	13	Abstenção de bebidas alcoólicas
21	Higiene pessoal	MANTIDO	14	Higiene pessoal
22	Vacinação A recomendação é administrar a vacina da	ALTERADO POR: J8 sugeriu substituir para Esquema vacinal	15	Esquema vacinal atualizado

	gripe anualmente e a pneumocócica a cada três anos.	atualizado.		
23	Tratamento farmacológico	ALTERADO POR: J8 sugeriu substituir para Uso regular da medicação prescrita.	16	Uso regular da medicação prescrita
24	Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)	EXCLUÍDO POR: J8 sugeriu retirar, pois considerou estar incluso no item 23.		
25	Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	EXCLUÍDO POR: J8 sugeriu retirar, pois está apreciado no item 15.		
26	Controle de estresse e ansiedade	ALTERADO POR: J8 sugeriu substituir para Gerenciamento do estresse.	17	Gerenciamento do estresse
27	Atividade de lazer	MANTIDO	18	Atividade de lazer
28	Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso $\geq$ 2kg/dia, dispneia, edema nos MMII, náuseas)	MANTIDO	19	Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso $\geq$ 2kg/dia, dispneia, edema nos MMII, náuseas)
29	Apoio social	ALTERADO POR: J8 sugeriu substituir para Rede de suporte familiar e social.	20	Rede de suporte familiar e social

Conforme exposto no quadro 12, o item *Controle dietético* foi alterado, pois concordou-se com os juízes 1, 2 e 8 que sugeriram acrescentar e/ou substituir na descrição do item, o termo fracionamento, por julgarem importante essa medida, dividindo as refeições e alimentos em, pelo menos, cinco refeições diárias. Lamarão e Navarro (2007) salientam que um único alimento, isoladamente, não é capaz de prevenir ou controlar doenças. Assim, é recomendável a combinação de vários alimentos no plano alimentar diário. O fracionamento das refeições ao longo do dia auxilia a reduzir a fome, a evitar uma supercompensação na refeição seguinte, além de favorecer o estímulo metabólico e o controle de peso e melhorar o perfil lipídico.

Isso também é constatado em estudo realizado por Oliveira e Sichieri (2004) que evidenciou que, mesmo uma pequena alteração para mais no número de refeições, em indivíduos com três ou menos refeições por dia, é eficaz na redução do colesterol total sérico,

sugerindo que o número de seis refeições diárias poderia ser medida de prevenção e controle da hipercolesterolemia.

O item *Avaliação do peso corporal* foi alterado para *Monitoramento diário do peso corporal* mediante sugestões do juiz 8 e por considerar que a prática realizada pelo paciente no seu cotidiano relaciona-se mais ao monitoramento do seu peso do que propriamente à avaliação desse parâmetro.

Os itens *Controle/perda/manutenção do peso* e *Repouso diurno* foram eliminados, pois não conseguiram atingir a concordância de 80% recomendada por Pasquali (1997) para sua permanência na escala.

O item *Eliminações urinárias*, apesar de ser considerado adequado pela maioria dos juízes, foi retirado por se concordar com a opinião dos juízes 2, 3 e 5 ao afirmarem que o controle urinário ou o balanço hídrico, na prática, é indicado apenas para pacientes graves ou descompensados os quais não estão em tratamento ambulatorial, mas provavelmente hospitalizados, sem indicação de utilizar a EAAPIC. Oliveira, Guedes e Lima (2010) justificam também que o balanço hídrico constitui rotina para pacientes em pós-operatório, pacientes cujo estado é considerado instável, pacientes que são submetidos à restrição líquida ou estão recebendo tratamento com diurético ou hidratação intravenosa, além de pacientes com doenças cardíacas e renais crônicas com agravamento da saúde.

O item *Prática de exercício físico* sofreu ajustes em virtude de sugestão realizada pelo juiz 8 que propôs sua alteração para *Exercício físico regular*. Além disso, sugeriu que fosse considerada frequência mínima de três vezes por semana e duração conforme recomendação médica e não de 30 minutos como foi estabelecido inicialmente, já que cada paciente tem particularidades e limitações específicas.

Optou-se por retirar o item *Repouso na descompensação aguda* por concordar com o julgamento do juiz 2 que considera que o paciente com sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca não realiza repouso por escolha e sim por não conseguir realizar suas atividades devido às limitações impostas por essa condição clínica.

O componente da escala *Conhecimento sobre a IC* recebeu modificações quanto à sua estrutura mediante proposta dada pelo juiz 8, a saber: definição de IC, riscos de agravamento, cronicidade e condutas terapêuticas de controle no lugar de o que é IC, sintomas clássicos e tratamento.

O item *Acredita que pode viver feliz e saudável com IC* foi eliminado da escala por ter sido considerado repetitivo e semelhante ao item *Acredita que IC é uma doença que pode ser*

*controlada e com a qual pode se adaptar.* Destaca-se que esse último foi modificado para acomodar o item retirado, ficando com a seguinte estrutura: *Aceitação e adaptação da IC.*

De acordo com Novais *et al.* (2009), alguns dos saberes da pessoa com doença crônica, o que inclui a insuficiência cardíaca, estão relacionados com suas próprias percepções da doença, as quais variam segundo as características particulares de cada um e da própria doença. É imperativo que as pessoas tenham consciência da cronicidade de sua doença e da importância do regime terapêutico como forma de controlar e/ou manter uma boa qualidade de vida. Esses aspectos são fundamentais para a prática do autocuidado. Os mesmos autores relatam, ainda, que no decorrer do seu estudo, se depararam com a influência que o processo de adaptação tem, quer nos momentos de aprendizagem e de procura de informação, quer na determinação da mobilização ou não de saberes no autocuidado.

Estudo realizado em Fortaleza-CE com pacientes internados por IC (ROCHA; SILVA, 2009) identificou diversos diagnósticos de enfermagem relacionados à dificuldade de adaptação à doença, quais sejam: desempenho de papel ineficaz, controle ineficaz do regime terapêutico e comportamento de saúde propenso a risco. Os autores inferem que esses problemas podem ser decorrentes da complexidade terapêutica da IC e das dificuldades econômicas.

Rocha e Silva (2009) afirmam que muitos pacientes com IC internados por complicações da doença tinham ou tiveram dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida imposto pelo adoecimento, mesmo apresentando consciência da necessidade de mudança diante da sua nova condição de vida.

*Monitorização e reconhecimento de sintomas* foi modificado para *Monitorização e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação da IC*, uma vez que o paciente deve estar atento, também, aos sinais de descompensação da doença a fim de procurar e receber auxílio evitando seu agravamento e complicações.

Os juízes 2, 3, 6 e 8 apreciaram que os itens *Autoexame de pés e tornozelos para edema* e *Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas* estavam contemplados no item *Monitorização e reconhecimento de sintomas*. Portanto, aquele foi suprimido do instrumento. Gallagher (2010), Riegel *et al.* (2009) e Gary (2006) confirmam, ressaltando a importância de realizar monitoramento constante dos sinais e sintomas de agravamento da IC. Destacam, também, que o autoexame de pés e tornozelos para edema e a automonitorização para fadiga e dispnéia são medidas a serem efetivadas de maneira sistemática a fim de identificar precocemente situações indesejáveis. Colonna *et al.* (2003) corroboram ao recomendar

autoexame periódico de determinados parâmetros, como os já citados anteriormente, para o manejo adequado da doença.

Atendeu-se a sugestão dos juízes 1 e 2 referente ao agrupamento do item *Acompanhamento odontológico* ao item *Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, outros)*. Para o paciente com IC, é imperativo o acompanhamento com a equipe multidisciplinar capaz de oferecer uma assistência integral ao paciente, considerando os aspectos biopsicossociais. Bocchi *et al.* (2009) apontam evidências de que o acompanhamento de pacientes com IC por equipe multiprofissional melhora a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, além de diminuir as re-internações com consequências diretas na qualidade de vida. Ainda conforme os mesmos autores, a base profissional da clínica de IC é formada por médico e enfermeiro, sendo importante, também, a participação de psicólogos, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta e dentista, um com corpo multidisciplinar, capaz de fornecer assistência integral ao paciente, levando em consideração o conjunto de determinantes: biológico, psicológico e social.

Margoto, Colombo e Gallani (2009) corroboram defendendo que a atuação sobre os fatores relacionados à descompensação clínica da insuficiência cardíaca demanda o trabalho de uma equipe interdisciplinar devido à complexidade do paciente com IC. Ao enfermeiro, membro dessa equipe, compete, especialmente, o papel de educador em saúde, dentre outros.

Os itens *Prática de tabagismo* e *Prática de etilismo* foram alterados para *Abstenção do tabagismo* e *Abstenção de bebidas alcoólicas*, respectivamente, acatando a sugestão do juiz 8 a fim de dar maior clareza ao item.

*Vacinação* sofreu modificações para *Esquema vacinal atualizado*, pois segundo o juiz 8 a importância desse parâmetro perpassa pela atualização do esquema vacinal o que merece ser dado destaque na leitura do item.

O item *Tratamento farmacológico* foi substituído por *Uso regular da medicação prescrita* proposto pelo juiz 8 que apontou a necessidade de evidenciar que os medicamentos que os pacientes devem fazer uso são aqueles prescritos pelo seu médico de acordo com a avaliação clínica realizada. Sendo assim, o item *Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)* foi retirado respeitando a ponderação realizada pelo juiz 8, o qual considera que esse item foi observado no item 23.

Alterou-se o item *Controle de estresse e ansiedade* para *Gerenciamento de estresse* após acatar a sugestão do juiz 8. Essa mudança ocorreu por compreender, após a avaliação do juiz 8, que o estresse não pode ser controlado e sim gerenciado. A todo momento, as pessoas realizam atividades de adaptação e tentativas de ajustar-se às mais variadas exigências e

estímulos negativos, seja do ambiente externo ou interno. Por não ser possível eliminar completamente todos os fatores que geram o estresse, o mais importante é saber administrar bem as situações que o envolvem.

E por fim, foi aceita a proposta do juiz 8 que sugeriu modificar o item *Apoio social* para *Rede de suporte familiar e social*. Para Leite *et al.* (2008), todas as pessoas, por sua natureza, sempre desejam estar inseridos em um determinado meio social, seja no ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Desse modo, os indivíduos que compartilham esses espaços são, também, os provedores de suporte social. Nesse espaço, os indivíduos procuram interagir, conhecer e relacionar-se com outras pessoas, vivenciando momentos de lazer, de trabalho e convívio social, além de trocarem experiência, permitindo melhoria na qualidade de vida. É nessa rede que as pessoas estabelecem relações, as quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. Os autores afirmam, ainda, que estudos mostram que o rompimento de vínculos sociais altera as defesas orgânicas das pessoas, deixando-as mais suscetíveis a doenças. Assim, a rede de suporte familiar e social influencia no estado de saúde e beneficiam a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

#### 6.6.2 Avaliação das respostas (escala de *Likert*) de cada item da escala

As respostas para cada item na escala foram elaboradas, também com base na revisão bibliográfica realizada. As respostas foram dispostas numa escala de *Likert* com variação de 1 a 5, sendo um referente ao pior autocuidado e cinco ao melhor autocuidado, e as pontuações dois, três e quatro, intermediárias. Assim, a fim de tornar a escala o mais objetiva possível, mediante as informações encontradas nos livros e artigos pesquisados e tentando estabelecer parâmetros simplificados de avaliação, chegou-se nas respostas listadas na escala. Destaca-se que não há na literatura consenso para melhores respostas de determinados itens, como: quantidade de líquidos e sal por dia.

Para o item *Controle dietético*, foram estabelecidos cinco subitens considerados importantes, pertencentes na pirâmide alimentar para uma alimentação saudável, quais sejam: 1 - equilíbrio dos grupos alimentares (carboidratos, proteínas e lipídeos); 2 - frutas e hortaliças; 3 - laticínios sem gordura; 4 - óleo vegetal, ausência de frituras; e 5 - carne branca e magra. Após as mudanças ocorridas mediante as sugestões dos juízes acatadas, os itens que servirão de base para a avaliação do controle dietético ficaram o seguinte: 1 - consumo mínimo de açúcares, 2 - predomínio de frutas e hortaliças, 3 - consumo de gordura vegetal, 4 - predomínio de carne branca e magra e 5 - fracionamento de 5 a 6 refeições diárias. Desse

modo, a pontuação na escala para o paciente com IC irá depender de quantos desses subitens serão contemplados.

Rique, Soares e Meirelles (2002) ressaltam o consumo de hortaliças, frutas e grãos integrais, confirmando a importância das fibras alimentares, antioxidantes e outras substâncias na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Recomendam também a manutenção de peso saudável, auxiliado pela atividade física regular e consumo moderado de gorduras (< 30%), evitando a ingestão excessiva de calorias.

Bocchi *et al.* (2009) acrescentam que o excesso de substratos energéticos obtidos por meio de dietas hipercalóricas ou nutricionalmente desequilibradas pode contribuir em certas situações para o desenvolvimento e progressão da IC, por meio de mecanismos relacionados à glicotoxicidade e lipotoxicidade. E recomendam:

- Carboidratos - de 50 a 55% da ingestão calórica, priorizando os carboidratos integrais com baixa carga glicêmica e evitando os carboidratos simples (açúcar), por agravar a resistência à insulina.
- Lipídeos - de 30 a 35%, com ênfase nas gorduras mono e poli-insaturadas, em especial, nos ácidos graxos da série ômega-3, e níveis reduzidos de gorduras saturadas e trans.
- Proteínas - de 15 a 20% do valor calórico total da dieta, priorizando as proteínas de alto valor biológico.

Quanto ao consumo de sal, inúmeros autores (CLARK *et al.*, 2010; RABELO *et al.*, 2007; RIEGEL *et al.*, 2009; COLONNA *et al.*, 2003) afirmam que a quantidade indicada de sal a ser consumida por dia pelos paciente com IC é de 2 a 3 gramas. Assim, considerou-se esse valor como o ideal, tendo a pontuação cinco na escala (melhor autocuidado). As demais pontuações foram sofrendo aumento de 1g até maior quantidade de 6g de sal/dia a qual já ultrapassa os valores recomendados para uma pessoa saudável.

Os juízes 1, 2 e 7 concordaram que a avaliação da restrição salina é de difícil execução já que acreditam que o paciente não conseguirá expor a quantidade de consumo de sódio diariamente. Para facilitar a medida da quantidade de sal, o juiz 7 sugeriu que fossem utilizadas medidas caseiras a qual uma colher de chá equivale a 4 gramas de sal. Contudo, entendendo que mesmo com o emprego de medidas caseiras seria complicada a medição da quantidade de sal consumida pelo paciente, acatou-se a sugestão do juiz 2 que indicou a adoção de apenas duas respostas para esse item, quais sejam: 5 – segue recomendações de restrição salina e 1 – não segue recomendações de restrição salina.

Em relação à ingesta hídrica, para cada paciente, dependendo de seu quadro clínico, é recomendada uma quantidade específica de restrição hídrica. Portanto, optou-se por

estabelecer as respostas para esse item de acordo com a prescrição médica realizada para cada paciente.

Seguindo o mesmo raciocínio do item Restrição salina, o juiz 2 também sugeriu apenas duas pontuações para o item *Ingesta hídrica*: 5 – segue recomendações de restrição hídrica e 1 – não segue recomendações de restrição hídrica a qual foi atendida e colocada na 2ª versão da escala (quadro 14).

Pode-se dizer que é consenso na literatura (CHEN *et al.*, 2011; LAINSCAK *et al.*, 2011; BRITZ; DUNN, 2010; LEE; TKACS; RIEGEL, 2010; RABELO *et al.*, 2007; GARY, 2006; COLONNA *et al.*, 2003) que peso corporal seja avaliado diariamente pelos pacientes com IC por ser considerado um bom indicador de sobrecarga hídrica. Destarte, a pontuação para esse item foi organizada, ponderando a melhor pontuação (cinco) para o paciente que realiza essa prática diariamente, quatro para quem realiza de 5 a 6 vezes/semana, três para quem faz de 4 a 3 vezes/semana, dois para 2 a 1 vez/semana e 1 (pior nota) para quem não se pesa ou o faz menos de 1 vez/semana.

Para o item *Controle/perda/manutenção do peso*, aplicou-se os valores do Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos e para idosos o qual se classifica segundo quadro 13 abaixo.

Quadro 13. Classificação do Índice de Massa Corporal para adultos e idosos segundo (Porto, (2009) e Cervi, Franceschini e Priore (2005).

<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>) Adultos</b>	<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>) Idosos</b>	<b>Classificação</b>
< 20,0	Baixo peso	< 22,0	Magreza
20 – 24,9	Eutrofia (Saudável)	22,0 – 27,0	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso	> 27,0	Peso em excesso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I		
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II (severa)		
≥ 40,0	Obesidade Grau III (mórbida)		

O índice de massa corporal, também conhecido como índice de Quételet, em homenagem ao seu criador Adolphe Quételet, utilizado na avaliação do estado nutricional de populações, é calculado pela divisão do peso em quilogramas, pela altura em metros, elevada ao quadrado ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ). Quetelet observou que após o fim do crescimento, na vida

adulta, o peso de indivíduos de tamanho normal era proporcional ao quadrado da estatura (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Com o avanço da idade, ocorrem mudanças na composição corporal de tal modo que há uma diminuição da massa livre de gordura e um aumento da massa gorda, sendo armazenada no abdome e músculos, em vez de subcutaneamente, como no adulto jovem. Essas alterações afetam os parâmetros de avaliação antropométrica do idoso, levando a uma mudança na relação entre o IMC e adiposidade corporal nos idosos (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005). Ressalta-se que após a avaliação dos juízes, esse item foi retirado da escala.

Para determinados itens foi difícil estabelecer as cinco possíveis respostas com suas respectivas pontuações devido à subjetividade dos mesmos. Assim, para os itens *Eliminações urinárias*, *Repouso na descompensação aguda*, *Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar*, *Acredita que pode viver feliz e saudável com IC*, *Monitorização e reconhecimento de sintomas*, *Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas*, *Controle de estresse e ansiedade*, *Atividade de lazer* e *Procura ajuda quando se sente mal* foram formadas as pontuações utilizando como respostas: nunca = 1, raramente = 2, às vezes = 3, frequentemente = 4 e sempre = 5 e para o item *Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais* sempre = 1, frequentemente = 2, às vezes = 3, raramente = 4 e nunca = 5.

Contudo, é importante lembrar que os itens *Eliminações urinárias*, *Repouso na descompensação aguda*, *Repouso diurno*, *Acredita que pode viver feliz e saudável com IC*, *Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas* foram excluídos da escala depois do julgamento realizado pelos juízes, não constando, portanto, na 2ª versão da escala (quadro 14).

Referente à pontuação do item *Prática de exercício físico*, estabeleceu-se nota cinco para os pacientes que realizam atividade física cinco ou mais vezes por semana, 4 para os que se exercitam 4x/semana, 3 para quem pratica exercício físico 3x/semana, 2 para 2x/semana e 1 para 1 vez por semana ou não realiza atividade física.

Estabeleceu-se uma observação particular para pacientes com classe funcional IV ou com sintomas limitantes, devido à restrição do quadro clínico, a qual estabelece apenas duas pontuações para esses casos, quais sejam: um se realizar exercício físico e cinco para esses pacientes que não realizam exercício físico.

A prática regular de exercício físico é considerada medida não medicamentosa capaz de evitar problemas mais severos de saúde, uma vez que atua no organismo como fator

benéfico e protetor contra diversas enfermidades, especialmente as doenças cardiovasculares. O exercício físico realizado, ao menos, três vezes por semana e de intensidade moderada pode favorecer melhorias na saúde e na qualidade de vida da população em geral. Os ganhos advindos dessa prática podem ser obtidos tanto pela realização dos exercícios de resistência cardiorrespiratória quanto do exercício de força (MEDEIROS, 2010).

Conforme Rique, Soares e Meirelles (2002), para o exercício físico ser realmente benéfico, é necessária a combinação da frequência, intensidade e duração do exercício, assim como, o planejamento de um programa que inclua atividades aeróbicas, de resistência e de flexibilidade. Afirmam, ainda que uma atividade aeróbica de intensidade moderada (como caminhada), por no mínimo 30 minutos, três a cinco vezes por semana, já traz benefícios à saúde cardiovascular.

Estudo recente de revisão realizado por Coelho e Burini (2009) chama a atenção para a quantidade e a intensidade mínima necessárias de exercício físico para atingir os seus benefícios. Além de que, acreditam que as pessoas devem ser encorajadas a se tornarem mais ativas e não necessariamente mais condicionadas, permitindo a inclusão de programas mais flexíveis em suas vidas cotidianas. Seus achados incluem o estabelecimento da frequência mínima de exercício físico de 5 vezes por semana e 30 minutos de duração para intensidades moderadas, 3 vezes por semana e 20 minutos para as vigorosas, podendo os dois tipos de atividades serem complementares. Por isso, elegeu-se a pontuação mencionada anteriormente.

A pontuação para o item Atividade laboral baseou-se no esforço despendido pelo paciente para executar suas atividades no trabalho. Assim, considerou-se o seguinte escore: 5 = sem esforço ( $\leq$  8h/dia) ou não trabalha; 4 = sem esforço ( $>$  8h/dia); 3 = com esforço (4-6h/dia), 2 = com esforço (8h/dia); e 1 = com esforço ( $>$  8h/dia ou  $>$  40h/semana).

A limitação da capacidade física e funcional é estabelecida, frequentemente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia (DUTRA, 2006).

Ainda conforme Dutra (2006), os aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de exercer as funções laborativas e suas relações como prognóstico de longo prazo e a sobrevivência do indivíduo, devem ser bem avaliados a fim de recomendar ou não a suspensão da atividade laborativa (esforço físico) do indivíduo. Essa avaliação é importante, pois o afastamento do trabalho pode ocasionar implicações negativas na vida do paciente, tanto econômicas como emocionais e psicológicas.

As pontuações dos itens *Atividade sexual* e *Atividade de lazer* foram estabelecidas, obedecendo às recomendações médicas uma vez que os pacientes, dependendo do seu quadro clínico podem ter diferentes indicações de atividade sexual e de lazer. Desse modo, as respostas para esses itens constituíram-se da seguinte maneira: 5 - sempre segue as recomendações de atividade sexual/ atividade de lazer; 4 - frequentemente segue as recomendações de atividade sexual/ atividade de lazer; 3 - às vezes segue as recomendações de atividade sexual/ atividade de lazer; 2 - raramente segue as recomendações de atividade sexual/ atividade de lazer e 1 - nunca segue as recomendações de atividade sexual/ atividade de lazer.

Os itens *Conhecimento sobre a insuficiência cardíaca* e *Higiene pessoal* foram pontuados, selecionando cinco para excelente conhecimento e higiene, quatro para bom, três para regular, dois para ruim e um para péssimo conhecimento e higiene. Essas notas foram escolhidas, pois esses itens são de difícil e subjetiva avaliação. Assim, os profissionais deverão ponderar, durante suas consultas, a respeito desses dados conforme as informações colhidas a partir do exame físico e da conversa estabelecida com o paciente.

Segundo Bocchi *et al.* (2009), a periodicidade das consultas não é aspecto definido na literatura, porém acreditam que acompanhamento médico e de enfermagem pode reduzir a morbidade da síndrome. Relatam, ainda, que os profissionais de saúde que acompanham os pacientes com IC devem a cada consulta investigar sobre os sintomas que ocorrem durante as atividades do dia-a-dia, como por exemplo: subir lances de escada, caminhar, realizar atividades domésticas, vestir-se sozinho, tomar banho, alimentar-se e dormir sem restrição de decúbito.

No tocante às respostas do item *Acompanhamento com profissionais de saúde*, estabeleceu-se: escore 5 = sempre comparece às consultas agendadas, 4 = frequentemente comparece às consultas agendadas, 3 = às vezes comparece às consultas agendadas, 2 = raramente comparece às consultas agendadas e 1 = nunca comparece às consultas agendadas ou apenas comparece quando se sente mal ou para receber medicações.

O Acompanhamento odontológico é importante medida de prevenção de infecções periodontais que podem evoluir para complicações sistêmicas, e especialmente, danos cardiovasculares.

Conforme Paizan e Martin (2009), a placa bacteriana presente na periodontite destrói a proteção periodontal, permitindo a entrada de elementos nocivos na corrente sanguínea (exotoxinas e endotoxinas). Hábitos de higiene oral, mastigação ou procedimentos odontológicos, ao gerarem bacteremia transitória assintomática, podem levar microrganismos

a terem contato direto com a circulação e, conseqüentemente, com o endotélio coronariano. Portanto, as doenças relacionadas aos dentes ocasionam um aumento local de mediadores inflamatórios que promovem inflamação crônica endotelial, aludindo que o processo inflamatório possa contribuir para vasoespasma e trombose.

Quanto à prática de etilismo, inicialmente fundamentou-se em Riegel *et al.* (2009) e Clark *et al.* (2010) os quais aconselham a restrição de álcool, permitindo a ingestão de 10-20g de álcool/dia para pacientes cuja etiologia da IC não seja alcoólica, tendo a seguinte pontuação: 5 = nunca ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia, 4 = raramente ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia (< 1 vez/mês), 3 = às vezes ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia (1 a 3 vezes/mês), 2 = frequentemente ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia ( $\geq$  4 vezes/mês) e 1 = sempre ingere bebidas alcoólicas (sem restrições).

Contudo, a partir das sugestões dos juízes 1 e 3, considerou-se mais prudente a fundamentação de Colonna *et al.* (2003) que acreditam que a ingestão de etanol deve ser fortemente desencorajada já que o álcool é um depressor do miocárdio e pode, mesmo em pequenas doses, diminuir ainda mais a função miocárdica. Apoiando, assim, a opinião dos juízes de que a prática de etilismo deve ser proibida. Desse modo, decidiu-se acatar a sugestão modificando a pontuação do item *Abstenção de bebidas alcoólicas*, tendo apenas duas respostas: 1 = ingere bebidas alcoólicas e 5 = não ingere bebidas alcoólicas.

Seguiu-se igual raciocínio para o item *Abstenção do tabagismo*, o qual antes do julgamento dos juízes possuía a pontuação, a saber: 5 = nunca fuma, 4 = raramente fuma, 3 = às vezes fuma, 2 = frequentemente fuma e 1 = sempre fuma. E após a apreciação dos juízes e suas sugestões, esse item contou apenas com duas possíveis notas: 5 = não fuma e 1 = fuma.

A presença de IC é uma condição de alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, aumentando a morbimortalidade. Diante da necessidade preventiva, os pacientes devem receber vacina contra *Influenza* (anualmente) e *Pneumococcus* a cada cinco anos e a cada três anos, respectivamente (BOCCHI *et al.*, 2009). Desse modo, optou-se pontuar o item *Vacinação* mediante o atraso na realização da vacinação, ou seja, será pontuado com nota cinco o paciente que seguir corretamente o esquema vacinal, quatro o que atrasar um ano, três para um atraso de 1 a 2 anos, dois para quem não se vacinou por mais de 2 anos e um para o paciente que nunca se vacinou.

Apesar de tratar-se de um tema ainda controverso, o programa de vacinação anual contra a gripe deve ser estimulado nas pessoas acima de 60 anos, em uma tentativa adicional de reduzir a mortalidade em pacientes com doenças cardiovasculares, já que esses pacientes

são mais propensos a complicações decorrentes de gripe (MANSUR; FAVARATO; RAMIRES, 2009).

Concernente ao item *Tratamento farmacológico*, seguiu-se a recomendação dos cinco certos na administração de medicamentos, quais seja: paciente certo, medicamento certo, dose certa, horário certo e via certa (TIMBY, 2007). Assim, receberá pontuação cinco, o paciente que seguir corretamente o tratamento farmacológico, tomando os medicamentos prescritos nos horários e doses certas; quatro o que ingerir os medicamentos certos, mas no horário certo e dose errada ou horário errado e dose certa, três aquele que não seguir o tratamento farmacológico, ou seja, medicamentos, horários e doses erradas; ganhará pontuação dois o paciente que ingerir os medicamentos apenas quando apresentar sinais e sintomas de descompensação; e um o que não realizar o tratamento farmacológico de forma alguma. Entretanto, conforme avaliação e sugestões realizadas pelos juízes, a pontuação desse item, foi alterado para: 5 = segue o tratamento corretamente e 1 = não realiza o tratamento farmacológico corretamente. Isso porque, entende-se que o paciente deve tomar as medicações prescritas nos horários e doses certas, não podendo ser admitido que ingira as medicações de forma errada em qualquer dos aspectos.

Inicialmente, é necessário distinguir rede social de apoio social, pois, apesar de serem conceitos inter-relacionados, possuem diferenças entre si. Para Pedro, Rocha e Nascimento (2008), a rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional, ligada a um indivíduo. É uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam mediante esses vínculos. Já o apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros da rede social efetivamente importante para os indivíduos. É um processo de interação entre as pessoas ou grupos de pessoas que mediante contato instituem vínculos, recebendo apoio material, emocional e afetivo, o que contribui para o bem-estar dessas pessoas.

A pontuação para o item *Apoio social* foi fundamentada na característica dos vínculos existentes entre os pacientes e aqueles que integram sua rede e apoio social, a saber: 5 = vínculos fortes, 4 = vínculos moderados, 3 = vínculos superficiais, 2 = vínculos muito superficiais e 1 = vínculos estressantes ou não possui.

Em relação às respostas de cada item correspondente a uma prática de autocuidado de pacientes com IC, observou-se que os juízes pouco sugeriram mudanças e/ou adequações. Essas se referiram, especialmente, aos itens *Prática de tabagismo*, *Prática de etilismo*, *Tratamento farmacológico*. Foi sugerido pelos juízes 2, 3 e 7 que esses itens tivessem respostas dicotômicas (sim = 1 e não = 5), uma vez que o fumo e o consumo de bebidas

alcoólicas devem ser evitados completamente, sem exceções e/ou ressalvas. O mesmo pensamento se aplica ao tratamento farmacológico, o paciente deve usar as medicações prescritas na hora e doses certas. Assim, se o paciente, em alguma ocasião, não o faz corretamente, ele não está realizando o autocuidado, portanto, faz jus à pontuação 1. E às respostas do item *Consumo de sal*, foi sugerido acrescentar medidas caseiras que facilitem a medição da quantidade de sódio recomendada e ingerida diariamente pelo pacientes com insuficiência cardíaca.

Assim, ao final da validação de conteúdo, ponderando a avaliação realizada pelos juízes, a escala ficou constituída por 20 itens dos quais 11 sofreram modificações para melhorar a compreensão e a clareza, originando a 2ª versão da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca, conforme o quadro 14.

Quadro 14 – Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca – 2ª versão. Fortaleza-CE, 2011.

Quadro 14 – Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca – 2ª versão. Fortaleza-CE, 2011.

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	PONTUAÇÃO				
	1	2	3	4	5
<b>Domínio Nutrição</b>					
1 Controle dietético Itens: 1) consumo mínimo de açúcares; 2) predomínio de e vegetais e frutas; 3) consumo de gordura vegetal; 4) predomínio de carne branca e magra; 5) fracionamento em 5 a 6 refeições diárias.	Contempla um ou nenhum item	Contempla dois itens	Contempla três itens	Contempla quatro itens	Contempla cinco itens
2 Consumo de sal (Restrição salina)	Não segue recomendações de restrição salina	-	-	-	Segue recomendações de restrição salina
3 Ingestão hídrica (Restrição hídrica)	Não segue recomendações de restrição hídrica	-	-	-	Segue recomendações de restrição hídrica
4 Monitoramento diário do peso corporal	< 1x/semana ou não se pesa	1 a 2 dias/semana	3 a 4 dias/semana	5 a 6 dias/semanas	Diariamente
<b>Domínio Atividade e Repouso</b>					
5 Exercício físico regular Considerar frequência mínima de 3x/semana e duração conforme recomendação médica OBS.: No caso da classe funcional IV da IC considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.	1 dia/semana ou não pratica	2 dias/semana	3 dias/semana	4 dias/semana	≥ 5 dias/semana
6 Atividade laboral	Com esforço	Com esforço	Com esforço (4-	Sem esforço (>	Sem esforço (≤

	(> 8h/dia ou > 40h/semana)	(8h/dia)	6h/dia)	8h/dia)	8h/dia) ou não trabalha
7 Atividade sexual	Nunca segue recomendações de abstinência sexual	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Percepção e Cognição</b>					
8 Conhecimento sobre a IC Definição, riscos de agravamento, cronicidade e condutas terapêuticas de controle.	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9 Aceitação e adaptação da IC Admite a cronicidade e a possibilidade de controle e adapta o estilo de vida ao tratamento da IC	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10 Monitoramento e reconhecimento de sintomas de descompensação da IC	Não consegue reconhecer os sintomas	Raramente consegue reconhecer os sintomas	Às vezes consegue reconhecer os sintomas	Frequentemente consegue reconhecer os sintomas	Sempre consegue reconhece os sintomas da doença
<b>Domínio Promoção da Saúde</b>					
11 Acompanhamento com profissionais de saúde (enfermeiro, médico, dentista, outros)	Nunca comparece às consultas agendadas ou apenas quando se sente mal ou para receber medicações	Raramente comparece às consultas agendadas	Às vezes comparece às consultas agendadas	Frequentemente comparece às consultas agendadas	Sempre comparece às consultas agendadas
12 Abstenção do tabagismo	Fuma um ou mais cigarros	-	-	-	Não fuma

13 Abstenção de bebidas alcoólicas	Ingere bebidas alcoólicas	-	-	-	Não ingere bebidas alcoólicas
14 Higiene pessoal	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
15 Esquema vacinal atualizado	Nunca se vacinou (vacina da gripe e pneumocócica)	Atraso no esquema vacinal de > 2 anos	Atraso no esquema vacinal de > 1 ano a 2 anos	Atraso no esquema vacinal de até 1 ano	Segue esquema vacinal
16 Uso regular da medicação prescrita	Não realiza o tratamento farmacológico corretamente	-	-	-	Segue o tratamento corretamente
<b>Domínio Tolerância ao estresse</b>					
17 Gerenciamento do estresse	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
18 Atividade de lazer	Nunca segue recomendações de atividades de lazer e repouso	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Papéis e Relacionamentos</b>					
19 Procura ajuda quando aparece sintomas de descompensação	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20 Rede de suporte familiar e social	Vínculos estressantes ou não possui	Vínculos muito superficiais	Vínculos superficiais	Vínculos moderados	Vínculos fortes

No quadro 14 está exposta a escala de avaliação do autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca (EAAPIC), contendo sete domínios e 20 itens. Os itens podem variar de 1 a 5 pontos, exceto cinco itens que podem receber a pontuação 1 ou 5. Assim, a pontuação da EAAPIC varia de 20 a 100 pontos. Vale lembrar que a interpretação da pontuação final após a utilização da escala será estabelecida em estudo posterior o qual contemplará os pólos experimental e analítico do modelo psicométrico utilizado como referencial teórico metodológico para a construção e validação da escala ora proposta. Destaca-se que o *layout* final da escala encontra-se no apêndice F.

## 7 CONCLUSÕES

Ao término deste estudo que versou sobre a construção e validação de conteúdo de uma escala para mensurar o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca e originou a Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAAPIC), pode-se realizar algumas conclusões apresentadas a seguir.

A revisão de literatura realizada para levantar dados e informações relevantes e pertinentes referentes ao construto em estudo, “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca”, foi fundamental para direcionar a construção da escala. Essa revisão foi realizada em livros de cardiologia, bem como nas bases de dados SCOPUS, CINAHL, PUBMED, COCHRANE e LILACS. Os sete livros e os 63 artigos selecionados possibilitaram a elaboração das definições operacionais e constitutivas relacionadas ao construto, além da identificação de 29 itens para formar a primeira versão da escala.

Os 29 itens que compuseram a primeira versão da escala foram: Controle dietético, Consumo de sal, Ingesta hídrica, Avaliação do peso corporal, Controle/ perda/manutenção de peso, Eliminação urinária, Prática de exercício físico, Atividade laboral, Repouso na descompensação aguda, Repouso diurno, Atividade sexual, Conhecimento sobre a IC, Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar, Acredita que pode viver feliz e saudável com IC, Monitorização e reconhecimento de sintomas, Autoexame de pés e tornozelos para edema, Acompanhamento com profissionais de saúde, Acompanhamento odontológico, Prática de tabagismo, Prática de etilismo, Higiene pessoal, Vacinação, Tratamento farmacológico, Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais, Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas, Controle de estresse e ansiedade, Atividade de lazer, Procura ajuda quanto se sente mal e Apoio Social.

Participaram da validação de conteúdo da escala, oito juízes, considerados *experts* na área de insuficiência cardíaca e/ou autocuidado, cuja média de idade foi 46 anos  $\pm$  7,8 anos, sendo quatro juízes do sexo feminino e quatro do masculino, quatro enfermeiros e quatro médicos. Os especialistas referiram experiência com insuficiência cardíaca de 5 a 27 anos com média de 15,5 anos  $\pm$  8,6 anos, e apenas dois mencionaram experiência anterior com a construção de escalas. Uma participante apresentava como maior titulação pós-doutorado em saúde coletiva. Dos cinco participantes que possuíam curso de doutorado, quatro tinham doutorado em Enfermagem e um em Cardiologia. Ressalta-se que dois juízes estavam cursando doutorado no momento da coleta de dados. E um tinha como maior titulação a especialização em cardiologia (residência médica).

Constatou-se que dos oito juízes, um atingiu a pontuação máxima (14 pontos) na adaptação do sistema de classificação dos experts, um obteve 12 pontos, dois alcançaram 10, um atingiu 8 e três conseguiram 7 pontos.

Em relação à validade aparente, esses itens iniciais foram submetidos ao crivo dos juízes, sendo, verificado que nove itens (2, 9, 10, 19, 20, 24, 25, 26 e 29) não foram considerados claros nem compreensíveis. No tocante à validade de conteúdo, os especialistas julgaram que 27 (93%) itens estavam associados à prática de autocuidado do paciente com IC, bem como foram tidos como relevantes para permanência na escala, tendo recebido parecer desfavorável, apenas os itens 5 (*Controle/manutenção/perda de peso*) e 10 (*Repouso diurno*) nesses dois quesitos. Portanto, esses dois itens foram retirados da escala mediante concordância inferior a 80%. Contudo, acatando algumas sugestões dos juízes, os itens *Eliminação urinária*, *Repouso na descompensação aguda*, *Autoexame de pés e tornozelos para edema*, *Autoadministração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais* e *Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas* também foram retirados da escala por terem sido considerados como redundantes, desnecessários e/ou compreendidos em outros itens. E os itens *Acredita que pode viver feliz e saudável com IC* e *Acompanhamento odontológico* foram suprimidos, sendo agrupados com os itens *Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar* e *Acompanhamento com profissionais de saúde*, respectivamente.

Ressalta-se que os itens considerados incompreensíveis e não claros sofreram modificações a fim de se tornarem mais inteligíveis e evitar ambiguidades e dúvidas que dificultassem a utilização da escala, bem como a mensuração do autocuidado de pacientes com IC.

Em relação aos domínios da escala, foram estabelecidos, inicialmente, sete domínios baseados nos da NANDA, quais sejam: Nutrição, Eliminação, Atividade e Repouso, Percepção e Cognição, Promoção da Saúde, Tolerância ao Estresse e Papéis e Relacionamentos.

A EAAPIC deverá ser utilizada por profissionais de saúde, durante suas consultas, e possui respostas em escala de *Likert* de cinco níveis com escores variando de 1 a 5, sendo um a pior nota referente ao autocuidado do paciente e cinco a melhor. Assim, quanto maior o valor, melhor o autocuidado do paciente com insuficiência cardíaca.

As possíveis respostas para cada item foram elaboradas, assim como os próprios itens, fundamentadas na revisão de literatura realizada na etapa inicial do estudo. Destaca-se que as respostas não são padronizadas e depende da especificidade de cada item e de cada paciente

conforme seu quadro clínico e as recomendações médicas. Contudo, observa-se que às respostas de alguns itens, como *Aceitação e adaptação da IC*, *Atividade sexual*, *Aceitação e adaptação da IC*, *Monitorização e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação da IC* e *Gerenciamento do estresse* foram atribuídos a seguinte pontuação, com significado favorável: nunca = 1, raramente = 2, às vezes = 3, frequentemente = 4 e sempre = 5. E para os itens com significado desfavorável, esses valores foram invertidos: nunca = 5, raramente = 4, às vezes = 3, frequentemente = 2 e sempre = 1.

Houve poucas contribuições dos juízes em relação às respostas dos itens dentro da escala o que pode ser destacado como uma das limitações do estudo. A contribuição voluntária dos juízes e o trabalho árduo e dispendioso com a necessidade de dedicação e tempo são as principais limitações e dificuldades dos estudos de validação, sendo encontrados e enfrentados também nesse estudo. A demora na entrega e algumas poucas sugestões dos juízes foram algumas das dificuldades com as quais as pesquisadoras se depararam.

Assim, levando em consideração à análise e sugestões dos juízes, ao final do estudo a escala ficou constituída por 20 itens, dos quais três (*Prática de tabagismo*, *Prática de etilismo* e *Tratamento farmacológico*) receberam duas possíveis respostas, a saber: 1 = fuma, ingere bebidas alcoólicas e não usa as medicações corretamente e 5 = não fuma, não ingere bebidas alcoólicas e usa as medicações corretamente, respectivamente.

A escala de avaliação do autocuidado de paciente com insuficiência cardíaca obteve um valor de coeficiente de correlação intraclass (ICC) de 0,827 ( $p= 0,001$ ), o que revela que a escala é representativa do conteúdo do construto, tendo tido boa concordância entre os juízes.

Apesar dos achados dessa pesquisa terem sido analisados por meio de testes estatísticos que comprovaram a representatividade do construto “autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca” na escala, recomenda-se a avaliação das propriedades psicométricas, validade e confiabilidade, do instrumento. Só assim, será aceitável dizer que a Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca é válida e confiável para ser utilizada na prática clínica e pesquisa de enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Assim, ressalta-se que será realizada, em estudo posterior, a validação clínica com a avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com Insuficiência Cardíaca. A avaliação do autocuidado válida e confiável é imperativa, pois o autocuidado é essencial para promoção da saúde desses pacientes e deve ser considerado, orientado e estimulado conforme as especificidades de cada paciente.

Vale destacar que a escala receberá nova avaliação dos juízes antes da validação clínica a fim de que as mudanças realizadas mediante a primeira apreciação e sugestões acatadas sofram julgamento dos mesmos no intuito de tornar a utilização da escala o mais simples e factível possível.

O enfermeiro tem importante papel na promoção da saúde das pessoas com IC, como educador em saúde, responsável pelo cuidado do paciente e da família na busca de melhorias na condição de saúde, utilizando estratégias para promover mudanças que habilitarão a convivência com a sua situação de saúde. Assim, o enfermeiro, bem como os demais profissionais de saúde, ao utilizarem a EAAPIC, como tecnologia, na assistência ao paciente com IC estará oferecendo uma assistência diferencial e de qualidade, uma vez que a escala proporciona a mensuração do autocuidado e a identificação dos déficits. Desse modo, como principais implicações do estudo para a prática, o enfermeiro realizará suas atividades de educação em saúde conforme a necessidade, incentivando o paciente a seguir corretamente o tratamento e realizar seu autocuidado, além de estabelecer medidas de promoção da saúde, estará contribuindo para o reconhecimento e engrandecimento da profissão.

A Escala de Avaliação de Autocuidado de Paciente com Insuficiência Cardíaca configura-se como de grande relevância para a promoção de saúde de pacientes com IC já que é um instrumento capaz de identificar déficits e necessidades de autocuidado a serem trabalhados e melhorados por meio de atividades educativas e de acompanhamento realizadas pelos profissionais de saúde. Assim, os pacientes se envolvem num processo de capacitação e autonomia de modo a atuar na melhoria de sua qualidade de vida, tornando-se pro-ativos na tomada de decisão quanto ao modo de viver, assumindo responsabilidades quanto aos comportamentos que levam ou não à qualidade de vida. Portanto, a aplicação da EAAPIC torna-se uma ferramenta indispensável para a promoção de saúde de pacientes com IC e para a qualidade da prestação do cuidado a essa clientela.

Espera-se ter contribuído com uma tecnologia de enfermagem leve-dura que facilite a avaliação do autocuidado de pacientes com IC de modo a orientar os enfermeiros na realização da consulta de enfermagem baseada nas reais necessidades do paciente com IC, estabelecendo um plano de cuidados individualizado conforme os déficits de autocuidado encontrados, subsidiando desenhos de intervenção e elegendo a melhor forma de atuação e acompanhamento desses pacientes.

Conclui-se, deste modo, que foi possível construir uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca e que a mesma envolve e representa o conteúdo do construto que pretende medir devido seu bom valor do ICC.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, J.W.C.; ANDRADE, D.F.; VASCONCELOS, A.R.; ARAUJO, A.M.S.; BATISTA, M.J. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto, MG. **Anais...** Ouro Preto, 2003.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart and stroke statistical update**. Dallas: American Heart Association, 2002.

ARAÚJO, D. V.; TAVARES, L. R.; VERÍSSIMO, R.; FERRAZ, M.B.; MESQUITA, E.T. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 84, p. 422-4277, 2005.

ARTALEJO, F.R.; CASTILLÓN, P.G.; OTERO, C.M.; HERRERA, M.C.; OCHOA, C.C. *et al.* El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. **Rev Clin Esp.**, v. 208, n. 6, p. 269-275, 2008.

ARTINIAN, N.T.; MAGNAN, M.; SLOAN, M.; LANGE, M.P. Self-care behaviors among patients with heart failure. **HEART & LUNG**, v. 31, n. 3, p. 161-172, 2002.

BARRETO, A. C. P. Tratamento da Insuficiência Cardíaca Crônica. In: SERRANO JUNIOR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. (Ed.). **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 1065-1073.

BENTO, V. F. R.; BROFMAN, P. R. S. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba-Paraná. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 6, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009000600013&1a1n6](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000600013&1a1n6)>. Acesso em: 10 out. 2011.

BOCCHI, E. A.; BRAGA, F. G. M.; FERREIRA, S. M. A.; ROHDE, L. E. P.; OLIVEIRA, W. A.; ALMEIDA, D. R. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, supl. 1, p. 1-71, 2009.

BOCCHI, E. A.; VILAS-BOAS, F.; PERRONE, S.; CAAMAÑO, A. G.; CLAUSELL, N.; MOREIRA, M. C. V. et al. I Latin American Guidelines for the Assessment and Management of Decompensated Heart Failure. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 85, supl. 3, p. 1-47, 2005.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, I.; CAVALCANTI, A. C. D.; SANTANA, R. F.; QUELUCI, G. C.; AZEVEDO, S. L. Uma sociopoética do autocuidado: comportamento de estudantes de enfermagem visando à promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n.2, p. 280-288, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS**. Brasília, DF, 2007.

BRITZ, J. A.; DUNN, K. S. Self-care and quality of life among patients with heart failure. **J. Am. Acad. Nurse Practitioners**, v. 22, 480–487, 2010.

BUCK, P.; ARTEGA, E.; TIRONE, A. Formas de abordagem do profissional de enfermagem no seguimento de pacientes com cardiomiopatia e insuficiência cardíaca. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 13, n. 4, p. 541-546, jul./ago. 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CALDWELL, M. A.; PETERS, K. J.; DRACUP, K. A. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. **Am. Heart J.**, v. 150, n. 5, p. 983.e8- 983.e12, 2005.

CAMERON, J.; WORRALL-CARTER, L.; PAGE, K.; STEWART, S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 9, p. 92–100, 2010.

CARVALHO, R. T. Insuficiência Cardíaca. In: LAGE, S. G.; RAMIRES, J. A. F. **Cardiologia no internato: bases teórico-práticas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CARVALHO, S. C.; SILVA, C. P.; FERREIRA, L. S; CORRÊA, S. A. Reflexo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na consulta de enfermagem. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em:<<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/viewFile/91/101>>. Acesso em: 2 set. 2011.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégia, validade e confiabilidade**, 1987. 142 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CAVALCANTI, A. C. D.; CORREIA, D. M. S.; QUELUCI, G. C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 194-199, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>>. Acesso em: 2 set. 2011.

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 6, Dec. 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 nov. 2011.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 255 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n.2, p.513-515, 2008.

CHEN, A. M. H.; YEHLE, K. S.; PLAKE, K. S.; MURAWSKI, M. M.; MASON, H. L. Health Literacy and Self-care of Patients With Heart Failure. **J. Cardiovasc. Nurs.**, 2011.

CHRISS, P. M.; SHEPOSH, J.; CARLSON, B.; RIEGEL, B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. **Heart Lung**, v. 33, p. 345-353, 2004.

CLARK, A. M.; DAVIDSON, P.; CURRIE, K.; KARIMI, M.; DUNCAN, A. S.; THOMPSON, D. R. Understanding and Promoting Effective Self-care During Heart Failure. **Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med.**, v. 12, p. 1-9, 2010.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000600015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2011.

COLONNA, P.; SORINO, M.; D'AGOSTINHO, C.; BOVENZI, F.; DELUCA, L.; ARRIGO, F. et al. Nonpharmacologic Care of Heart Failure: Counseling, Dietary Restriction, Rehabilitation, Treatment of Sleep Apnea, and Ultrafiltration. **Am. J. Cardiol.**, v. 91, p. 41F-50F, 2003.

CONSOLIM, C. F. M.; ATALA, M. M. Síndrome metabólica como fator de risco para insuficiência cardíaca. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 14, n. 4, p. 616-629, 2004.

CROZETA, K.; TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; DANSKI, M. T. R. Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n.1, p. 120-126, 2009.

DEEDWANIA, P. C.; CARBAJAL, E. V. Congestive Heart Failure. In: CRAWFORD, M. H. (Org.). **Current diagnosis & treatment: cardiology**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, 2009. p. 203-220.

DICKSON, V. V.; DEATRICK, J. A.; RIEGEL, B. A typology of heart failure self-care management in non-elders. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 7, p. 171-181, 2008.

DINIZ, R. V. Z. Tratamento da insuficiência cardíaca Congestiva. In: STEFANI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A. C. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de cardiologia**. São Paulo: Manole, 2005.

DU, H.Y.; NEWTON, P.J.; ZECCHIN, R.; DENNISS, R.; SALAMONSON, Y.; EVERETT, B.; CURREW, D. C.; MACDONAL, P. S.; DAVIDSON, P. M. An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 12, n. 63, 2011.

DUNAGAN, C.; LITTENBERG, B.; EWALD, G. A.; JONES, C. A.; EMERY, V. B.; WATERMAN, B. M.; SILVERMAN, D. C.; ROGERS, J. G. Randomized Trial of a Nurse Administered, Telephone-Based Disease Management Program for Patients With Heart Failure. **J. Cardiac Failure**, v. 11, n. 5, p. 358-365, 2005.

DUNBAR, S. B.; CLARK, P. C.; QUINN, C.; GARY, R. A.; KASLOW, N. J. Family influences on HF self care and outcomes. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 23, n. 3, p. 258–265, 2008.

DUNDERDALE, K.; THOMPSON, D. R.; MILES, J. N. V.; BEER, S. F.; FURZE, G. Quality of life in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? **Eur. J. Heart Failure**, v. 7, n. 4, p. 572-582, 2005.

DUTRA, O. P. II Diretriz brasileira de cardiopatia grave. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006001500024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001500024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2011.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROLL-JOHNSON, R.M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippicott, 1994, p. 55-62.

FELKER, G. M.; ADAMS, K. F.; KONSTAM, M. A.; O'CONNOR, C.M.; GHEORGHIADÉ, M. The problem of descompensated heart failure: nomenclature, classification and risk stratification. **J. Am. College Cardiol.**, v. 43, n. 9, p. 1542-1549, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **O minidicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FERREIRA, M. C. S.; GALLANI, M. C. B. J. Insuficiência Cardíaca: antiga síndrome, novos conceitos e a atuação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 out. 2010.

FINI, A. **Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FONSECA, R. M. P. **Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil**: trinta anos após o SAEP. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FREYDBERG, N.; STRAIN, L.; TSUYUKI, R.T.; MCALISTER, F. A.; CLARK, A.M. “If he gives in, he will be gone.”: The influence of work and place on experiences, reactions and self-care of heart failure in rural Canada. **Soc. Sci. Med.**, v. 70, p. 1077–1083, 2010.

GALLAGER, R.; LUTTIK, M. L.; JAARSMA, T. Social Support and Self-care in Heart Failure. **J. Cardiovasc. Nurs.**, 2011

GALLAGHER, R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 9, p. 153–160, 2010.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.11, n.3, p. 24-31, 1998.

GARY R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. **Heart Lung**, v. 35, p. 9 – 19, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**, 3 ed. São Paulo : Atlas, 2002.

HAMMER, J. B. State of the Science Posthospitalization Nursing Interventions in Congestive Heart Failure. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 28, n. 2, p. 175-190, 2005.

HESS, M. L. **Doenças cardíacas: primeiros cuidados**. São Paulo: Manole, 2002.

HOLST, M.; STROMBERG, A.; LINDHOLM, M.; WILLENHEIMER, R. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weight, symptoms, quality of life, and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. **J. Clin. Nurs.**, v. 17, p. 2318-2326, 2008.

HSIEH, S. F.; HU, G. C.; CHUANG, Y. C.; CHEN, C. Y.; HU, Y. N. The effects and safety of exercise training in subjects with chronic heart failure do elder subjects gain similar benefits? **Int. J. Gerontol.**, v. 4, p. 165-170, 2010.

HUNT, S. A. et al. ACC/AHA Guidelines for evaluation and management of chronic heart failure in adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for evaluation and management of heart failure): Developed in collaboration with the international society for heart and lung transplantation. Endorsed by Heart Failure Society of America. **Circulation**, n. 104, p. 2296-3007, 2001.

HUNT, S. A. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 36, n.6, p. e1-82, 2005.

JAARSMA, T.; HALFENS, R.; TAN, F.; ABU-SAAD, H.H.; DRACUP, K.; DIEDERIKS, J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. **Heart Lung**, v. 29, p. 319-330, 2000.

JAARSMA, T.; ABU-SAAD, H.H.; DRACUP, K.; HALFENS, R. Self-care Behaviour of Patients with Heart Failure. **Scand. J. Caring Sci.**, v. 14, p.112–119, 2000.

JAARSMA, T.; HALFENS, R.; ABU-SAAD, H.H.; DRACUP, K.; GORGELS, T.; REE, J.V.; STAPPERS, J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. **Eur. Heart J.**, v. 20, p. 673–682, 1999.

KEEVES, J. P. Measurement for educacional research. In: \_\_\_\_\_. **Educational research, methodology and measurement**. 2<sup>nd</sup> ed. Great Britain: Pergamon Press, 1990. p. 322-330.

KICKBUSCH, I. Self care in health promotion. **Soc. Sci. Med.**, v. 29, n. 2, p. 125-130, 1989.

LAINSCAK, M.; BLUE, L.; CLARK, A.L.; DAHLSTROM, U.; DICKSTEIN, K.; EKMAN, I. *et al.* Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **Eur. J. Heart Failure**, v.13, p. 115–126, 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2010.

LAMARÃO, R. C.; NAVARRO, F. Aspectos nutricionais promotores e protetores das doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Obesidade Nutr. Emagrecimento**, v.1, n.4, p. 57-70, 2007.

LATADO, A. L.; PASSOS, L.C.S.; BRAGA, J.C.V.; SANTOS, A.; GUEDES, R.; MOURA, S.S. *et al.* Preditores de letalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca avançada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n.2, p. 185-192, 2006.

LEE, C.S.; TKACS, N.C.; RIEGEL, B. The Influence of Heart Failure Self-Care on Health Outcomes: Hypothetical Cardioprotective Mechanisms. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 24, n.3, p. 179–189, 2009.

LEITE, M.T.; BATTISTI I.D.E.; BERLEZI, M.B.; SCHEUER, A.I. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

LIMA, F. E. T.; NUNES, D. D.; FREITAS, D. L.; CUSTÓDIO, I. L.; SANTOS, F. L. M. M.; OLIVEIRA, S. K. P.; MAGALHÃES, F. J. Características clínicas e sociodemográficas dos pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 4, n.4, p.1711-1718, 2010.

LIU, M. H.; HU, S. T.; KUO, L. T.; WANG, C. H.; TUNG, T. H. Self care ability among patients with HF. **J. Evid. Based Nurs.**, v. 4, n. 4, p. 277–288, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MADY, C. Situação atual do tratamento da insuficiência cardíaca no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001600013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 out. 2011.

MACABASCO-O`CONNELL, A.; DEWALT, D.A.; BROUCKSOU, K.A.; HAWK, V.; BAKER, D.W.; SCHILLINGER, D. *et al.* Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. **J Gen Intern Med**, 2011.

MANO, R. Insuficiência Cardíaca. In: \_\_\_\_\_. **Manuais de Cardiologia**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/ICC/icc.htm>>. Acesso em: 06 set. 2010.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D.; RAMIRES, J.A.F. Vacina contra o vírus da influenza e mortalidade por doenças cardiovasculares na cidade de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 4, Oct. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001000013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001000013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001000013>.

MARGOTO, G.; COLOMBO, R. C. R.; GALLANI, M. C. B. J. Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n. 1, p. 44-53, 2009.

MARTINEZ, E. C. **Fatores de Risco de Doença Aterosclerótica Coronariana em Militares da Ativa do Exército Brasileiro com idade superior a 40 anos**. 2004. 192 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/martinezecm.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

MEDEIROS, J. F. Atividade física e exercício físico e os efeitos profiláticos nas doenças cardiovasculares. **Rev. Digital**, v. 15, n. 148, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd148/atividade-fisica-e-doencas-cardiovasculares.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2011.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams& Wilkins, 2005. p. 3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MORESI, E. (Org.). **Metodologia de pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

MOSER, D.; WATKINS, J. F. Conceptualising self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics. **J. Cardiovasc. Nurs.**, p. 205–218, 2008.

MYERS, S.; GRANT, R.W.; LUGN, N.E.; HOLBERT, B.; KVEDAR, J. C. Impact of Home-Based Monitoring on the Care of Patients With Congestive Heart Failure. **Home Health Care Manag. Pract.**, v. 18, n. 6, p. 444-451, 2006.

NANDA International. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011**. Indianapolis: Wiley-Blackwell, 2009.

NOVAIS, E.; CONCEIÇÃO, A.P.; DOMINGOS, J.; DUQUE, V. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Revista HCPA**, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2009.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometry theory**. New York: Mc Graw-Hill, 1994.

O'CONNELL, M.; DEWALT, D.A.; BROUCKSOU, K.A.; HAWK, V.; BAKER, D.W.; SCHILLINGER, D.; et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. **J. Gen. Intern. Med.**, 2011.

OLIVEIRA, M. C.; SICHIERI, R. Fracionamento das refeições e colesterol sérico em mulheres com dieta adicionada de frutas ou fibras. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, Dec. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 out. 2011.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia inovadora. 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2006.

OLIVEIRA, S. K. P.; GUEDES, M. V. C.; LIMA, F. E. T. Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, p. 112-120, 2010.

OLIVEIRA, S. K. P.; LIMA, F. E. T.; ARAUJO, L. B. M. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 63., 2011, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2011.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby, 1995.

OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.

PAIZAN, M. L.; MARTIN, J. F. V. Associação entre doença periodontal, doença cardiovascular e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 16, n. 3, p. 183-185, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 1999.

PAVANELLO, R.; BACAL, F. Tratamento da Insuficiência Cardíaca Aguda Descompensada. In: SERRANO, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. (Ed.). **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 1055-1064.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, Apr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2011.

PELEGRINO, V. M. **Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial**. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 4. ed. Lisboa: Editora Silabo, 2005.

PINHEIRO, R. M.; WANNMACHER, L. Uso racional de anti-inflamatórios não esteróide. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**, n. 5, p. 1-15, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2004.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

QUEIROZ, A. P. O.; MATOS, D. P. M.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. Methodological aspects used in the scientific production about nursing consultation: an integrative review. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3043>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

RABELO, E. R. R.; ALIT, G. B.; DOMINGUES, F. B.; RUSCHEL, K. B.; BRUN, A. O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Feb. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2010.

RABELO, E. R.; ALITI, G. B.; GOLDARICH, L.; DOMINGUES, F. B.; CLAUSELL, N.; ROHDE, L. E. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 3, p. 352-358, 2006.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

RIEGEL, B.; MOSER, D.K.; ANKER, S.D.; APPEL, L.J.; DUNBAR, S.B.; GRADY, K.L.; *et al.* Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v.120, p. 1141-1163, 2009.

RIEGEL, B.; DICKSON, V.V. A situation-specific theory of heart failure self-care. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 23, n.3, p. 190–196, 2008.

RIEGEL, B.; DICKSON, V.; GOLDBERG, L.; DEATRICK, J. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. **Nurs. Res.**, v. 56, n. 4, p. 235–243, 2007.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 8, n. 6, p.: 244-254, 2002.

ROCHA, L.A.; SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 484-493, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>>. Acesso em: 2 set. 2011.

ROSSI NETO, J. M. A dimensão do problema da IC do Brasil e do mundo. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 1, p. 1-10, 2004.

SANTOS, M. C. L.; SOUSA, F. S.; OLIVEIRA, M. S.; SILVA, A. P. S.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Ambulatorial consultation of brazilian nursing oncology - an integrative review. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 8, n. 1, jan. 2009. Disponível em:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/articl/view/2058>>. Acesso em: 2 set. 2011.

SCHMIDT, S.; SCHUCHERT, A.; KRIEG, T.; OEFF, M. Home Telemonitoring in Patients With Chronic Heart Failure. A Chance to Improve Patient Care? **Dtsch. Arztebl. Int.**, v. 107, n. 8, p. 131–138, 2010.

SCHNEIDER, D. G. **A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco**. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2002.

SHAH, S. J. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. In: CRAWFORD, M. H. (Org.). **Current Diagnosis & Treatment: cardiology**. 3<sup>rd</sup> ed. McGraw-Hill Companies, 2009. p. 220-232.

SIMÕES, M. V.; MARQUES, F.; O'CONNEL, J. L. Diagnóstico, Classificação e Avaliação Prognóstica da Insuficiência Cardíaca Crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO JR, C.V. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005. seção 7, cap. 3, p. 750-761.

SIMONETTI, S. H.; MIGUEL, D. S.; CESARINO, R. A. S.; BARBOSA, S. P. Um planejamento minucioso para uma consulta de enfermagem efetiva ao portador de insuficiência cardíaca de ventrículo direito. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado, RS. **Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser: livros-temas**. Brasília, DF: ABEn, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA, E. L. B.; LOPES, J. C. A.; GASPAR JUNIOR, A. A.; SILVA, K. L. M.; SILVA, A. R. S.; SILVA, E. F.; GASPAR, G. S. A doença periodontal como fator de risco para as doenças cardiovasculares. **Int. J. Dent.**, v. 1, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewFile/174/125>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

STILLWELL, S. B.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; WILLIAMSON, K. M. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. **AJN**, v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010.

STROMBERG, A.; MARTENSSON, J.; FRIDLUND, B.; LEVIN, L.A.; KARLSSON, J.E.; DAHLSTROM, U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised trial. **Eur. Heart J.**, v. 24, p. 1014-1023, 2003.

SWEDBERG, K.; CLELAND, J.; DARGIE, H.; DREXLER, H.; FOLLATH, F.; KOMAJDA, M. *et al.* Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. **Eur. Heart J.**, v.26, n. 11, p. 1115-1140, 2005.

TIMBY, B. K. **Conceito e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMERMAN, A.; PEREIRA, M. P. Tratamento atual da insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.10, n.1, p. 65-75, jan./fev. 2000.

TOMITA, M. R.; TSAI, B. M.; FISHER, N. M.; KUMAR, N. A.; WILDING, G.; STANTON, K.; NAUGHTON, B. J. Effects of multidisciplinary Internet-based program on management of heart failure. **J. Multidisciplinary Healthcare**, v. 2, p. 13–21, 2009.

TRAVERS, B. *et al.* Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability. **J. Cardiac Fail.**, v.13, p. 128-132, 2007.

TUNG, H. H.; CHEN, S. C.; YIN, W. H.; CHENG, C. H.; WANG, T. J.; WU, S. F. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, 2011.

VILAS-BOAS, F.; FOLLATH, F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 86, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006001600022&lng=isso&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600022&lng=isso&nrm=isso)>. Acesso em: 10 out. 2009.

WALTZ, C. F.; STRIKLAND, O. L.; LENZ, E. R. Measurement in nursing research. Philadelphia: Editora Davis Company, 1991.

WRIGHT, S. P.; WALSH, H.; INGLEY, K. M.; MUNCASTER, S. A.; GAMBLE, G. D.; PEARL, A. *et al.* Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. **Eur. J. Heart Failure**, v. 5, p. 371–380, 2003.

YU, D. S. F.; LEE, D. T.; THOMPSON, D. R.; JAARSMA, T.; WOO, J.; LEUNG, E.M. Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 48, p. 458–467, 2011.

**APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados na revisão integrativa**

Título:
Autores:
Revista: Volume/Número/Ano: Páginas: Cidade de desenvolvimento do estudo: Tipo de estudo: Amostra: Local de coleta de dados:
<b>FICHAMENTO:</b>

## APÊNDICE B - Carta Convite

Prezado(a) Dr(a)

Meu nome é Shériida Karanini Paz de Oliveira, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção e validação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francisca Elisângela Teixeira Lima.

Solicitamos a sua colaboração como especialista em insuficiência cardíaca (IC). Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação dos itens da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, bem como de suas definições conceituais e operacionais. Diante desse instrumento o Sr.(a) julgará a representatividade de indicadores para a avaliação do autocuidado desses pacientes.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail, correspondência convencional ou em mãos). Caso manifeste a sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e a escala de avaliação do autocuidado de pacientes com IC. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta seu endereço completo e atualizado para o envio do material descrito anteriormente.

Gostaríamos, se possível, que o Sr. (a) indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

**Shériida Karanini Paz de Oliveira**

[karanini@yahoo.com.br](mailto:karanini@yahoo.com.br)

## APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) Participante:

Meu nome é Shériida Karanini Paz de Oliveira, sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo, como dissertação, uma pesquisa intitulada “Construção e validação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca”, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Francisca Elisângela Teixeira Lima. O objetivo da pesquisa é construir e verificar a validade de conteúdo da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

O benefício do estudo consiste na construção de um instrumento válido que possa mensurar o autocuidado de pacientes com IC a fim de melhor direcionar a assistência de enfermagem prestada a essa clientela, bem como aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Inicialmente agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua participação é fundamental em virtude da limitada quantidade de profissionais que trabalham com essa temática e constará do julgamento da adequação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, bem como de suas definições conceituais e operacionais.

Garantimos que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução dessa pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. O(a) senhor(a) terá acesso às mesmas caso as solicite. Asseguramos ainda que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecidas possíveis dúvidas que possam ocorrer. Além disso, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta **em um período máximo de 10 dias**. Para contato que se façam necessários, informamos-lhe os meus contatos e os de minha orientadora.

Pesquisadora: Shériida Karanini Paz de Oliveira. Endereço: Rua Desembargador Praxedes, 1246 – Bairro Montese – Fortaleza-CE. Telefone: (85) 3491 5286 / (85) 9924 1023. e-mail: [karanini@yahoo.com.br](mailto:karanini@yahoo.com.br)

Orientadora: Francisca Elisângela Teixeira Lima. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Bairro Rodolfo Teófilo – Fortaleza-CE. Telefone: (85) 3366.8459. e-mail: [felisangela@yahoo.com.br](mailto:felisangela@yahoo.com.br)

Se julgar conveniente, outro contato poderá ser feito com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – (085) 3366-8344. Considero sua colaboração muito valiosa, pelo que agradeço seu aceite quanto ao convite formulado.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

_____ Assinatura do participante	_____ Assinatura do responsável pela coleta de dados	DIGITAL
_____ Assinatura da testemunha	_____ Assinatura do Pesquisador	

## APÊNDICE D - Formulário de avaliação da escala

### PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

#### Identificação

1. Sexo: 1 (  ) Feminino    2 (  ) Masculino    2. Idade: \_\_\_\_\_
2. Instituição na qual trabalha: \_\_\_\_\_
3. Área de atuação: \_\_\_\_\_
4. Experiência com insuficiência cardíaca (anos): \_\_\_\_\_
5. Experiência anterior com construção de escalas: 1 (  ) sim 2 (  ) não
6. Participação em algum projeto/grupo de pesquisa: 1 (  ) sim 2 (  ) não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### Formação

7. Formação: \_\_\_\_\_
8. Escola na qual se graduou: \_\_\_\_\_
9. Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_
10. Maior titulação: 1 (  ) Especialista    2 (  ) Mestre    3 (  ) Doutor

#### Por favor, responda às seguintes questões. (Você pode marcar mais de uma opção)

11. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática *Insuficiência cardíaca e/ou autocuidado* na forma de:  
 1 (  ) Monografia de graduação    2 (  ) Monografia de especialização    3 (  ) Dissertação    4 (  ) Tese  
 5 (  ) Artigos científico    6 (  ) Outros    12. Se sim, qual(is) aspecto(s)? \_\_\_\_\_
13. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Insuficiência cardíaca e/ou autocuidado*? 1 (  ) Sim  
 2 (  ) Não
14. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?  
 1 (  ) Hospital    2 (  ) Unidade Básica de Saúde    3 (  ) Instituição de Ensino    4 (  ) Outro: \_\_\_\_\_
15. Utiliza/utilizou algum tipo de instrumento/ escala em sua prática profissional (assistência)?  
 1 (  ) Sim    2 (  ) Não
16. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_    17. (  ) qual? \_\_\_\_\_
18. Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos portadores de *Insuficiência cardíaca*?

1 ( ) Sim    19. Local: \_\_\_\_\_ 20. Tempo: \_\_\_\_\_ 2 ( ) Não

21. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *Insuficiência cardíaca e/ou autocuidado*?

1 ( ) Sim                    2 ( ) Não

## PARTE 2 – VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

1) As práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) encontradas na literatura referente à temática encontram-se listadas. Para cada item proposto, de acordo com seu conhecimento e experiência, responda às questões de 1 a 5. Você deve assinalar com um “X” a pertinência dessas respostas em relação a cada item. Caso tenha alguma consideração a fazer sobre o item, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

	Item da escala	1. Este item lhe parece claro e compreensível?	2. Este item está associado à prática de autocuidado de pacientes com IC?	3. O item se refere ao domínio:	4. A presença na escala é relevante?	5. Qual o grau de relevância?	Sugestões
1	Controle dietético Itens: 1) Equilíbrio dos grupos alimentares carboidratos, proteínas e lipídios; 2) frutas e hortaliças; 3) laticínios sem gordura; 4) óleo vegetal, sem frituras; 5) carne branca e magra.	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
2	Consumo de sal (Restrição salina)	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	

<b>3</b>	Ingestão hídrica	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1. Sim ( ) 2. Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>4</b>	Avaliação do peso corporal	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1. Sim ( ) 2. Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>5</b>	Controle/ perda/ manutenção de peso  ≥ 65 anos  < 65 anos	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>6</b>	Eliminações urinárias	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>7</b>	Prática de exercício físico (Considerar tempo mínimo da sessão 30 minutos) OBS.: No caso da classe funcional IV ou ter outros sintomas limitantes, considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	

<b>8</b>	Atividade laboral	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>9</b>	Repouso na descompensação aguda	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>10</b>	Repouso diurno	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>11</b>	Atividade sexual	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>12</b>	Conhecimento sobre a IC (o que é IC, sintomas, tratamento)	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>13</b>	Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem	

	adaptar			5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )		relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
14	Acredita que pode viver feliz e saudável mesmo com IC	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
15	Monitorização e reconhecimento de sintomas	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
16	Autoexame de pés e tornozelos para edema	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
17	Acompanhamento com profissionais de saúde (médico, enfermeiro, outros)	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
18	Acompanhamento odontológico	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
19	Prática de tabagismo	1 Sim ( )	1 Sim ( )	1 Nutrição ( )	1 Sim ( )	1 Muito	

		2 Não ( )	2 Não ( )	2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	2 Não ( )	irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>20</b>	Prática de etilismo (10-20g/dia) 10g = 1 copo de 200 ml de chope, 1 copo de 90 ml de vinho/ 20g = uma dose de destilado/ 17g = lata de cerveja  OBS.: No caso de pacientes com IC de origem alcoólica considerar 1 para quem ingere bebida alcoólica ou 5 para quem não ingere, independente da quantidade.	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>21</b>	Higiene pessoal	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>22</b>	Vacinação  A recomendação é administrar a vacina da gripe anualmente e a pneumococcica a cada três anos.	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
<b>23</b>	Tratamento farmacológico	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( )	

				6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )		4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
24	Auto-administração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
25	Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
26	Controle de estresse e ansiedade	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
27	Atividade de lazer	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
28	Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso $\geq$ 2kg/dia, dispneia, edema nos MMII, náuseas)	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( ) 3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( ) 2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
29	Apoio social	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Nutrição ( ) 2 Eliminação ( )	1 Sim ( ) 2 Não ( )	1 Muito irrelevante ( )	

				3 Atividade e repouso ( ) 4 Cognição e Percepção ( ) 5 Promoção da saúde ( ) 6 Tolerância ao estresse ( ) 7 Papéis e relacionamentos ( )		2 Irrelevante ( ) 3 Nem irrelevante nem relevante ( ) 4 Relevante ( ) 5 Muito relevante ( )	
--	--	--	--	--	--	--	--

2) Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar ou sugerir a retirada de uma prática de autocuidado de paciente com insuficiência cardíaca, mencionando a(s) justificativa(s).

Sugestão de inclusão de novas práticas de autocuidado	Justificativa
Sugestão para retirada de práticas de autocuidado	Justificativa

3) Cada item relacionado à prática de autocuidado na escala possui cinco respostas possíveis cuja pontuação varia de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a pior nota (péssimo autocuidado) e 5 a melhor nota (ótimo autocuidado). Você deve assinalar com um “X” a pertinência dessas respostas em relação a cada item.

<b>PRÁTICA DE AUTOCUIDADO</b>						
<b>1. CONTROLE DIETÉTICO</b> Equilíbrio dos grupos alimentares (carboidratos, proteínas e lipídios; frutas e hortaliças; laticínios sem gordura; óleo vegetal, sem frituras; carne branca e magra.	<b>1. Muito impertinente</b>	<b>2. Impertinente</b>	<b>3. Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>4. Pertinente</b>	<b>5. Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1.1) 1 = Contempla um ou nenhum item						
1.2) 2 = Contempla dois itens						
1.3) 3 = Contempla três itens						
1.4) 4 = Contempla quatro itens						
1.5) 5 = Contempla cinco itens						
<b>2. CONSUMO DE SAL (Restrição salina)</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
2.1) 1 = > 6g/dia, mantendo quantidade anterior						
2.2) 2 = 5-6g/dia, reduzindo quantidade anterior						
2.3) 3 = 4-5g/dia						
2.4) 4 = 3-4g/dia						
2.5) 5 = 2-3g/dia						
<b>3. INGESTÃO HÍDRICA</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
3.1) 1 = Ingere líquidos cpm com variação acima de 750 ml ou não segue recomendações de restrição hídrica						
3.2) 2 = Ingere líquidos cpm com variação de até 750 ml						
3.3) 3 = Ingere líquidos cpm com variação de até 500 ml						
3.4) 4 = Ingere líquidos cpm com variação de até 250 ml						

3.5) 5 = Ingere líquidos conforme prescrição médica (cpm)						
<b>4. AVALIAÇÃO DO PESO CORPORAL</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
4.1) 1 = < 1x/semana ou não se pesa						
4.2) 2 = 1 a 2 dias/semana						
4.3) 3 = 3 a 4 dias/semana						
4.4) 4 = 5 a 6 dias/semana						
4.5) 5 = Diariamente						
<b>5. CONTROLE/ PERDA/ MANUTENÇÃO DE PESO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
5.1) 1 = < 65 anos: IMC $\geq$ 40,0 ou IMC < 18,0 kg/m <sup>2</sup>						
$\geq$ 65 anos: IMC $\geq$ 41 ou < 21,9 kg/m <sup>2</sup>						
5.2) 2 = < 65 anos: IMC= 35 a 39,9 ou IMC=18 a 19,9 kg/m <sup>2</sup>						
$\geq$ 65 anos: IMC= 36,1 a 40,9 kg/m <sup>2</sup>						
5.3) 3 = < 65 anos: IMC=30 a 34,9 kg/m <sup>2</sup>						
$\geq$ 65 anos: IMC= 31,1 a 36 kg/m <sup>2</sup>						
5.4) 4 = < 65 anos: IMC=25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup>						
$\geq$ 65 anos: IMC =27,1 a 31 kg/m <sup>2</sup>						
5.5) 5 = < 65 anos: IMC=20 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>						
$\geq$ 65 anos: IMC =22 a 27 kg/m <sup>2</sup>						
<b>6. ELIMINAÇÕES URINÁRIAS</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>

6.1) 1 = Não realiza controle da quantidade de urina						
6.2) 2 = Raramente controla quantidade de urina						
6.3) 3 = Às vezes controla quantidade de urina						
6.4) 4=Freqüentemente controla quantidade de urina						
6.5) 5 = Sempre controla quantidade de urina						
<b>7. PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
7.1) 1 = 1dia/semana ou não pratica						
7.2) 2 = 2 dias/semana						
7.3) 3 = 3 dias/semana						
7.4) 4 = 4 dias/semana						
7.5) 5 = $\geq 5$ dias/semana						
<b>8. ATIVIDADE LABORAL</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
8.1) 1 = Com esforço (> 8h/dia ou > 40h/semana)						
8.2) 2 = Com esforço (8h/dia)						
8.3) 3 = Com esforço (4-6h/dia)						
8.4) 4 = Sem esforço (> 8h/dia)						
8.5) 5 = Sem esforço ( $\leq 8h/dia$ ) ou não trabalha						
<b>REPOUSO NA DESCOMPENSAÇÃO AGUDA</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca						
2 = Raramente						
3 = Às vezes						

4 = Frequentemente						
5 = Sempre						
<b>REPOUSO DIURNO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = 1 dia/ semana ou não repousa						
2 = 2 dias/ semana						
3 = 3 dias/ semana						
4 = 4 dias/ semana						
5 = $\geq$ 5 dias/ semana						
<b>ATIVIDADE SEXUAL</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca segue recomendações de abstinência sexual						
2 = Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
3= Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
4 = Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
5 = Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
<b>CONHECIMENTO SOBRE A IC (O QUE É IC, SINTOMAS CLÁSSICOS, TRATAMENTO)</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Péssimo						
2 = Ruim						
3 = Regular						
4 = Bom						
5 = Excelente						
<b>ACREDITA QUE IC É UMA DOENÇA QUE PODE SER CONTROLADA E COM A QUAL PODE SE ADAPTAR</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>

1 = Nunca						
2 = Raramente						
3 = Às vezes						
4 = Frequentemente						
5 = Sempre						
<b>ACREDITA QUE PODE VIVER FELIZ E SAUDÁVEL MESMO COM IC</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca						
2 = Raramente						
3 = Às vezes						
4 = Frequentemente						
5 = Sempre						
<b>MONITORIZAÇÃO E DE RECONHECIMENTO DE SINTOMAS</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Não consegue reconhecer os sintomas						
2 = Raramente consegue reconhecer os sintomas						
3 = Às vezes consegue reconhecer os sintomas						
4 = Frequentemente consegue reconhecer os sintomas						
5 = Sempre consegue reconhece os sintomas da doença						
<b>AUTOEXAME DE PÉS E TORNOZELOS PARA EDEMA</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = < 1x/semana ou não realiza						
2 = 1 a 2 dias/semana						
3 = 3 a 4 dias/semana						
4 = 5 a 6 dias/semanas						
5 = Diariamente						

<b>ACOMPANHAMENTO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICO, ENFERMEIRO, OUTROS)</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca comparece às consultas agendadas ou apenas quando se sente mal ou para receber medicações						
2 = Raramente comparece às consultas agendadas						
3 = Às vezes comparece às consultas agendadas						
4 = Frequentemente comparece às consultas agendadas						
5 = Sempre comparece às consultas agendadas						
<b>ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Não realiza						
2 = Apenas quando apresenta problema						
3 = Menos de uma vez ao ano						
4 = Anualmente						
5 = Semestralmente						
<b>PRÁTICA DE TABAGISMO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Sempre fuma						
2 = Frequentemente fuma ou fumante passivo						
3 = Às vezes fuma						
4 = Raramente fuma						
5 = Nunca fuma						
<b>PRÁTICA DE ETILISMO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>

1 = Sempre ingere bebidas alcoólicas (sem restrições)						
2 = Frequentemente bebe acima de 10-20g de álcool/dia ( $\geq 4$ vezes/mês)						
3 = Às vezes bebe acima de 10-20g de álcool/dia (1-3 vezes/mês)						
4 = Raramente bebe acima de 10-20g de álcool/dia ( $< 1$ vez/semana)						
5 = Nunca ingere bebidas alcoólicas acima de 10-20g de álcool/dia						
<b>HIGIENE PESSOAL</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Péssima						
2 = Ruim						
3 = Regular						
4 = Boa						
5 = Excelente						
<b>VACINAÇÃO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca se vacinou (vacina da gripe e penumococcica)						
2 = Atraso no esquema vacinal de $> 2$ anos						
3 = Atraso no esquema vacinal de $> 1$ ano a 2 anos						
4 = Atraso no esquema vacinal de até 1 ano						
5 = Segue esquema vacinal						
<b>TRATAMENTO FARMACOLÓGICO</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Não realiza o tratamento farmacológico						
2 = Ingere medicamentos apenas quando apresenta manifestações						

clínicas							
3= Segue o tratamento inadequadamente com medicamentos, horários e doses erradas							
4 = Segue o tratamento com medicamentos certos, mas nos horários certos e doses erradas ou horários errados e doses certas							
5 = Segue o tratamento corretamente (medicamentos prescritos nos horários e doses certas)							
<b>AUTO-ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM EFEITOS CARDÍACOS COLATERAIS (EX: AINES)</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>	
1 = Sempre							
2 = Frequentemente							
3 = Às vezes							
4 = Raramente							
5 = Nunca							
<b>ENVOLVIMENTO EM QUE ESTRATÉGIAS MELHOREM SINTOMAS</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>	
1 = Nunca							
2 = Raramente							
3 = Às vezes							
4 = Frequentemente							
5 = Sempre							
<b>CONTROLE DE ESTRESSE E ANSIEDADE</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>	
1 = Nunca							
2 = Raramente							
3 = Às vezes							

4 = Frequentemente						
5 = Sempre						
<b>ATIVIDADE DE LAZER</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca segue recomendações de atividades de lazer e repouso						
2 = Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
3 = Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
4 = Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
5 = Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações						
<b>PROCURA AJUDA QUANDO SE SENTE MAL (AUMENTO DE PESO <math>\geq</math> 2KG/DIA, DISPNEIA, EDEMA NOS MMII, INAPETÊNCIA, NÁUSEAS)</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Nunca						
2 = Raramente						
3 = Às vezes						
4 = Frequentemente						
5 = Sempre						
<b>APOIO SOCIAL</b>	<b>Muito impertinente</b>	<b>Impertinente</b>	<b>Nem impertinente nem pertinente</b>	<b>Pertinente</b>	<b>Muito pertinente</b>	<b>Sugestões</b>
1 = Vínculos estressante ou não possui						
2 = Vínculos muito superficiais						
3 = Vínculos superficiais						
4 = Vínculos moderados						
5 = Vínculos fortes						

## APÊNDICE E - Instruções de preenchimento do formulário de avaliação aos juízes

### INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

#### **1. Descrição sumária dos objetivos da pesquisa intitulada “Construção e validação de uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca”.**

A finalidade deste estudo é a construção e validação de uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. O interesse em desenvolver essa temática surgiu diante do quadro epidemiológico da IC, as implicações e as limitações que a doença traz à vida do paciente, bem como o custo elevado do tratamento, especialmente em relação às complicações e reinternações por causas que poderiam ser evitadas com a prática efetiva do autocuidado. Assim, é de fundamental importância avaliar a prática do autocuidado dessa clientela, visto que o cuidado pessoal é indispensável para melhoria da qualidade de vida e diminuição das complicações. Assim, se faz necessário o desenvolvimento de tecnologias de enfermagem a fim de mensurar o autocuidado de pacientes com IC para ajudá-los no tratamento, promovendo mudança no estilo de vida e estimulando-o a atuar de forma ativa no autocuidado.

Diante do exposto, buscando incorporar a tecnologia na prática do enfermeiro, surgiu a necessidade de criar um instrumento de avaliação do autocuidado do paciente com IC a fim de mensurar a prática do autocuidado realizada pelo paciente, visto que tal avaliação poderá direcionar o enfermeiro na realização da consulta de enfermagem baseada nas reais necessidades do paciente, estabelecendo um plano de cuidados individualizado e elegendo a melhor forma de atuação. Além de desenvolver estratégias de sensibilização do paciente para adequação do estilo de vida.

Para o desenvolvimento desse estudo, foi utilizado como guia o Modelo Psicométrico proposto por Pasquali (1997) o qual é dividido em três pólos: teórico, empírico e analítico. Contudo, nessa dissertação está sendo empregado somente o pólo teórico, considerado o mais importante por se referir à preocupação com a teorização sobre o construto de interesse (PASQUALI, 1999).

Na primeira etapa da pesquisa, por meio de uma revisão integrativa da literatura, foi realizada uma revisão das práticas de autocuidado de pacientes com IC e foram construídas as definições conceituais de cada uma. Na atual fase, estamos investigando a adequação e validade dos itens referentes às práticas de autocuidado integrantes na escala, bem como as possíveis respostas para cada item mediante avaliação de especialistas.

Portanto, a seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem acerca das práticas de autocuidado de pacientes com IC levantados na literatura que utilizamos em nosso trabalho para facilitar sua avaliação. Ademais, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

#### **2. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca**

- Consumo de sal (Restrição salina)

Riegel et al.(2009) afirmam que as orientações sobre o consumo diário de sódio para pacientes com IC são inconsistentes. Reconhecem, também, que as recomendações para a ingestão de sódio devem ser individualizadas de acordo com a gravidade da doença e condição atual do paciente e regime terapêutico.

Há na literatura, um predomínio de autores (RIEGEL et al., 2009; BOCCHI et al., 2009; COLONNA et al., 2003) que recomendam um consumo de sódio de 2 a 3g/dia. Assim, considera-se essa quantidade a ideal para os pacientes com IC.

- Controle dietético

Para Lainscak et al. (2011), em sua revisão, os pacientes com IC devem receber aconselhamento e seguir uma alimentação saudável para manter a ótima nutricional status. Yu et al. (2011) corroboram ao afirmar que são necessárias várias modificações de estilo de vida, tais como o controle dietético. Outros autores, como Gary (2006) também acreditam que um padrão alimentar saudável contribui, sobremaneira, para o controle de saúde do paciente com IC, evitando, juntamente com outras práticas, as rehospitalizações tão frequentes nesses pacientes.

- Controle/ perda/ manutenção de peso

A perda de peso em pacientes com IC deve ser incentivada em indivíduos a fim de diminuir o Índice de Massa Corporal (IMC) para menor de 40 kg/m<sup>2</sup>. Se O IMC é 30 kg/m<sup>2</sup>, acredita-se que a perda de peso não deve ser orientada. Pelo contrário, os pacientes devem monitorar a inapetência, perda de peso inesperado e perda de massa muscular, pois esses dados são variáveis importantes independentes que prediz mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica e outras doenças. Além disso, não há evidências de que perda de peso prolonga a vida em idosos ou em pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca, pulmonar obstrutiva crônica doença, ou doença renal crônica. A melhor sobrevida foi encontrado nos pacientes com um IMC entre 30 e 32 (a 35) kg/m<sup>2</sup> (Riegel et al., 2009).

- Ingestão hídrica

Não existe consonância na literatura em relação à quantidade de líquidos ideal para que um pacientes com IC ingira sem complicações de sobrecarga hídrica. As diretrizes do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* (2005), Clark et al. (2010) e Colonna et al. (2003) recomendam que a ingestão de líquidos não deve exceder 2000ml/dia em pacientes com IC grave. Já Lainscak et al. (2011), Rabelo et al. (2007) e Holst et al. (2008) defendem que uma restrição hídrica de 1,5-2 l / dia, pode ser considerada em pacientes com sintomas graves, especialmente se há hiponatremia simultânea.

Para Vilas-Boas e Follath (2006), no caso de pacientes com resistência a diuréticos, a ingestão de água deve ser restringida ao mínimo tolerado (geralmente 800 a 1.000 ml por dia). Entretanto, Lainscak et al. (2011) afirmam que não há justificativa nem estudos conclusivos para a rotina de restrição hídrica em pacientes estabilizados com IC leve a moderada. Para este estudo, considerou-se uma média de 1500ml/dia.

- Avaliação do peso corporal

É consenso entre os estudiosos (DU et al., 2011; LAINSCAK et al., 2011; GARY, 2006; COLONNA et al., 2003) que o paciente com IC deve controlar seu peso diariamente, pois uma alteração de 2kg em 1 a 3 dias pode significar retenção hídrica, necessitando de intervenção de um profissional de saúde para qualquer ajustes terapêuticos que se realizado em tempo, pode evitar hospitalizações (COLONNA et al., 2003, RABELO et al., 2007).

Para Rabelo et al. (2006), em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente.

- Prática de exercício físico

Vários estudiosos (LAINSCAK et al., 2011; HSIEH et al., 2010; CLARK et al., 2010; RIEGEL et al., 2009) indicam a prática regular de exercício físico como comportamento de autocuidado que o pacientes com IC precisa realizar.

De acordo com Lainscak et al. (2011), a atividade moderada regular diária deve ser recomendada para todos os pacientes com IC. O treinamento físico é aconselhada, se possível, para todos os pacientes com IC estáveis. Não há evidências de que o exercício deve ser limitada a um determinado subgrupo de pacientes com IC. Dentre os benefícios da atividade física cita-se: aumento na capacidade de exercício, a redução dos sintomas durante o exercício e melhora da qualidade de vida. Contudo, conforme Hsieh et al. (2010) ainda há dúvidas em relação modalidade e intensidade ideais.

- **Atividade laboral**  
Recomenda-se que os pacientes com IC se envolvam em atividades laboriais que não exijam grandes esforços e que o afastamento de seus empregos aconteça apenas nos casos de IC grave (RABELO et al., 2007).
- **Repouso na descompensação aguda / Repouso diurno**  
Rabelo et al. (2007) relata que para o paciente com IC, o repouso só está indicado nos episódios de descompensação aguda. Igualmente importante, é o repouso ao longo do dia a fim de não haver sobrecarga de atividades e esforços o que pode ocasionar fadiga.
- **Atividade sexual**  
A atividade sexual deve ser mantida, fazendo ajustes para evitar esforços em demasia e aparecimento de sintomas (RABELO et al., 2007). Bocchi et al. (2009) recomendam que orientações e esclarecimentos sejam dados para o paciente com IC a fim de evitar a progressão dos sintomas. A atividade sexual deve ser apontada para pacientes com IC estável.
- **Controle de estresse / Atividade de lazer**  
É importante o estímulo à adoção de medidas antiestresse, como as atividades de lazer, façam parte das orientações não farmacológicas aos pacientes com IC. Contudo, observa-se que sua aplicação na prática tem sido pouco empregada (BOCCHI et al., 2009).
- **Acompanhamento com profissionais de saúde**  
O acompanhamento clínico dos pacientes com IC é tarefa essencial para monitorar a evolução do quadro clínico, a resposta ao tratamento instituído e ao prognóstico da doença. A periodicidade das consultas não é aspecto definido em estudos clínicos prospectivos, porém evidências indiretas de estudos de gerenciamento de pacientes sugerem que acompanhamento intensivo por médicos e/ou enfermeiras pode reduzir a morbidade da síndrome (BOCCHI *et al.*, 2009).
  - **Acompanhamento odontológico**  
Riegel et al. (2009) indicam a prática regular de saúde bucal a fim de evitar infecções que podem causar danos ao miocárdio.
- **Prática de tabagismo**  
O cigarro é proibido para pacientes com IC. Além do conhecido fator de risco coronariano que leva à doença aterosclerótica, o tabagismo tem certos efeitos hemodinâmicos que agravam a condição do paciente com IC (LAINSCAK et al., 2011, FREYDBERG et al., 2010, RIEGEL et al., 2009, RABELO et al., 2007, COLONNA et al., 2003).
- **Prática de etilismo**  
Devido a um potencial risco de arritmias, aumento da pressão arterial e efeito inotrópico negativo, além de adicional volume de líquidos, o consumo diário de álcool deve

ser limitado a 10 - 20g. As bebidas alcoólicas são totalmente proibidas para aqueles com cardiomiopatia induzida pelo álcool (LAINSCAK et al., 2011). Bocchi et al. (2009) corroboram com a necessidade da restrição alcoólica e abstinência para pacientes com miocardiopatia alcoólica. A ingestão de bebida alcoólica é proibida por causar depressão miocárdica e precipitar arritmias. Contudo, quantidades limitadas diárias de vinho tinto em pacientes estáveis, classes I-II, poderiam ocasionar algum benefício na presença de doença coronariana (BOCCHI et al., 2009).

Já Colonna et al. (2003) afirmam que a ingestão de etanol deve ser fortemente desencorajada em todos os pacientes uma vez que o álcool é um depressor do miocárdio e, pode, mesmo em pequenas doses, diminuir ainda mais função miocárdica. Por esta razão, o etanol deve ser fortemente desaconselhado. Entretanto, acreditam também que a ingestão de um a dois copos de vinho por dia pode ser benéfica para pacientes com miocardiopatia isquêmica.

- Higiene pessoal

Riegel et al. (2009) recomendam a adoção de comportamentos preventivos a fim de evitar e/ou limitar infecções que podem, de alguma forma, causar isquemia tecidual em pessoas com IC como a rotina de lavagem das mãos.

- Vacinação

Rabelo et al. (2007) encontraram em sua revisão que a imunização contra o influenza deve ser orientada anualmente para todos os pacientes com IC. Colonna et al. (2003) corroboram, afirmando que a IC predispõe o aparelho respiratório à infecções e pode, por sua vez, ser exacerbada por esse evento. Dessa forma, é necessária a vacinação preventiva contra gripe e pneumococo. Bocchi et al. (2009) acrescentam que o tratamento profilático com vacina contra a gripe deve ser realizado anualmente e contra pneumonia, a cada três anos nos pacientes com IC avançada

- Tratamento farmacológico

A adesão a regimes complexos e eficazes de medicações para IC devem ser respeitados pelos pacientes com IC (O'CONNELL et al., 2011, DU et al., 2011, FREYDBERG et al., 2010, LEE; TKACS; RIEGEL, 2009, GARY, 2006). Na medida do possível, os medicamentos devem ser prescritos em dosagem única diária e os profissionais de saúde devem fornecer orientações quanto aos medicamentos, sua finalidade e possíveis efeitos adversos (CLARK et al., 2010).

Independentemente do tratamento farmacológico, os pacientes com IC devem incorporar a prescrição de medicamentos como prática de autocuidado, incluindo-a nas suas atividades diárias e gerindo as mudanças de rotina quando ocorrerem, como por exemplo: compromissos, viagens e outras doenças (RIEGEL et al., 2009).

- Auto-administração de medicamentos com efeitos cardíacos colaterais (Ex: AINEs)

Lee, Tkacs, Riegel (2009) encorajam os pacientes com IC a evitar medicamentos potencialmente prejudiciais como não-esteróides anti-inflamatórias (AINEs). Pinheiro e Wannmacher (2010) recomendam que os pacientes com insuficiência cardíaca grave e cardiopatia isquêmica evitem o uso de AINEs em virtude do risco de indução de infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. Acrescentam ainda, que o uso de AINEs deve ser avaliado com cautela em pacientes idosos, devido o aumento do risco de sangramento gastrointestinal e perfurações, manifestações que podem ser fatais.

- Envolvimento em estratégias que melhorem sintomas

Gary (2006) aponta como práticas de autocuidado além de pesagem diária, restrição de sódio e tomar as medicações corretamente, e outras, o enfrentamento diário com insuficiência cardíaca como maneira de lidar e conviver com a doença e suas implicações no seu cotidiano.

- Procura ajuda quando se sente mal (aumento de peso  $\geq 2\text{kg}/\text{dia}$ , dispneia, edema nos MMII, inapetência, náuseas)

Lainscak et al. (2011) e Freyberg et al. (2010) afirmam que os comportamentos de autocuidado de pacientes com IC incluem, dentre outros, procurar ajuda quando sintomas aparecem. Cameron et al. (2010) corroboram demonstrando a importância de entrar em contato com profissionais de saúde quando sintomas de descompensação ocorrem. Segundo Clark et al. (2010), os pacientes com IC devem buscar auxílio imediatamente para a dor persistente no peito, palpitações, síncope, falta de ar no repouso, ou um aumento de peso de  $\geq 2\text{kg}$ .

- Apoio Social

Gallager, Luttik e Jaarsma (2011) acreditam que o apoio social influencia na melhora de autocuidado de pacientes com IC. Em seu estudo, encontraram melhor autocuidado em pacientes com IC com um alto nível de apoio ( $p = 0,002$ ) que pacientes com níveis baixos ou moderados de apoio social. Pacientes com um alto nível de apoio social relataram serem mais propensos a consultar com um profissional de saúde para o ganho de peso ( $p = 0,011$ ), a limitar a quantidade de fluidos ( $p = 0,02$ ), a tomar a medicação ( $p = 0,017$ ), a vacinar-se contra a gripe ( $p = 0,001$ ) e a praticar exercício físico regularmente ( $p = 0,001$ ) do que aqueles com níveis médio ou baixo de apoio social. O apoio social por um parceiro não é suficiente para influenciar o cuidado em pacientes com IC (GALLAGER; LUTTIK; JAARSMA, 2011).

Ainda para esses autores, o suporte social engloba vários aspectos, tais como: qualidade do relacionamento, cuidado e preocupação com a pessoa, apoio prático e emocional, conhecimento e atenção para os sintomas de IC e fornecimento de informações.

- Conhecimento sobre a IC (o que é IC, sintomas clássicos, tratamento) Acredita que IC é uma doença que pode ser controlada e com a qual pode se adaptar / Acredita que pode viver feliz e saudável mesmo com IC

O conhecimento do paciente em relação à insuficiência cardíaca, especialmente seus sintomas, tratamento, complicações e implicações na vida do paciente não são indicativos da realização de autocuidado. Contudo, são importantes para sensibilização e para a tomada de decisão no que diz respeito à prática do autocuidado.

- Monitorização e reconhecimento de sintomas

Lainscak et al. (2011), Yu et al. (2011), Gallagher (2010), Riegel et al. (2009) concordam que uma gestão eficaz da IC requer que os pacientes, além de outras atividades, mantenham uma conduta diária de automonitoramento da doença e seus sintomas. Os pacientes são os mais indicados para fazer esse acompanhamento, pois eles melhor que outras pessoas se conhecem e sabem diferenciar rapidamente qualquer outra pessoa.

- Autoexame de pés e tornozelos para edema

O automonitoramento diário, especialmente em relação à fadiga, dispnéia, peso ou exame e palpação pés e tornozelos para o edema, é recomendado já que os próprios pacientes são as melhores pessoas para detectar precocemente o aparecimento de sintomas, bem como a trajetória de mudança nos sintomas conforme sua variabilidade de sintomas habituais. Essas

mudanças que podem ocorrer ao longo do dia podem ser um aviso prévio de uma exacerbação (GALLAGHER, 2010).

- Eliminações urinárias

Considera-se importante a realização da medição das eliminações urinárias pelo paciente com IC como prática de autocuidado como forma de controlar e monitorar sua ingesta hídrica, além de avaliar sinais de retenção de líquidos. Contudo, Rabelo et al. (2006) consideram que, em relação ao estado de congestão, o controle de peso é um parâmetro mais preciso e objetivo do que o balanço hídrico, por depender menos da colaboração do paciente.

### 3. Critérios a serem considerados na adequação dos itens de prática de autocuidado

#### Adequação do item relacionado à prática de autocuidado:

A presença do item é MUITO IRRELEVANTE na escala.
A presença do item é IRRELEVANTE na escala.
A presença do item NEM É IRRELEVANTE NEM RELEVANTE na escala.
A presença do item é RELEVANTE na escala.
A presença do item é MUITO RELEVANTE na escala.

### 4. Critérios a serem considerados na avaliação das cinco respostas possíveis de cada item relacionado à prática de autocuidado.

Para a investigação da representatividade das respostas você deve atribuir um valor a cada um deles, indicando o quanto cada evidência representa a resposta em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo.

#### Representatividade das respostas aos itens de práticas de autocuidado levantados

1	Muito impertinente
2	Impertinente
3	Nem impertinente nem pertinente
4	Pertinente
5	Muito pertinente

### 5. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, inexecutável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo máximo de 10 dias** para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível dar seguimento a pesquisa com a análise e discussão dos resultados. A devolução do instrumento de avaliação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado poderá ser por via eletrônica, via postal ou entregue pessoalmente.

### 6. Referências

BOCCHI, E.A.; BRAGA, F.G.M.; FERREIRA, S.M.A.; ROHDE, L.E.P.; OLIVEIRA, W.A.; ALMEIDA, D.R. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, supl. 1, p. 1-71, 2009.

- CLARK, A. M.; DAVIDSON, P.; CURRIE, K.; KARIMI, M.; DUNCAN, A. S.; THOMPSON, D. R. Understanding and Promoting Effective Self-care During Heart Failure. **Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med.**, v. 12, p. 1-9, 2010.
- COLONNA, P.; SORINO, M.; D'AGOSTINO, C.; BOVENZI, F.; DE LUCA, L.; ARRIGO, F.; DE LUCA, I. Nonpharmacologic Care of Heart Failure: Counseling, Dietary Restriction, Rehabilitation, Treatment of Sleep Apnea, and Ultrafiltration. **Am. J. Cardiol.**, v.91, p. 41F-50F, 2003.
- DU, H. Y.; NEWTON, P. J.; ZECCHIN, R.; DENNISS, R.; SALAMONSON, Y.; EVERETT, B. et al. An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.12, n.63, 2011.
- FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference.** Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.
- FREYDBERG, N.; STRAIN, L.; TSUYUKI, R. T.; MCALISTER, F. A.; CLARK, A. M. “If he gives in, he will be gone.”: The influence of work and place on experiences, reactions and self-care of heart failure in rural Canada. **Soc. Sci. Med.**, v. 70, p. 1077–1083, 2010.
- GALLAGER, R.; LUTTIK, M. L.; JAARSMA, T. Social Support and Self-care in Heart Failure. **J. Cardiovasc. Nurs.**, 2011
- GALLAGHER, R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 9, p. 153–160, 2010.
- GARY, R. Self-care practices in women with diastolic heart failure. **Heart Lung**, v. 35, p. 9 – 19, 2006.
- HOLST, M.; STRÖMBERG, A.; LINDHOLM, M.; WILLENHEIMER, R. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weight, symptoms, quality of life, and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. **J. Clin. Nurs.**, v. 17, p. 2318-2326, 2008.
- HSIEH, S. F. The Effects and Safety of Exercise Training in Subjects With Chronic Heart Failed Do Elder Subjects Gain Similar Benefits? **Int. J. Gerontol.**, v. 4, p. 165-170, 2010.
- HUNT, S. A. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). **J. Am. Coll. Cardiol.**, v. 36, n.6, p. e1-82, 2005.
- LAINSCAK, M.; BLUE, L.; CLARK, A. L.; DAHLSTRÖM, U.; DICKSTEIN, K.; EKMAN, I. et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **Eur. J. Heart Fail.**, v.13, p. 115–126, 2011.

LEE, C. S.; TKACS, N. C.; RIEGEL, B. The Influence of Heart Failure Self-Care on Health Outcomes: Hypothetical Cardioprotective Mechanisms. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 24, n.3, p. 179–189, 2009.

O'CONNELL, M.; DEWALT, D. A.; BROUCKSOU, K. A.; HAWK, V.; BAKER, D. W.; SCHILLINGER, D. et al. Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. **J. Gen. Intern. Med.**, 2011. DOI: 10.1007/s11606-011-1668-y

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 1999. 306p.

PINHEIRO, R. M.; WANNMACHER, L. Uso racional de anti-inflamatórios não esteroide. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**, n. 5, p. 1-15, 2010.

RABELO, E.R.R.; ALIT, G.B.; DOMINGUES, F.B; RUSCHEL, K.B.; BRUN, A.O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Feb. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000100024&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0104-1169200700010002>. Acesso em: 2 set. 2011.

RABELO, E. R.; ALITI, G. B.; GOLDRAICH, L.; DOMINGUES, F. B.; CLAUSELL, N.; ROHDE, L. E. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 3, 2006.

RIEGEL, B.; MOSER, D. K.; ANKER, S. D.; APPEL, L. J.; DUNBAR, S. B.; GRADY, K. L. et al. Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v.120, p. 1141-1163, 2009.

SWEDBERG, K.; SWEDBERG, K.; CLELAND, J.; DARGIE, H.; DREXLER, H.; FOLLATH, F.; KOMAJDA, M. Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. **Eur. Heart J.**, v. 26, n. 11, p. 1115-1140, 2005.

VILAS-BOAS, F.; FOLLATH, F. Tratamento atual da insuficiência cardíaca descompensada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 86, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2006001600022&lng=isso&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001600022&lng=isso&nrm=isso)>. Acesso em: 10 out. 2009.

YU, D. S.; LEE, D. T.; THOMPSON, D. R.; JAARSMA, T.; WOO, J.; LEUNG, E. M. Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 48, p. 458–467, 2011.

**APÊNDICE F – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES  
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (2ª VERSÃO)**

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	PONTUAÇÃO				
	1	2	3	4	5
<b>Domínio Nutrição</b>					
1 Controle dietético Itens: 1) consumo mínimo de açúcares; 2) predomínio de vegetais e frutas; 3) consumo de gordura vegetal; 4) predomínio de carne branca e magra; 5) fracionamento em 5 a 6 refeições diárias.	Contempla um ou nenhum item	Contempla dois itens	Contempla três itens	Contempla quatro itens	Contempla cinco itens
3 Consumo de sal (Restrição salina)	Não segue recomendações de restrição salina	-	-	-	Segue recomendações de restrição salina
3 Ingestão hídrica (Restrição hídrica)	Não segue recomendações de restrição hídrica	-	-	-	Segue recomendações de restrição hídrica
4 Monitoramento diário do peso corporal	< 1x/semana ou não se pesa	1 a 2 dias/semana	3 a 4 dias/semana	5 a 6 dias/semanas	Diariamente
<b>Domínio Atividade e Repouso</b>					
5 Exercício físico regular*	1 dia/semana ou não pratica	2 dias/semana	3 dias/semana	4 dias/semana	≥ 5 dias/semana
6 Atividade laboral	Com esforço (> 8h/dia ou > 40h/semana)	Com esforço (8h/dia)	Com esforço (4-6h/dia)	Sem esforço (> 8h/dia)	Sem esforço (≤ 8h/dia) ou não trabalha
7 Atividade sexual	Nunca segue recomendações de abstinência sexual	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Percepção e Cognição</b>					
8 Conhecimento sobre a IC**	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9 Aceitação e adaptação da IC*	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10 Monitoramento e reconhecimento de sintomas de descompensação da IC	Não consegue reconhecer os sintomas	Raramente consegue reconhecer os sintomas	Às vezes consegue reconhecer os sintomas	Frequentemente consegue reconhecer os sintomas	Sempre consegue reconhecer os sintomas da doença
<b>Domínio Promoção da Saúde</b>					
11 Acompanhamento com profissionais de saúde <sup>o</sup>	Nunca comparece às consultas agendadas ou apenas quando se sente mal ou para receber medicações	Raramente comparece às consultas agendadas	Às vezes comparece às consultas agendadas	Frequentemente comparece às consultas agendadas	Sempre comparece às consultas agendadas
12 Abstenção do tabagismo	Fuma um ou mais cigarros	-	-	-	Não fuma
13 Abstenção de bebidas alcoólicas	Sempre ingere bebidas alcoólicas	-	-	-	Não ingere bebidas alcoólicas
14 Higiene pessoal	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
15 Esquema vacinal atualizado*	Nunca se vacinou (vacina da gripe e pneumocócica)	Atraso no esquema vacinal de > 2 anos	Atraso no esquema vacinal de > 1 ano a 2 anos	Atraso no esquema vacinal de até 1 ano	Segue esquema vacinal
16 Uso regular da medicação prescrita	Não realiza o tratamento farmacológico corretamente	-	-	-	Segue o tratamento corretamente (medicamentos prescritos nos horários e doses certas)

<b>Domínio Tolerância ao estresse</b>					
17 Gerenciamento do estresse	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
18 Atividade de lazer	Nunca segue recomendações de atividades de lazer e repouso	Raramente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Às vezes realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Frequentemente realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações	Sempre realiza conforme quadro clínico e/ou recomendações
<b>Domínio Papéis e Relacionamentos</b>					
19 Procura ajuda quando aparece sintomas de descompensação	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20 Rede de suporte familiar e social	Vínculos estressantes ou não possui	Vínculos muito superficiais	Vínculos superficiais	Vínculos moderados	Vínculos fortes
<p>* Considerar frequência mínima de 3x/semana e duração conforme recomendação médica. OBS.: No caso da classe funcional IV da IC considerar 1 para quem pratica ou 5 para quem não pratica exercício físico.</p> <p>** Definição, riscos de agravamento, cronicidade e condutas terapêuticas de controle.</p> <p>⊛ Admite a cronicidade e a possibilidade de controle e adapta o estilo de vida ao tratamento da IC.</p> <p>⊛ Enfermeiro, médico, dentista, outros.</p> <p>⊛ A recomendação é administrar a vacina da gripe anualmente e a pneumocócica a cada três anos.</p>					



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 169/11

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

Protocolo COMEPE nº 114/11

**Pesquisador responsável:** Sherida Karanini de Oliveira.

**Título do Projeto:** “Constução e Validação de uma escala de avaliação do autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.”

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta azul.

Dr. Francisco José de Paula  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
UFCE