

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CHRISTIANE WAHAST ÁVILA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *SELF-CARE OF HEART*
FAILURE INDEX VERSÃO 6.2 PARA USO NO BRASIL

PORTO ALEGRE

2012

CHRISTIANE WAHAST ÁVILA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *SELF-CARE OF HEART
FAILURE INDEX* VERSÃO 6.2 PARA USO NO BRASIL

Linha de Pesquisa:

Tecnologia do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do
Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eneida Rejane
Rabelo da Silva

PORTO ALEGRE

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Wahast Ávila, Christiane
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA SELF-CARE
OF HEART FAILURE INDEX VERSÃO 6.2 PARA USO NO BRASIL
/ Christiane Wahast Ávila. -- 2012.
81 f.

Orientadora: Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Insuficiência Cardíaca. 2. Autocuidado. 3.
Comparação transcultural. 4. Estudos de Validação. I.
Rejane Rabelo da Silva, Eneida, orient. II. Título.

CHRISTIANE WAHAST ÁVILA

Adaptação transcultural e validação da self-care of heart failure index versão 6.2 para uso no Brasil.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de março de 2012.

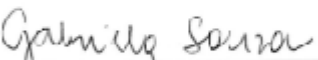
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Presidente da Banca - Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Gabriela Corrêa Souza

Membro da banca

FAMED/UFRGS



Profa. Dra. Ana Carla Dantas Cavalcanti

Membro da banca

UFF



Profa. Dra. Lisiane Manganeli Girardi Pasquim

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus maiores amores:
Ao meu pai, meu maior exemplo de determinação e
coragem; presente em todos os momentos importantes
da minha vida, mesmo que não mais fisicamente;
À minha mãe, minha amiga, parceira de vida, meu
porto-seguro.

AGRADECIMENTOS

A Deus por, mesmo nos momentos mais difíceis, me fazer que acreditar que tudo era possível;

Aos meus pais pelo amor incondicional, por me incentivarem e me permitirem ir em busca dos meus sonhos;

Ao meu irmão, amigo, companheiro e incentivador, por vibrar sempre pelas minhas conquistas;

À minha orientadora, Dra Eneida Rejane Rabelo da Silva, pela generosidade, amizade, pelo exemplo de profissionalismo, dedicação, por acreditar em mim e me proporcionar tantas oportunidades de crescimento nesses sete anos de convivência;

Ao Grupo de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; em especial às enfermeiras Graziella, Fernanda e Letícia pelo exemplo de profissionalismo e dedicação aos pacientes;

Ao Núcleo de Assessoria Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial a Dra Jandyra Fachel, pelos inúmeros encontros, pela disponibilidade e por dividir seu profundo conhecimento sobre o método que escolhemos utilizar;

Ao Fundo de Incentivo a Pesquisa pelas etapas de tradução e retrotradução deste trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de formação de excelência;

Aos colegas e amigos da Hemodinâmica do Hospital São Francisco pelos momentos de alegria e por todo o aprendizado que me proporcionaram;

Aos profissionais que encontrei durante minha trajetória acadêmica e profissional, que de alguma maneira, contribuíram para que eu me tornasse uma profissional melhor;

Às minhas amigas de infância Vanessa, Cynthia e Júlia, por dividirem comigo tantos momentos importantes e que, mesmo apesar da distancia, se fazem tão presentes na minha vida;

Às amigas da faculdade e de toda a vida, Fernanda, Jemina, Kelly, Lidiane, Lisiane e Andressa;

À acadêmica de enfermagem Melina, pela disponibilidade e formatação deste trabalho;

Aos pacientes, não só aos que participaram deste estudo, mas todos que dividiram suas experiências de vida e tanto nos ensinam diariamente.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.

As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”

Chico Xavier

RESUMO

Estudos ao longo dos últimos anos têm enfatizado a importância da educação sobre o autocuidado na insuficiência cardíaca (IC), assim como a avaliação da efetividade de sua implementação por meio de instrumentos validados. Pesquisadores americanos desenvolveram uma escala denominada *Self-Care of Heart Failure Index version 6.2* (SCHFI v 6.2) que permite a avaliação do autocuidado nas etapas de manutenção, manejo e confiança possibilitando identificar em que etapa o autocuidado está prejudicado. No Brasil, não existem escalas validadas que avaliem o autocuidado em pacientes com IC contemplando essas etapas. Este estudo teve como objetivo adaptar transculturalmente e validar a versão em português da SCHFI v 6.2. Realizou-se um estudo metodológico desenvolvido no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A SCHFI v 6.2 apresenta 22 itens divididos em três subescalas (Manutenção do Autocuidado, Manejo do Autocuidado e Confiança do Autocuidado) que podem ser aplicadas separadamente, com escores máximos de 100 pontos (escores acima de 70 pontos indicam um autocuidado adequado). A versão adaptada e validada para o Brasil foi denominada de Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC). As propriedades psicométricas testadas foram a validade de face e de conteúdo (comitê de juízes), validade de constructo convergente (coeficiente de correlação de Pearson) com a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS) versão brasileira (com 12 itens, que apresenta um escore que varia de 12 a 60 e que escores menores indicam melhor autocuidado) validada no Brasil e a EAC-IC. A fidedignidade foi avaliada quanto à consistência interna de seus itens (alfa de Cronbach) e quanto à estabilidade (concordância interobservador). Incluíram-se 190 pacientes, com idade média de 61 ± 13 anos. A validade de face e conteúdo conferiu ao instrumento sua equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual. A validade de constructo convergente foi demonstrada através de uma correlação inversa, moderada e significativa de $r = -0,30$ quando comparados todos os itens da EAC-IC com os da EHFScBS versão brasileira (escores originais dos dois instrumentos e de $r = -0,51$ (escores das questões equivalentes da EAC-IC com os da EHFScBS versão brasileira indicando uma correlação inversa forte e significativa. A fidedignidade das três subescalas foi demonstrada quanto a consistência interna através de um alfa de Cronbach de 0,77 (total da escala), 0,43 (Manutenção do Autocuidado), 0,76 (Manejo do Autocuidado) e 0,94 (Confiança do Autocuidado), respectivamente. Podemos concluir que a versão adaptada da SCHFI v 6.2 para o português mostrou-se válida e confiável para uso no Brasil.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Autocuidado. Comparação transcultural. Estudos de validação.

RESUMEN

Estudios a lo largo de los últimos años han enfatizado la importancia de la educación sobre el autocuidado en la insuficiencia cardiaca (IC), así como la evaluación de la efectividad de su implementación por medio de instrumentos válidos. Investigadores americanos desarrollaron una escala nominada *Self-Care of Heart Failure Index version 6.2* (SCHFI v 6.2) que permite la evaluación del autocuidado en las etapas de manutención, manejo y confianza favoreciendo identificar en cual etapa el autocuidado está perjudicado. En Brasil, no existen escalas subsistentes que evalúen el autocuidado en pacientes con IC considerando dichas etapas. El objetivo del este estudio fue adaptar transculturalmente y validar la versión en portugués de SCHFI v 6.2. Se realizó un estudio metodológico desarrollado en el Ambulatorio de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de Clínicas/ Porto Alegre. SCHFI v 6.2 presenta 22 añadiduras divididas en tres subescalas (Manutención del Autocuidado, Manejo del Autocuidado y Confianza del Autocuidado) que pueden ser aplicadas separadamente, con escores máximos de 100 puntos (escores superiores a 70 puntos indican un autocuidado adecuado). La versión adaptada y válida para Brasil fue nominada de Escala de Autocuidado para Pacientes con Insuficiencia Cardiaca (EAC-IC). Las propiedades psicométricas evaluadas fueron la validez de fase y de contenido (comité de jueces), validez de constructo convergente (coeficiente de correlación de Pearson) con la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS versión brasileña (con ítem que presenta un escore variable de 12 a 60 y cuyos escores menores indican mejor autocuidado) válida en Brasil y EAC-IC. La veracidad fue evaluada con base en la consistencia interna de sus añadiduras (alfa de Cronbach) y en la estabilidad (concordancia inter observador). Se incluyeron 190 pacientes, con edad de 61 ± 13 años. La validez de fase y contenido confirieron al instrumento su equivalencia semántica, experimental y conceptual. La validez de Validez convergente fue demostrada a través de una correlación invertida moderada y significativa $r = -0,30$ cuando comparadas todas las añadiduras de EAC-IC e de EHFScBS versión brasileña (escores originales de dos instrumentos e de $r = -0,51$ (escores de cuestiones equivalentes de EAC-IC y de EHFScBS versión brasileña) indicando una correlación inversa excelente y significativa. La veracidad de las tres subescalas fue demostrada por alfa de Cronbach de 0,77 (total), 0,43 (Manutención del Autocuidado), 0,76 (Manejo del Autocuidado) y 0,94 (Confianza del Autocuidado), respectivamente. Se concluye que la versión adaptada de SCHFI v 6.2 para el portugués se muestra válida y confiable para uso en Brasil.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Autocuidado. Comparación transcultural. Estudios de validez.

ABSTRACT

During the past years, several studies have been emphasizing the importance of self-care education for patients with heart failure (HF), as well as the evaluation of effectiveness of its implementation through valid instruments. American researchers developed a scale named Self-Care of Heart Failure Index v 6.2 (SCHFI v 6.2), which allows for the evaluation of self-care maintenance, self-care management, and self-care confidence. The scale helps identifying which level in self-care needs improvement. In Brazil, there is no valid scale for the evaluation of self-care in patients with HF that takes into consideration these levels. The objective of this study was transculturally adapt and validate the Portuguese version of SCHFI v 6.2. It was conducted a methodological study developed at *Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (Outpatient Heart Failure Clinic at Hospital de Clínicas, Porto Alegre). The SCHFI v 6.2 has 22 items divided in three levels (self-care maintenance, self-care management, and self-care confidence) that may be applied separately, with maximum score of 100 (scores higher than 70 indicate adequate self-care). The adapted and validated version for Brazilian Portuguese was named *Escala de Autocuidado para Pacientes com Insuficiência Cardíaca* (EAC-IC). The psychometric properties tested were face and content validity (committee of judges), convergent construct validity (Pearson's correlation coefficient) with the *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS) brazilian version (12 items, with a score of 12-60 range, were lower scores indicate better self-care) validated in Brazil and EAC-IC. Reliability was evaluated according its internal consistency (Cronbach's Alpha) and according to its stability (interobserver agreement). It were included 190 patients, age 61 ± 13 years old, were included. The face and content validity conferred to the instrument its semantics, language, experimental and conceptual equivalency. The convergent construct validity was demonstrated through an inverse and significant correlation of $r=-0.30$ when compared to other items present in EAC-IC and EHFScBS brazilian version original scores in both instruments, and $r=-0.51$ for equivalent questions score of EAC-IC and EHFScBS brazilian version indicating significant correlation of large magnitude. The reliability of three subscales was demonstrated by Cronbach's Alpha of 0.77 (total), 0.43 (Self-care maintenance), 0.76 (Self-care management), and 0.94 (Self-care confidence), respectively. We can conclude that the adapted version of SCHFI v 6.2 for Portuguese proved to be valid and reliable for its use in Brazil.

Keywords: Heart failure. Self-care. Transcultural comparison. Validation studie

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Classificação utilizada para distinguir a severidade da IC.....	23
Quadro 2 - Classe de recomendação e níveis de evidência de medidas não-farmacológicas no tratamento da IC.....	25
Quadro 3 - Questões equivalentes das escalas EAC-IC e EHFScBS versão brasileira.....	49
Quadro 4 - Questões do instrumento original e versão traduzida e adaptada da SCHFI v. 6.2, com suas respectivas justificativas.....	51
Tabela 1 - Características clínicas e sócio demográficas dos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de IC. Porto Alegre/RS, 2012.	53
Tabela 2 - Consistência interna da EAC-IC e suas subescalas. Porto Alegre/RS, 2012.....	54
Tabela 3 - Alfa de Cronbach total da subescala Manutenção do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.....	55
Tabela 4 - Alfa de Cronbach total da subescala Manejo do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.....	55
Tabela 5 - Alfa de Cronbach total da subescala Confiança do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.....	56
Tabela 6 - Estabilidade dos Escores da EAC-IC. Porto Alegre/RS, 2012.....	56
Tabela 7 - Escores da EAC-IC e da SCHFI v 6.2 Porto Alegre/RS, 2012.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de autocuidado na Insuficiência Cardíaca.	29
Figura 2 – Processo de Adaptação Transcultural da EAC-IC	46

LISTA DE SIGLAS

IC - Insuficiência Cardíaca

SCHFI v 6.2 - *Self- Care of Heart Failure Index* versão 6

VE - Ventrículo Esquerdo

AHA - *American Heart Association*

SUS - Sistema Único de Saúde

NYHA - *New York Heart Association*

ACC - *American College of Cardiology*

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

EHFScBS - *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale*

SMHFS - *Self-management of Heart Failure Scale*

EAC-IC - Escala de Autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca

r - Coeficiente de Correlação de Pearson

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivos Gerais.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	21
3.1 Insuficiência Cardíaca.....	21
3.1.1 Definição e epidemiologia da insuficiência cardíaca.....	21
3.1.2 Etiologia da insuficiência cardíaca.....	21
3.1.3 Insuficiência cardíaca sistólica <i>versus</i> diastólica.....	22
3.1.4 Manifestações clínicas da insuficiência cardíaca.....	22
3.1.5 Classificação funcional da insuficiência cardíaca.....	23
3.1.6 Objetivos do tratamento da insuficiência cardíaca.....	24
3.1.7 Fatores precipitantes e readmissões hospitalares por insuficiência cardíaca.....	25
3.1.8 Programas de manejo da insuficiência cardíaca.....	27
3.1.9 Autocuidado na insuficiência cardíaca.....	28
3.1.10 Instrumentos de autocuidado na insuficiência cardíaca.....	30
3.1.11 <i>Self-Care of Heart Failure Index</i> : desenvolvimento e descrição do instrumento.....	31
3.2 Processo de Adaptação Transcultural de Instrumentos.....	34
3.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas.....	36
3.3.1 Fidedignidade.....	37
3.3.1.1 Método do teste reteste.....	37
3.3.1.2 Coeficientes de consistência interna.....	38
3.3.1.3 Método das formas paralelas.....	38
3.3.1.4 Método das metades.....	39
3.3.2 Validade.....	39
3.3.2.1 Validade relacionada a conteúdo.....	40
3.3.2.2 Validade de conteúdo.....	40
3.3.2.3 Validade de face.....	40
3.3.2.4 Validade relacionada a critério.....	40

3.3.2.5 Validade concorrente.....	41
3.3.2.6 Validade preditiva.....	41
3.3.2.7 Validade relacionada a constructo.....	41
3.3.2.8 Validade convergente.....	41
3.3.2.9 Validade discriminante.....	42
3.3.2.10 Validade fatorial.....	42
4 MÉTODOS.....	43
4.1 Tipo de Estudo.....	43
4.2 Local e Período.....	43
4.3 População.....	43
4.3.1 Critérios de inclusão.....	43
4.3.2 Critérios de exclusão.....	43
4.4 Cálculo da Amostra.....	44
4.4.1 Cálculo de amostra para validade.....	44
4.4.2 Cálculo de amostra para a validade de constructo convergente.....	44
4.5 Instrumento e Coleta de Dados.....	44
4.6 Permissão dos Autores para Adaptação Transcultural e uso do Instrumento	45
4.7 Processo de Adaptação Transcultural Adotado neste Estudo.....	45
4.7.1 Tradução da SCHFI v 6.2 para Língua Portuguesa.....	47
4.7.2 Retro tradução da Síntese da Versão Português da SCHFI v 6.2.....	47
4.7.3 Revisão da Síntese da Versão Português pelo Comitê de Juízes.....	47
4.7.4 Pré-teste.....	48
4.8 Análise das Propriedades Psicométricas da EAC-IC adotadas neste	
Estudo.....	48
4.8.1 Validade de face e de conteúdo.....	48
4.8.2 Validade de constructo convergente.....	48
4.8.3 Análise da fidedignidade.....	49
4.8.3.1 Consistência interna.....	49
4.8.3.2 Estabilidade.....	49
4.9 Análise dos Dados.....	49
4.10 Aspectos Éticos.....	50
5 RESULTADOS.....	51

5.1 Adaptação Transcultural.....	51
5.2 Pré Teste.....	53
5.3 Características Clínicas e Sócio Demográficas da Amostra.....	53
5.4 Análise da Validade Convergente entre EAC-IC e EBRAC-IC.....	54
5.5 Fidedignidade: Consistência Interna E Estabilidade.....	54
5.5.1 Consistência interna.....	54
5.5.2 Estabilidade.....	56
5.6 Escores da EAC-IC e SCHFI V 6.2.....	56
6 DISCUSSÃO.....	58
7 CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A- Ficha de características clínicas e demográficas.....	70
APÊNDICE B- Escala de autocuidado em insuficiência cardíaca (EAC-IC).....	71
APENDICE C- Termo de consentimento livre esclarecido.....	74
ANEXO A- Self-care of heart failure index.....	76
ANEXO B- Autorização para adaptação do instrumento para a língua portuguesa.....	79
ANEXO C- Carta de aprovação do projeto.....	80

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa caracterizada por anormalidades da função do ventrículo esquerdo ou direito. Essa pode ser definida como a incapacidade do coração de gerar um débito cardíaco adequado às necessidades metabólicas dos tecidos ou para alcançar esse objetivo, necessitar de elevadas pressões de enchimento do ventrículo esquerdo⁽¹⁾. Trata-se de uma síndrome de alta prevalência, que afeta predominantemente pacientes idosos^(2,3).

Ao longo das últimas décadas o tratamento da IC foi otimizado consideravelmente através do advento de novas terapias que influenciaram nos desfechos de morbidade, mortalidade e que, associados ao tratamento não farmacológico, trouxeram benefícios principalmente no que diz respeito à qualidade de vida e diminuição do número de internações por descompensação^(4,5).

Embora esses benefícios tenham sido demonstrados, as taxas de readmissão por IC continuam elevadas⁽⁶⁾. Desde o clássico estudo conduzido por autores americanos na década de 80 em que foi identificado que o uso irregular das medicações e a não adesão relacionada à dieta ou ambos estavam entre os principais fatores precipitantes de descompensação da IC⁽⁷⁾ que outros autores confirmaram esses achados ao longo dos últimos anos^(8,9). Dados de estudos conduzidos no Brasil indicam resultados semelhantes quando as causas potencialmente preveníveis de descompensação da IC^(10,11). A evolução do conhecimento de que as causas potencialmente preveníveis estavam entre as mais frequentes causas de descompensação alavancou o desenvolvimento e implementação de programas de manejo da IC conduzidos por equipes multidisciplinares⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A abordagem multidisciplinar foi a estratégia que demonstrou melhores benefícios ao longo do tempo tendo impacto principalmente na redução de readmissões, melhora na qualidade de vida, na adesão e na redução de custos para os sistemas de saúde^(12,13). A estratégia utilizada pelos profissionais concentra-se basicamente em melhorar as habilidades dos pacientes e/ou de seus cuidadores para o autocuidado, baseados em um processo de educação e conhecimento sobre o complexo tratamento que envolve a IC⁽¹⁵⁾. O autocuidado no contexto da IC é definido como um processo de tomada de decisão que consiste na manutenção da estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e na resposta à piora dos sintomas quando eles ocorrem (manejo do autocuidado). A manutenção do autocuidado envolve a adesão à medicação, o consumo de uma dieta com pouco sal, cessação do tabaco, consumo limitado de álcool, monitorização diária de peso e de sinais ou sintomas de

descompensação da IC. O manejo do autocuidado envolve o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, o julgamento se esses são relevantes ou não, a definição de uma ação em resposta a esses sinais e sintomas e a avaliação da efetividade dessas ações⁽¹⁶⁾.

Durante esse processo de educação sistemática é que as habilidades para a implementação do autocuidado pelos pacientes ou seus cuidadores ganham espaço e constituem-se em importantes ações a serem planejadas e acordadas para sua realização⁽¹⁷⁾. Da necessidade de avaliar a efetividade das orientações fornecidas aos pacientes para realização do autocuidado e do impacto dessas em desfechos clínicos que surgiram os instrumentos ou escalas de medida de autocuidado^(18,19). Embora muitos instrumentos estejam disponíveis, são escassos os trabalhos que propõem instrumentos válidos, práticos e que sejam direcionados a pacientes com IC⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, enfermeiros americanos desenvolveram uma escala que contempla todos os aspectos fundamentais relacionados ao autocuidado na IC, avaliando esse comportamento nas etapas de Manutenção, Manejo e Confiança. Por meio dessa escala é possível avaliar o reconhecimento dos sintomas de descompensação da IC, o processo de tomada de decisão e a confiança que o paciente tem em tomar determinada atitude em relação ao seu autocuidado. Este instrumento denominado *Self-Care of Heart Failure Index versão 6.2 (SCHFI v. 6.2)* ainda não está disponível na língua portuguesa⁽²¹⁾.

Justificativa e Relevância do Estudo

O enfermeiro desempenha um papel de destaque na equipe multidisciplinar envolvida no tratamento de pacientes com IC, principalmente relacionado ao processo de educação para o autocuidado e avaliação de desfechos. Durante esse processo a avaliação do conhecimento, das habilidades para o autocuidado, assim como as atitudes dos pacientes em caso da ocorrência de sinais e sintomas de descompensação torna-se uma ferramenta importante para guiar a equipe nas suas estratégias. No Brasil, não existem escalas validadas que avaliem o autocuidado de pacientes com IC em todas as suas etapas (Manutenção, Manejo e Confiança).

Este estudo torna-se relevante para a prática clínica uma vez que se propõe validar um instrumento que avalia o autocuidado em suas diferentes etapas e, principalmente, identifica em qual etapa o autocuidado está prejudicado. A identificação das barreiras e dificuldades enfrentadas pelos pacientes permite planejar e implementar estratégias individualizadas, com o objetivo de melhorar a adesão, o conhecimento, as habilidades para o autocuidado com consequente alcance da estabilidade clínica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Realizar a adaptação transcultural e validar a escala SCHFI v 6.2 para o uso no Brasil em uma amostra de pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a validade de face e de conteúdo da versão adaptada da SCHFI v 6.2 por meio da análise de um comitê de juízes e do pré-teste.
- Avaliar a validade de construto convergente por meio da correlação da SCHFI v 6.2 com uma escala de autocuidado já validada no Brasil a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*.
- Avaliar a fidedignidade quanto à consistência interna (Alfa de Cronbach) e quanto à estabilidade (concordância inter observador) da versão adaptada da SCHFI v 6.2

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O referencial teórico deste estudo tem como base aspectos relacionados à IC, epidemiologia, sua sintomatologia e seu tratamento, fatores que se referem à adesão e ao autocuidado de pacientes com essa condição clínica, bem como o processo de adaptação transcultural e validação de instrumentos.

3.1 Insuficiência Cardíaca

3.1.1 Definição e Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca

A IC é uma síndrome clínica complexa caracterizada por anormalidades da função do ventrículo esquerdo (VE) ou direito. A IC é definida como a incapacidade do coração de gerar um débito cardíaco adequado ou realizar essa função mediante pressões elevadas de enchimento do VE⁽²²⁾.

Dados de 2010 da *American Heart Association* (AHA) apontam a IC como a principal causa de hospitalização e morte nos Estados Unidos e na Europa. Os custos diretos e indiretos com a IC nos Estados Unidos neste mesmo ano foram de 39 bilhões de dólares⁽²³⁾.

No Brasil, no ano de 2010, as doenças cardiovasculares representaram a terceira maior causa de internações e a IC foi responsável por 2,3% das hospitalizações e por 5,8% dos óbitos registrados pelo Sistema Único de Saúde, contribuindo com 3% do consumo total de recursos desse sistema⁽²⁴⁾. Um estudo realizado em um hospital universitário brasileiro avaliou os custos diretos e indiretos da IC em nível ambulatorial e hospitalar. Os resultados apontaram que os gastos com medicamentos ambulatoriais totalizaram R\$83.430,00 e o custo por paciente internado foi de R\$4.033,62 representando os principais componentes do custo direto com a IC⁽²⁵⁾.

3.1.2 Etiologia da Insuficiência Cardíaca

Por ser tratar de uma síndrome e não de um diagnóstico primário a IC possui diversas etiologias prováveis e inúmeras características clínicas. Pacientes podem ter uma diversidade de doenças cardiovasculares primárias e nunca desenvolver a insuficiência cardíaca⁽²⁶⁾.

A principal etiologia da IC no Brasil é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas

condições sócio econômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática crônica, que são situações especiais de IC em nosso meio⁽²⁷⁾.

3.1.3 Insuficiência Cardíaca Sistólica *versus* Diastólica

IC sistólica e IC diastólica são essencialmente duas definições dessa síndrome usadas para delimitar diferenças na função do miocárdio, no entanto apresentam sintomas bastante similares⁽²⁸⁾.

A IC sistólica é causada por uma função de bomba prejudicada, com fração de ejeção do VE reduzida e um volume diastólico final aumentado, o que causa aumento do VE e mudança na forma ventricular através do remodelamento. Na IC diastólica, o VE tem complacência diminuída e é incapaz de encher adequadamente com pressões normais. Essa condição resulta na redução do volume diastólico final, que causa queda no volume sistólico e sintomas de baixo débito cardíaco, e/ou elevação da pressão diastólica final que, por sua vez, determina o surgimento de sintomas de congestão pulmonar⁽²⁹⁾.

3.1.4 Manifestações Clínicas da Insuficiência Cardíaca

Independente se a disfunção é primariamente sistólica, diastólica ou mista, a IC usualmente resulta em sintomas característicos⁽²⁶⁾. Pacientes com IC apresentam frequentemente sinais objetivos de retenção de líquido traduzidos por sinais de congestão venocapilar pulmonar e/ou congestão venosa sistêmica⁽²⁷⁾. As manifestações clínicas mais comuns são a dispneia, o edema periférico e a fadiga, porém, podem ser de difícil interpretação, particularmente em pacientes idosos, obesos e pneumopatas. A dispneia progressiva aos esforços é um dos mais importantes sintomas dessa síndrome e pode evoluir até a dispneia em repouso ou ortopneia. Outras manifestações são a dispneia paroxística noturna e o edema agudo de pulmão. A tosse é uma manifestação clínica que, apesar de não ser específica, está frequentemente associada ao quadro clínico da IC⁽³⁰⁾.

Outros sintomas relacionados ao baixo débito cardíaco incluem: hipotensão arterial, manifestações de isquemia cerebral (hipoperfusão), como alterações do nível de consciência, manifestações de insuficiência vascular periférica, sudorese e cianose⁽³⁰⁾.

Arritmias atriais e ventriculares podem ser frequentes, contribuindo para a gravidade da IC, aumento no número de readmissões e da mortalidade⁽³⁰⁾.

Durante o exame físico pode-se observar: a) presença de 3ª bulha b) taquicardia em repouso ou provocada por mínima atividade física; c) pulso alternante, indicativo de disfunção ventricular grave; d) sinais de hipertensão venosa sistêmica e pulmonar; e) estertores de finas bolhas principalmente nas bases dos pulmões; f) turgência jugular a 45°; g) refluxo hepatojugular à compressão hepática; h) hepatomegalia dolorosa à palpação; i) edema de membros inferiores, edema na região sacra, ascite e anasarca⁽³⁰⁾.

3.1.5 Classificação Funcional da Insuficiência Cardíaca

Como demonstrado no Quadro 1, há dois métodos estabelecidos para classificar a severidade da IC crônica. A *New York Heart Association* (NYHA) categoriza a IC em quatro classes funcionais com base na intensidade dos sintomas. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. Em contrapartida, a *American College of Cardiology* (ACC) e a *American Heart Association* (AHA) graduaram a IC de acordo com o nível de disfunção cardíaca e seus sintomas. Essa classificação inclui pacientes que não apresentam os sintomas de IC, mas que têm risco para desenvolvê-la (Quadro 1)⁽³¹⁾.

Quadro 1: Classificação utilizada para distinguir a severidade da IC.

Classificação <i>New York Heart Association</i> (comitê da NYHA, 1964)	Classificação da <i>American College of Cardiology</i> e <i>American Heart Association</i>
I Pacientes com IC, mas sem evidência da doença e nenhuma limitação física durante atividades diárias. Sem sintomas de fadiga, palpitação, dispneia e angina.	Estágio A Pacientes assintomáticos, mas com alto risco de desenvolver IC. Não apresentam lesão estrutural ou funcional.
II Pacientes com IC, confortáveis no repouso, mas com limitações nas atividades diárias apresentando palpitação, dispneia e angina.	Estágio B Pacientes assintomáticos com distúrbio cardíaco estrutural fortemente associado com o desenvolvimento de IC.
III Pacientes com IC, apresentando grandes limitações nas atividades diárias,	Estágios C Doentes com sintomas de IC atuais ou prévios e com alteração

mas confortáveis no repouso. Apresentam palpitação, dispneia e angina em qualquer atividade física com maior esforço.	estrutural do coração.
IV Pacientes com IC, com sintomas mesmo em repouso e qualquer exercício físico é acompanhado com o aumento de desconforto.	Estágio D Doentes com disfunção cardíaca avançada e com sintomas em repouso, a despeito da terapia farmacológica otimizada. Geralmente são pacientes que necessitam de intervenções especializadas.

Fonte: adaptado de III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009⁽²⁷⁾, Azzolin, 2011⁽³²⁾.

3.1.6 Objetivos do Tratamento da Insuficiência Cardíaca

Os principais objetivos do tratamento da IC são aliviar os sintomas, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes, prolongar a sobrevida, reduzir exacerbações agudas e admissões hospitalares. Isto implica em um tratamento considerado complexo, que inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas visando manter e alcançar a estabilidade clínica⁽³³⁾.

O manejo farmacológico da IC inclui medicações para controlar sintomas, progressão da IC e mortalidade. Duas classes têm sido recomendadas como fundamentais para retardar a progressão da disfunção cardíaca e reduzir a mortalidade: inibidores da enzima conversora de angiotensina e os betabloqueadores. No entanto, novas classes de fármacos têm sido adicionadas ao tratamento e também têm demonstrado impacto na mortalidade. Entre essas estão os bloqueadores do receptor da angiotensina, antagonistas da aldosterona e a combinação de hidralazina com nitratos orais⁽²⁶⁾. A digoxina também é indicada para pacientes com disfunção sistólica, sintomáticos e com tratamento otimizado para controle da frequência cardíaca ou melhora dos sintomas, não tendo impacto na mortalidade. Diuréticos também são indicados para melhorar os sintomas de congestão, aumento da capacidade para o exercício e redução do risco de descompensação. No entanto, resultados de um estudo randomizado apontam que altas doses de diuréticos em pacientes com níveis de uréia acima da média foi associado à maior mortalidade. Sendo assim, seu uso é indicado apenas para pacientes sintomáticos com sinais e sintomas de congestão⁽³⁴⁾.

Estratégias não farmacológicas representam uma importante contribuição à terapia da IC e têm impacto significativo na estabilidade, capacidade funcional, mortalidade e qualidade de vida dos pacientes. Dentre as medidas não farmacológicas estão: restrições dietéticas, restrição da ingesta hídrica (de acordo com a condição clínica do paciente e a dose de diurético utilizada), monitorização diária do peso, prevenção de fatores agravantes (vacinação contra *Influenza* anualmente e *Pneumococcus* a cada 3 ou 5 anos; cessação do tabagismo e do uso de bebida alcoólica) e prática de atividade física^(26,27).

As classes de recomendação e os níveis de evidência para medidas não-farmacológicas encontram-se no Quadro 2. Reitera-se que o acompanhamento de pacientes em clínicas de IC é considerado Classe I de recomendação com nível de evidência A.

Quadro 2: Classe de recomendação e níveis de evidência de medidas não-farmacológicas no tratamento da IC.

Classe de Recomendação	Indicações	Nível de Evidência
Classe I	Dieta saudável com adição de até 6g de sal, individualizada conforme as características do paciente	C
	Vacinar contra <i>Influenza</i> (anualmente) e <i>Pneumococcus</i> (a cada 5 anos) caso não haja contra indicação.	C
	Estimular a supressão do tabaco	C
	Reabilitação cardiovascular para pacientes com IC crônica estável em classe funcional II-III (NYHA) para melhora na qualidade de vida e capacidade de exercício.	C
Classe IIa	Restrição hídrica de 1.000 a 1.500 ml em pacientes sintomáticos com risco de hipervolemia	C
	Há necessidade de abstinência total do álcool em pacientes com miocardiopatia alcoólica	C
Classe IIb	Restrição hídrica menor que 1.000 ml de rotina	C

Fonte: Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, SBC, 2012⁽³⁴⁾.

3.1.7 Fatores Precipitantes e Readmissões Hospitalares por Insuficiência Cardíaca

No final da década de 80, pesquisadores americanos publicaram um estudo prospectivo com 101 pacientes admitidos em um grande hospital público nos Estados Unidos e buscaram descrever os fatores precipitantes das readmissões. Os resultados apontaram que a não adesão ao tratamento farmacológico (uso regular das medicações) e não farmacológico (restrições dietéticas) foram responsáveis pelo aumento no número de internações por

descompensação da doença. Este foi o primeiro estudo que investigou os fatores precipitantes de readmissões e que apontou a não adesão, causa prevenível, como um das principais de descompensação⁽⁷⁾.

Ao longo das últimas décadas outros autores também sugerem que a baixa adesão às orientações para mudanças no estilo de vida, fatores considerados modificáveis, contribuem para instabilidade clínica dos pacientes e, por consequência, aumentam o número de readmissões^(6,11,35).

Entre os fatores modificáveis para descompensação da doença também podemos citar a educação e orientação inadequada dos pacientes e dos seus cuidadores sobre a prática do autocuidado, a comunicação inadequada entre os profissionais de saúde e seus pacientes, plano inadequado de alta hospitalar, falha em organizar seguimento adequado aos pacientes, falha em avaliar as questões psicológicas, ambiental e sócio econômicas, dentre outros que também afetam diretamente o cuidado, como a idade avançada, a presença de múltiplas comorbidades e etc⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Dados de um estudo publicado no Brasil, que incluiu 263 pacientes admitidos em unidades de emergência com diagnóstico de IC descompensada indicou dados alarmantes. Os resultados demonstraram que um terço dos pacientes morreu no primeiro ano de seguimento do estudo, 50% necessitaram de atendimento em serviços de emergência após a alta hospitalar e em torno de 30% reinternaram antes de um ano. Os autores sugerem que medidas de orientação objetivando melhorar a adesão, poderiam ter grande impacto nas readmissões e na qualidade de vida dos pacientes⁽⁶⁾.

Em contrapartida, alguns estudos apontam que, embora os pacientes tenham bom conhecimento sobre a IC, às taxas de readmissões hospitalares continuam elevadas confirmando a má adesão⁽⁸⁾.

Um estudo publicado em 2010 teve como objetivo identificar a associação da adesão às medidas não farmacológicas (dieta, restrição hídrica, atividade física) com desfechos como morte e readmissão por IC. Os resultados demonstraram que os pacientes não aderentes a pelo menos uma das medidas não farmacológicas apresentaram maior risco de mortalidade ou readmissão por IC⁽⁸⁾.

Os profissionais da saúde são diariamente desafiados a prevenir as readmissões hospitalares recorrentes por exacerbação dos sintomas. A maioria dos custos associados com o cuidado de pacientes com IC é atribuível a essas hospitalizações⁽²⁵⁾. Neste contexto, a avaliação, o acompanhamento e a prevenção de fatores precipitantes de descompensação constituem importantes aspectos relacionados ao cuidado e manejo destes pacientes^(7,11,35).

3.1.8 Programas de Manejo da Insuficiência Cardíaca

Diante das evidências de que causas potencialmente preveníveis estavam entre as mais freqüentes causas de descompensação da IC que surgiram os programas de manejo conduzidos por equipes multidisciplinares⁽¹²⁾.

A abordagem multidisciplinar consiste em um processo de educação sobre o complexo tratamento da IC e, especialmente, a conscientização dos pacientes e seus cuidadores sobre a importância da prática do autocuidado⁽¹⁵⁾. A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros (educação do paciente e seus cuidadores), nutricionistas (orientação dietética), assistente social (plano de alta hospitalar), médico cardiologista (revisão das medicações e tratamento) e um serviço de visita domiciliar quando possível. Essa abordagem resulta em maior sobrevida livre de eventos, redução das taxas de readmissões e custos para os sistemas de saúde⁽³⁹⁾.

O primeiro ensaio clínico randomizado (ECR) que avaliou o efeito da abordagem multidisciplinar para os desfechos de sobrevida livre de readmissões em 90 dias, readmissões por IC, qualidade de vida e custos foi publicado em meados da década de 90. Esse estudo incluiu 282 pacientes, 140 alocados para o grupo controle e 142 para o grupo intervenção. O grupo intervenção recebeu educação intensiva sobre IC, avaliação individualizada sobre a dieta realizada por enfermeiras e nutricionistas, consultoria com assistente social para planejamento da alta hospitalar, além de consulta domiciliar e contato telefônico realizado pela equipe do estudo. O número de readmissões por qualquer causa, custos e qualidade de vida foram significativamente melhores no grupo intervenção⁽⁴⁰⁾.

A partir deste estudo, ampliaram-se as intervenções multidisciplinares no seguimento de pacientes com IC como abordagem coadjuvante ao tratamento farmacológico otimizado sugerindo que essas devam ser iniciadas tanto no cenário hospitalar como ambulatorial⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Em uma das últimas metanálises publicadas em 2005 os autores consideraram abordagens multidisciplinares aquelas que foram desenvolvidas por uma equipe composta por médicos e incluindo um ou mais profissionais como: enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas ou assistentes sociais. As intervenções foram divididas em quatro grupos: visitas domiciliares, monitorização em casa ou por vídeo, seguimento telefônico e intervenções em clínicas de IC ou hospitalares sozinhas. Os desfechos avaliados foram: hospitalização por todas as causas, morte por todas as causas e internação por IC. Os resultados demonstraram que as intervenções multidisciplinares reduziram ambos, internações

hospitalares e morte por todas as causas. A intervenção mais efetiva foi àquela realizada, pelo menos em parte, no domicílio⁽¹²⁾.

O estudo *Repetitive Education and Monitoring for Adherence for Heart Failure* (REMADHE), ECR conduzido por pesquisadores brasileiros, buscou avaliar em longo prazo a efetividade de um programa de manejo de IC que consistia em uma estratégia multidisciplinar de educação e monitorização por telefone. Foram incluídos 350 pacientes, 117 alocados para o grupo controle e 233 para o grupo intervenção que foram seguidos em média por dois anos. Os desfechos primários avaliados foram morte ou hospitalizações não programadas. Os resultados deste estudo demonstraram que, no grupo intervenção, houve uma redução significativa no número de hospitalizações, visitas à emergência, além da melhora na qualidade de vida. A mortalidade foi similar em ambos os grupos⁽¹³⁾.

Um estudo semelhante realizado em cenário intra hospitalar, publicado em 2011 por enfermeiras do Grupo de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), buscou avaliar, através de um ECR a combinação de contato telefônico e orientações de enfermagem durante a internação por IC descompensada. Os resultados apontaram que a intervenção educativa de enfermagem intra hospitalar beneficiou todos os pacientes com IC em relação ao conhecimento da doença e autocuidado, independente do contato telefônico após alta hospitalar⁽⁴⁴⁾.

Salienta-se que esses dois estudos citados acima foram os primeiros ensaios clínicos no Brasil que testaram a abordagem multidisciplinar no seguimento de pacientes com IC para avaliação de desfechos clínicos e de autocuidado com benefícios comprovados^(13,44).

É evidente na literatura que programas que incluem equipes multidisciplinares, seguimento telefônico e visitas domiciliares, desempenham papel significativo nos desfechos e as metanálises confirmam seu potencial em reduzir os riscos de hospitalizações e prolongar a sobrevivência dos pacientes⁽⁴³⁾.

3.1.9 Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

O objetivo dos programas de manejo de IC envolve o processo de educação dos pacientes sobre o complexo tratamento que envolve esta síndrome e a conscientização sobre a importância da prática do autocuidado⁽²¹⁾.

Pesquisadores americanos definiram pela primeira vez o autocuidado no contexto da IC como um processo de tomada de decisão que envolve a manutenção da estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado) e resposta à piora dos sintomas quando eles ocorrem

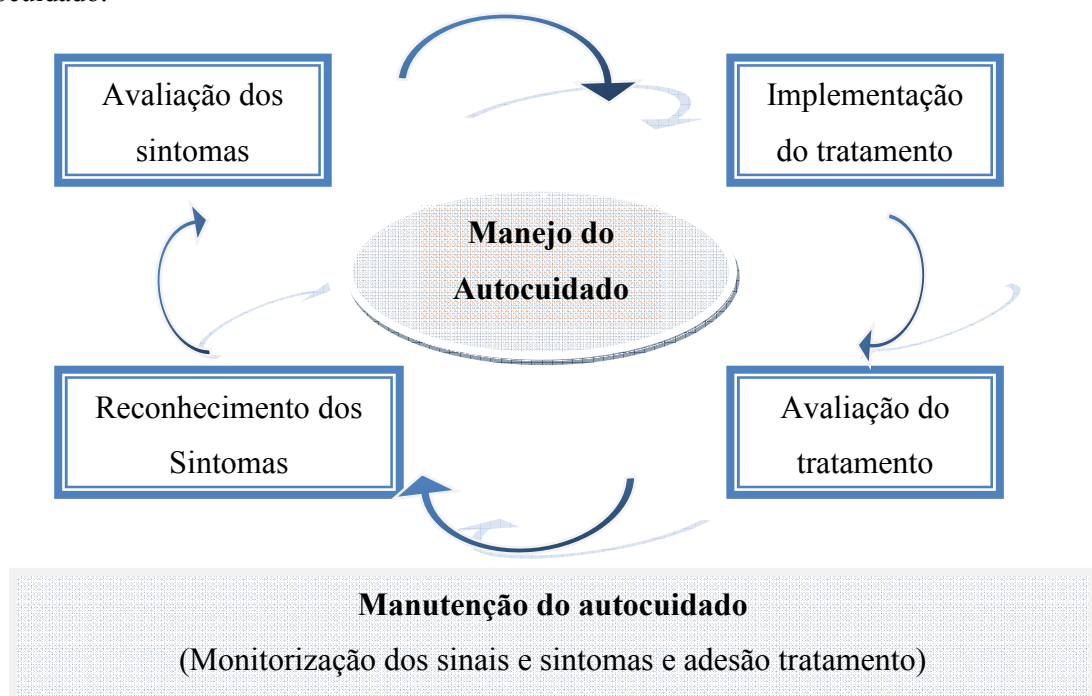
(manejo do autocuidado). Desta forma, aqueles que praticam a manutenção do autocuidado apresentam melhor qualidade de vida, aderem ao regime terapêutico e monitoram os sintomas. A monitorização dos sintomas é essencial caso se tomem decisões em resposta aos sintomas (manejo do autocuidado)⁽²⁰⁾.

O manejo do autocuidado é um processo ativo e deliberado que se inicia com o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas (por exemplo, falta de ar ou edema), o julgamento se esses sinais e sintomas são relevantes, a decisão de tomar medidas e implementar uma estratégia de tratamento (por exemplo, tomar uma dose extra de diurético) e avaliar a efetividade da estratégia implementada (Figura 1)⁽¹⁶⁾.

No entanto, vários fatores situacionais (experiência, conhecimento), físicos (capacidade funcional), psicológicos (depressão, comportamento), sociais (suporte social, situação econômica) e clínicos (cognição) podem afetar o manejo do autocuidado realizado pelo próprio paciente⁽¹⁶⁾.

Estudos realizados nos últimos anos apontam que tais fatores dificultam o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas (edema periférico, dispneia, fadiga) e fazem com que os pacientes tenham pouca confiança em desempenhar as atividades de autocuidado⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

Figura 1: Modelo de autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Nesse modelo, a manutenção do autocuidado é a base para um manejo efetivo do autocuidado. A manutenção e o manejo do autocuidado são conectados através do processo de monitorização dos sinais e sintomas, que é um pré-requisito para o reconhecimento dos sintomas e passos subsequentes no processo do manejo do autocuidado.



Fonte: Adaptado de Riegel et al, 2011⁽¹⁶⁾.

Evidências apontam que intervenções para o autocuidado estão relacionadas diretamente à redução nas taxas de readmissões por IC, morte e melhora na qualidade de vida dos pacientes⁽⁴⁸⁾.

Nesta perspectiva uma revisão sistemática realizada em 2006 concluiu que o autocuidado teve impacto na redução de readmissões por IC e por todas as causas⁽⁴⁹⁾. Posteriormente, outra revisão apontou que a prática do autocuidado na IC reduziu significativamente a mortalidade⁽⁵⁰⁾.

Um estudo conduzido por pesquisadores europeus demonstrou que a adesão às medidas não farmacológicas (seguir dieta recomendada, restrição hídrica, monitorização diária de peso e prática de atividade física) no mês seguinte a hospitalização aumentou a sobrevida livre de eventos e que, os pacientes que não aderiram a pelo menos uma das recomendações tiveram 40% mais risco de readmissões e morte⁽⁸⁾.

3.1.10 Instrumentos de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

A despeito de toda a ênfase na educação para o autocuidado, alguns estudos têm demonstrado que para muitos pacientes o autocuidado na IC é pouco compreendido e muitas vezes inadequado. Esses estudos reforçam a necessidade de desenvolver estratégias eficazes e a importância de avaliar e medir mudanças no comportamento de autocuidado assim como as habilidades desenvolvidas pelos pacientes como desfechos de saúde⁽⁵¹⁾. Em algumas áreas de ciências do comportamento é usual a construção de escalas para medir variáveis, conceitos ou constructos teóricos não diretamente observáveis, como, por exemplo, o conhecimento e o autocuidado. O objetivo de construir essas escalas, é que essas medidas sejam as mais precisas possíveis e que mensurem de fato o que foram planejadas para medir⁽⁵²⁾.

Diante da preocupação em desenvolver instrumentos que pudessem mensurar de maneira objetiva o autocuidado na IC e desta forma melhorar as estratégias para seguimento destes pacientes, alguns pesquisadores criaram escalas que, por meio de escores, apontam se o autocuidado é adequado ou não⁽⁵¹⁾.

Na metade dos anos 80 os primeiros pesquisadores buscaram avaliar o autocuidado em pacientes com doenças crônicas através de um instrumento. No entanto, até o início dos anos 2000 nenhuma escala havia sido criada para avaliar esse comportamento em pacientes com IC. Hoje a literatura conta com diversos questionários e escalas que avaliam o autocuidado e o

conhecimento, porém são escassos os trabalhos que propõem instrumentos válidos, práticos e que sejam direcionados a pacientes com IC⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Uma revisão sistemática buscou identificar os instrumentos que mensuravam o autocuidado em pacientes com IC e que demonstravam suas propriedades psicométricas. Foram identificados na literatura 14 instrumentos. No entanto, apenas dois instrumentos que avaliavam o autocuidado especificamente em paciente com IC foram identificados: *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* (EHFScBS), e *Self-Care of Heart Failure Index*⁽⁵¹⁾.

Esses instrumentos foram submetidos a testes psicométricos rigorosos consistindo, portanto, nos dois instrumentos disponíveis na literatura para avaliar o comportamento do autocuidado em pacientes com IC⁽⁵¹⁾. Na Europa, a EHFScBS foi validada com 442 pacientes em dois centros na Suécia, três na Holanda e um na Itália. Os resultados indicaram que esse instrumento é válido, reprodutível e prático para avaliar o autocuidado dos pacientes com IC⁽⁵³⁾. Posteriormente, esse mesmo instrumento foi validado também no Japão⁽⁵⁴⁾.

Recentemente nosso grupo de pesquisa realizou a adaptação transcultural e testou as propriedades psicométricas da EHFScBS conferindo validade à essa escala para ser usado no Brasil como ferramenta para avaliar o comportamento de autocuidado de pacientes com IC. No entanto, essa escala apresenta uma limitação, uma vez que não contempla aspectos importantes como o reconhecimento dos sintomas, tomada de decisão e confiança do paciente⁽⁵⁵⁾.

3.1.11 *Self-Care of Heart Failure Index*: Desenvolvimento e Descrição do Instrumento

Diante da inexistência de instrumentos que avaliassem o autocuidado em pacientes com IC um grupo de enfermeiras americanas publicou em 2000 uma escala denominada “*Self-management of Heart Failure Scale*” (SMHFS), com o objetivo de avaliar o autocuidado neste grupo de pacientes⁽²⁰⁾.

As pesquisadoras desenvolveram a SMHFS a partir da identificação de limitações e lacunas deixadas por outros pesquisadores. Uma das grandes limitações identificadas foi a de que alguns pesquisadores exploraram o autocuidado assumindo que o conhecimento é suficiente para realizá-lo. Em outros casos, muitos investigadores confundiam os conceitos de autocuidado e adesão ao tratamento. As pesquisadoras acreditavam que adesão ao tratamento não era um substituto adequado para o nível de participação exigida no manejo de uma doença tão complexa como a IC⁽²⁰⁾.

A SMHFS foi construída baseada no modelo naturalístico de tomada de decisão, que aborda como as pessoas tomam decisões em ambientes do “mundo real”. Quatro características exemplificam este processo de tomada de decisão: (1) foco no processo e não no resultado, (2) utilizar como regra decisões que correspondam à situação e a ação, (3) permitir que o contexto influencie a tomada de decisão e (4) basear as decisões práticas nas informações empíricas disponíveis no momento. Na IC, a chave para o processo naturalístico de tomada de decisão é o reconhecimento dos sintomas. Quando o reconhecimento falha, o que acontece frequentemente na IC uma vez que os sintomas têm início súbito, os pacientes acabam tomando decisões baseadas em julgamentos equivocados. Quando as decisões são realizadas desta forma (por exemplo, “meu peso vai se manter estável hoje pois eu não comi muito sal ontem”) erros no julgamento são comuns. Neste exemplo, o erro está no fato de o paciente achar que ter consumido uma dieta com pouco sal em um dia vai manter seu peso estável. Quando o correto seria evitar o consumo exagerado de sal todos os dias para desta forma evitar oscilações de peso. E, na IC, estes erros podem levar a consequências graves como admissões hospitalares, por exemplo⁽⁵⁶⁾.

Explorar os erros no processo de tomada de decisão pode auxiliar os profissionais a identificar maneiras de melhorar as habilidades dos pacientes para tomarem decisões mais assertivas. A SMHFS foi desenhada para permitir que os pesquisadores e demais profissionais da saúde avaliem o comportamento dos pacientes, explorem as decisões tomadas pelos pacientes com relação ao seu autocuidado e avaliem a confiança dos mesmos no processo de tomada de decisão⁽⁵⁶⁾.

A SMHFS era originalmente composta por 65 itens e seis subescalas com a finalidade de mensurar a capacidade dos pacientes com IC de lidar com a doença. Este instrumento demonstrou-se clinicamente adequado, sendo capaz de apontar em que etapa o autocuidado era prejudicado, sendo útil para a equipe de saúde. Contudo, sua aplicação na prática foi considerada limitada, devido a sua extensão. Por isso, desde a sua publicação, a escala sofreu diversas modificações, nas quais itens foram refinados, adicionados e suas características psicométricas foram avaliadas de diferentes maneiras⁽²¹⁾.

Em 2004 essa escala foi atualizada e sua versão revisada foi denominada “*Self Care of Heart Failure Index*”⁽⁵⁶⁾. A escala foi reduzida, alguns itens foram modificados e na sua versão atual conta com 22 questões divididas em três subescalas. As subescalas são: Manutenção do Autocuidado composta por 10 itens, Manejo do Autocuidado composta por seis itens e Confiança no Autocuidado composta por seis itens. As respostas para cada item variam de “nunca/raramente” a “sempre/diariamente” para a o domínio Manutenção do

Autocuidado; “pouco provável a muito provável” para o domínio Manejo do Autocuidado e “não confiante e extremamente confiante” para o domínio Confiança no Autocuidado. Os autores encorajam fortemente que os escores para cada subescala devam ser calculados separadamente e não combinando os valores das três subescalas. Os escores para cada domínio variam de 0 a 100; escores maiores refletem um autocuidado superior e um autocuidado adequado é considerado quando o escore para cada subescala é igual ou superior a 70 pontos⁽²¹⁾.

Para calcular o escore da subescala de Manutenção do Autocuidado, por exemplo, devemos primeiramente reverter o item oito, que é o único item com resposta negativa do instrumento. Após reverter este item, o escore mínimo da subescala de Manutenção do Autocuidado é 10. O escore total máximo é de 40 pontos e representa o melhor autocuidado. Portanto, para o intervalo de 10 a 40 pontos no escore, devemos usar a seguinte fórmula para computar um escore padronizado (100 pontos) para a subescala de Manutenção: (soma dos itens da sessão A- 10) x 3.333⁽²¹⁾.

Para calcular o escore da subescala de Manejo do Autocuidado que possui seis questões, cujas respostas variam de 0 a 4, o escore máximo é 24 e o mínimo é quatro pontos. Portanto, devemos utilizar a seguinte fórmula: (soma dos itens da sessão B-4) x 5⁽²¹⁾.

Para a subescala de confiança o escore total máximo é 24 e o mínimo é seis. Para computar os escores devemos utilizar a fórmula: (soma dos itens da sessão C-6) x 5,56⁽²¹⁾.

Em sua atualização mais recente foram avaliadas questões sobre reprodutibilidade, grau de dificuldade dos itens, efeitos de aprendizado nos escores, ponto de corte e limitações quanto à aplicação do instrumento⁽²¹⁾.

Os resultados dessa revisão demonstraram que o instrumento continua sendo válido e que as subescalas podem ser aplicadas separadamente⁽²¹⁾. Essa versão mais recente denominada “*Self-Care of Heart Failure Index v.6.2*” já possui versões disponíveis em chinês e italiano. Resultados do processo de validação da SCHFI v 6.2 para a população chinesa indicaram que esse instrumento é válido e pode ser utilizado para avaliar o autocuidado em pacientes com IC na China⁽⁵⁷⁾. Dados sobre a validação do instrumento em sua versão em italiano ainda não estão disponíveis.

3.2 Processo de Adaptação Transcultural de Instrumentos

Estudos que envolvem a adaptação transcultural ou cultural de instrumentos são cada vez mais utilizados na área da saúde, pois a maioria dos instrumentos desenvolvidos para

mensurar variáveis psicossociais encontra-se em língua inglesa e são direcionados para as populações que falam este idioma⁽⁵⁸⁾. Durante muitos anos a tendência dos pesquisadores era adaptar estes instrumentos provenientes de outras línguas e culturas, simplesmente traduzindo-os, ou, no máximo realizando a comparação literal entre ambos. Diante dessa realidade, há alguns anos, pesquisadores de diferentes áreas vêm sugerindo e recomendando que o processo de tradução englobe a tradução literal das palavras do instrumento na língua original para a língua a ser traduzida e um rigoroso processo de adaptação que contemple o contexto cultural da população-alvo^(58,59).

Como o processo de desenvolvimento de um novo instrumento é árduo e requer um grande investimento de tempo e dinheiro, muitos pesquisadores optam por adaptar instrumentos já existentes para realidades e contextos distintos daqueles em que foram criados⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. Esse processo envolve duas etapas: a avaliação rigorosa da tradução do instrumento e a adaptação propriamente dita e, a avaliação das propriedades psicométricas na nova versão⁽⁶³⁾.

Do mesmo modo que a construção de um novo instrumento de medida é um processo longo e dispendioso, a adaptação de um instrumento já existente para outra cultura também exige tempo, custos e o cumprimento de um processo metodológico rigoroso⁽⁶⁴⁾. O instrumento adaptado precisa satisfazer todos os critérios metodológicos exigidos para a medida original, ou seja, ser válido e confiável e medir aquilo que realmente se propõe a medir⁽⁶⁰⁾.

É consenso entre vários pesquisadores que a tradução literal dos instrumentos não garante que os mesmos sejam válidos. Um dos objetivos da adaptação transcultural é adaptar o instrumento de uma maneira culturalmente relevante e compreensível, mantendo o significado e a intenção dos itens originais^(60,65).

Uma das propostas mais utilizadas para esta adaptação tem sido aquela preconizada por pesquisadores da França, no início dos anos 90⁽⁵⁸⁾. Essa proposta foi revisada e sua última atualização foi publicada em 2007⁽⁶³⁾. Os autores sugerem as seguintes etapas a serem realizadas:

a) Tradução: A primeira etapa do processo de adaptação é a tradução. A recomendação é que seja realizada por dois tradutores diferentes que dominem o idioma original e o idioma para o qual o instrumento será traduzido. O objetivo dessa etapa é obter uma versão que preserve o mesmo significado de cada item entre as duas línguas, visando manter a integridade do instrumento de medida.

b) Retrotradução (*back-translation*): consiste em traduzir novamente para a língua de origem a versão obtida na primeira etapa. Nessa etapa, os autores aconselham que os tradutores sejam fluentes no idioma e nas formas coloquiais da língua de origem do instrumento, ou seja, devem ser nativos do país para o qual o instrumento foi criado. A seguir, a versão original e as versões traduzidas devem ser comparadas, sendo as divergências discutidas com os tradutores e o pesquisador responsável. O objetivo é corrigir possíveis erros de tradução que comprometam os significados dos itens e rever interpretações equivocadas ocorridas durante as etapas de tradução e retro tradução, as quais deverão ser corrigidas.

c) Síntese da Tradução e Retro tradução: Ao final da tradução e da retro tradução são obtidas versões síntese resultantes das duas traduções realizadas originalmente. Essas sínteses serão posteriormente avaliadas pelo comitê de juízes e comparadas com a versão original, de maneira que, deverá ser obtido consenso entre todos os itens, da versão original e das traduções. É sugerido que esta etapa seja apenas realizada com a tradução, no entanto, outros autores⁽⁶³⁾ sugerem que a haja uma síntese resultante da retro tradução⁽⁶⁶⁾.

d) Revisão da versão traduzida por comitê de juízes: um comitê deve ser constituído por pessoas, preferencialmente bilíngues, representativas da população-alvo e de especialistas nos conceitos a serem explorados. O papel do comitê é obter uma versão final do instrumento de modo que este seja linguisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro traduções realizadas durante as etapas anteriores. Ou seja, o objetivo dessa etapa é assegurar que todo o conteúdo do instrumento (instruções para seu preenchimento, itens e escala de resposta) tenha sido traduzido e adaptado de forma a preservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo. Dessa maneira, foram propostas várias taxonomias de equivalências com o objetivo de avaliar as versões, original e final, do instrumento de medida. A seguir, são definidos os tipos de equivalência descritos pelo autor seguido neste estudo⁽⁶⁵⁾.

a) Equivalência Semântica:

Devemos fazer as seguintes perguntas: As palavras significam a mesma coisa? Há múltiplos significados para o mesmo item? Há dificuldades gramaticais na tradução?

b) Equivalência Idiomática

Termos coloquiais (“gírias”) são raramente traduzíveis, dessa forma, devemos encontrar expressões equivalentes para substituí-las.

c) Equivalência Experimental

Avalia itens que remetem às experiências de determinada cultura, na tentativa de compensar um item não significativo na cultura alvo por outro significativo. Por exemplo, a pergunta “Você tem dificuldade de comer com garfo? “deverá ser substituída por outro utensílio, como *hashi* (palitinhos japoneses) se esse utensílio for comumente utilizado para alimentação numa determinada cultura, como no Japão, por exemplo.

d) Equivalência Conceitual:

Refere-se à validade do conceito explorado e aos eventos experimentados pelos indivíduos da cultura alvo, pois itens podem ser equivalentes quanto ao significado, mas não equivalentes quanto ao conceito.

e) Pré-teste: essa etapa do processo de adaptação consiste na avaliação da equivalência das versões original e final. Os autores sugerem que o instrumento, nas versões originais e adaptadas, seja respondido por indivíduos leigos bilíngues, visando à verificação dos itens. Também sugere a aplicação da versão adaptada em uma amostra da população-alvo, idealmente 30 a 40 indivíduos, com o objetivo de garantir sua compreensão e clareza.

3.3 Avaliação das Propriedades Psicométricas

Além do processo de adaptação transcultural para que um instrumento de outro idioma possa ser utilizado, outras etapas precisam ser seguidas a fim de verificar se as características do instrumento original se mantiveram ao longo do processo de adaptação e para que se torne válido para aplicação na prática clínica⁽⁵⁸⁾.

Em algumas áreas de ciência do comportamento, é usual a construção de escalas para medir variáveis, conceitos ou constructos teóricos não diretamente observáveis, como, por exemplo, inteligência, depressão, traços de personalidade, etc⁽⁵²⁾.

O objetivo, ao se construir essas escalas, é que essas medidas sejam as mais precisas possíveis e que meçam realmente aquilo que se estava querendo medir. Esses dois conceitos dizem respeito à fidedignidade (precisão, exatidão) e à validade das escalas de medidas, respectivamente⁽⁵²⁾.

O processo de verificação da fidedignidade e da validação dessas escalas, sejam elas aditivas ou não, segue alguns critérios. Abordaremos a seguir os conceitos de fidedignidade e validade⁽⁵²⁾.

3.3.1 Fidedignidade

A fidedignidade de um teste pode ser medida de várias formas. Cada forma é apropriada para um tipo de teste e depende de que tipo de fidedignidade queremos medir. Os conceitos principais de fidedignidade dizem respeito ao problema de **estabilidade no tempo** e ao problema de **consistência interna da escala**⁽⁵²⁾.

Para escalas aditivas, é usual utilizar-se o Coeficiente Alfa de Cronbach, que é um coeficiente de consistência interna. Já para questionários que não constituem uma escala aditiva, podemos usar o método do teste e reteste, o qual nos fornece um coeficiente de estabilidade da medida no tempo⁽⁵²⁾.

Diversos métodos para obter a fidedignidade das escalas e testes são descritos na literatura. Podemos utilizar mais de um método, principalmente quando queremos estabelecer a fidedignidade em relação aos dois conceitos principais: consistência interna e estabilidade. Descreveremos a seguir os seguintes métodos: Método do teste reteste, coeficientes de consistência interna, método das formas paralelas, método das metades⁽⁵²⁾.

3.3.1.1 Método do Teste Reteste

Uma escala ou teste é fidedigno se repetidas mensurações são obtidas em condições constantes e dão o mesmo resultado, supondo nenhuma mudança nas características básicas, isto é, na atitude sendo medida. Idealmente, podemos estimar fidedignidade repetindo a aplicação da escala ou teste sobre a mesma pessoa usando o mesmo método. A dificuldade prática desse método é, entretanto, evidente: quanto maior o intervalo entre o teste e o reteste, menor o risco do efeito de memória, mas maior é o risco de eventos intervenientes causando modificação na visão do respondente, ou mudanças na característica que está sendo medida. Outro problema é escolher um intervalo de tempo grande o suficiente para tratar adequadamente do primeiro tipo de risco, e curto o suficiente para tratar do segundo. Calculando o coeficiente de correlação entre os dois escores do teste e do reteste teremos uma estimativa de fidedignidade da escala ou teste. Coeficientes de fidedignidade baseados nesse

método são medidas de estabilidade, porque se relacionam com a constância sobre o tempo⁽⁵²⁾.

3.3.1.2 Coeficientes de Consistência Interna

Outro método para calcular a fidedignidade é medir a consistência interna do instrumento de medida, mais especificamente, consistência inter itens. Consiste na aplicação do instrumento uma única vez e de uma única forma. A consistência interna será maior quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens. A lógica para medir consistência interna é a de que os itens individuais ou indicadores da escala deveriam estar todos medindo o mesmo constructo e então serem altamente correlacionados⁽⁶⁷⁾. Podemos verificar se um instrumento tem consistência interna de duas formas, através da correlação do item com a escala total e através da correlação inter item (correlação do item com cada um dos outros itens). O coeficiente de fidedignidade que determina a consistência interna da escala inteira é denominado Coeficiente Alfa de Cronbach⁽⁶⁸⁾. O Coeficiente Alfa de Cronbach deve variar de 0 a 1; no entanto, valores negativos podem ocorrer. Neste caso, o pesquisador deve verificar cuidadosamente cada item para conferir se o item não está sendo respondido no sentido negativo, ou no sentido oposto ao que os outros itens estão medindo.

Não está disponível algum teste de significância estatística do Coeficiente de Alfa; no entanto, é consenso usual considerar que o limite inferior para que o Coeficiente Alfa de Cronbach seja aceitável é de 0.70. Quanto mais próximo de 1 for o valor do coeficiente, melhor a fidedignidade do teste⁽⁵²⁾.

Alguns fatores que podem afetar a fidedignidade do teste e que, portanto, deveriam ser evitados são: uso impreciso de palavras, extensão exagerada do item, uso de palavras desconhecidas ou pouco familiares, uso de dupla negação, entre outros⁽⁵²⁾.

3.3.1.3 Método das Formas Paralelas

Trata-se de um método no qual versões supostamente equivalentes da escala são dadas aos mesmos indivíduos e os resultados são correlacionados. Os itens devem ser escolhidos partindo-se do princípio de que não existe diferença entre os dois instrumentos. Se as formas paralelas são aplicadas em duas ocasiões distintas para os mesmos sujeitos, esse método produz medidas no sentido de estabilidade temporal e de consistência de respostas a diferentes amostras de itens⁽⁵²⁾.

3.3.1.4 Método das Metades

O método das metades é utilizado quando uma única forma de teste ou escala foi aplicada em uma única ocasião. O conjunto de itens do teste é dividido em duas metades, e os escores para as duas metades são correlacionados. Se a correlação entre as duas metades for alta, significa que o teste é fidedigno no sentido de consistência em relação à amostragem do conteúdo⁽⁵²⁾.

3.3.2 Validade

Frequentemente define-se a validade com a seguinte pergunta: você está medindo aquilo que pensa que está medindo? Para um teste ser válido, ele deve medir o que o pesquisador deseja e pensa que está medindo. A validade de um teste trata, então, do que o teste mede e através de quais conceitos ele mede⁽⁵²⁾.

Todos os procedimentos para determinar validade tratam, fundamentalmente, das relações entre o valor obtido no teste ou escala e outros fatores (critérios) observáveis, independentes, sobre características do comportamento em questão. Os métodos específicos, empregados para investigar essas relações são numerosos e têm sido descritos por vários pesquisadores⁽⁵²⁾.

De acordo com o manual *Standards for Educational and Psychological Testing*, a nomenclatura para validade foi agrupada em três categorias principais: validade relacionada a conteúdo, validade relacionada a critério, validade relacionada a constructo⁽⁶⁹⁾.

3.3.2.1 Validade Relacionada a Conteúdo

A validade relacionada a conteúdo trata, basicamente, da questão do exame sistemático do conteúdo do teste, para determinar se os itens cobrem uma amostra representativa do universo do comportamento a ser medido e para determinar se a escolha dos itens é apropriada e relevante. Esse conceito de validade é classificado com a seguinte tipologia: **validade de conteúdo** e **validade de face**⁽⁵²⁾.

3.3.2.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo resulta do julgamento de diferentes juízes ou pessoas de reconhecido saber na área da atitude ou traço que está sendo medido. Esses juízes analisam a representatividade dos itens em relação aos conceitos e relevância dos objetivos a medir. Os juízes devem julgar e/ou identificar comportamentos relevantes e, também, identificar se as áreas do conteúdo em questão foram representativamente amostradas⁽⁵²⁾.

3.3.2.3 Validade de Face

A validade de face não se refere ao que o teste mede realmente, mas ao que o teste mede aparentemente. É também denominada validade aparente e diz respeito à linguagem, à forma com que o conteúdo está sendo apresentado. A validade de face pode muitas vezes ser melhorada reformulando itens do teste em termos apropriados ao grupo ao qual se aplicará o teste⁽⁵²⁾.

3.3.2.4 Validade Relacionada a Critério

A validade relacionada a critério aborda a qualidade da escala ou teste de funcionar como um preditor presente ou futuro de outra variável, operacionalmente independente, chamada critério. Em situações em que uma escala é desenvolvida como um indicador de algum critério observável, a validade da escala pode ser feita investigando quão bem a escala funciona como um indicador do critério. Por exemplo, um questionário para avaliar distúrbios psiquiátricos poderia ser validado se os resultados fossem comparados com o diagnóstico feito com base em entrevistas clínicas⁽⁵²⁾.

Dois tipos de validade relacionada a critério são descritas na literatura: **validade concorrente** e **validade preditiva**. O elemento tempo é a principal diferença entre a validade concorrente e a validade preditiva, as quais são essencialmente as mesmas, com exceção de que a primeira se relaciona ao desempenho do sujeito ao tempo em que a escala está sendo aplicada, enquanto a segunda se relaciona ao desempenho futuro sobre o critério que está se medindo⁽⁵²⁾.

3.3.2.5 Validade Concorrente

A simultaneidade da obtenção dos escores do teste e dos escores de critério identifica a validade concorrente. A validade concorrente é calculada com base nas medidas já existentes

à época do teste. Validade concorrente trata, então, da qualidade com que a escala pode descrever um critério presente⁽⁵²⁾.

3.3.2.6 Validade Preditiva

A validade preditiva fará previsões para o futuro. Assim, por exemplo, um teste de depressão poderá ser validado se os escores altos no teste forem confirmados por diagnósticos clínicos *a posteriori*. Validade preditiva trata da qualidade com que uma escala pode prever um critério futuro⁽⁵²⁾.

3.3.2.7 Validade Relacionada a Constructo

A validade relacionada a constructo trata do grau pelo qual um teste mede o constructo teórico ou traço para qual o teste foi designado. A dificuldade para estabelecer a validade de constructo é que, neste caso, o critério, o constructo, não é diretamente mensurável, é uma variável latente não observável; logo, a correlação teste critério não pode ser calculada, como no caso da validade relacionada ao critério. Assim, a validade relacionada a constructo não é validade empírica no sentido da correlação do teste com um critério observável, mas sim é validade teórica, isto é, é a relação entre o teste e algum constructo teórico de interesse. A validade relacionada a constructo pode ser classificada em três tipos: **validade convergente, validade discriminante e validade fatorial**⁽⁵²⁾.

3.3.2.8 Validade Convergente

A validade convergente verifica se a medida em questão esta substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo constructo. Alta correlação entre um novo teste e um teste similar já existente é considerada como evidência de o que o novo teste mede (aproximadamente) o mesmo traço de comportamento (ou constructo) que o antigo teste (já validado) estava designado a medir⁽⁵²⁾. Neste tipo de validade, os instrumentos que servem como parâmetros de comparação são denominados padrões ouro e, quando apresentam uma correlação positiva com o teste investigado, confirmam o propósito teórico da nova medida e a capacidade desta apresentar indicadores convergentes de constructos avaliados⁽⁷⁰⁾.

3.3.2.9 Validade Discriminante

A validade discriminante verifica se a medida em questão não está relacionada indevidamente com indicadores de constructos distintos, isto é, se a medida ou escala esta sendo avaliada não se relaciona significativamente com variáveis das quais o teste deveria diferir⁽⁵²⁾.

3.3.2.10 Validade Fatorial

Desenvolvida para identificar traços psicológicos comuns (ou fatores latentes) em uma bateria de testes, a técnica multivariada de análise fatorial pode ser utilizada tanto no caso de verificação da unidimensionalidade do constructo que está sendo medido, como no caso em que os itens têm mais de uma dimensão subjacente. Por exemplo, se um teste de vocabulário tem uma carga fatorial de, digamos, o que é o $|I| = 0,86$ com o fator de compreensão verbal, a validade fatorial desse teste de vocabulário, como uma medida do traço de compreensão verbal, é de 0,86. Os itens que não tem altas cargas fatoriais com o fator subjacente definido como o constructo que está sendo medido deveriam ser excluídos da escala⁽⁵²⁾.

Concluindo, a validade é uma característica relativa e existente em diferentes graus. Um teste pode ser valido para certos fins e determinado grupo, mas não ser para outros fins e indivíduos. A validade é uma característica complexa e não existe isoladamente. Diferentes tipos de validade coexistem num teste e se interligam para formar o todo, onde este ou aquele tipo de validade predomina. Portanto, fidedignidade e validade são independentes, podendo um teste ser válido, mas não ser fidedigno, como também um teste pode ser fidedigno, mas não ser válido. Por isso, devem ser avaliadas separadamente, pois uma escala deve ser fidedigna e válida para poder ser usada como instrumento de medida⁽⁵²⁾.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico cuja proposta foi adaptar e validar um instrumento de autocuidado para língua portuguesa do Brasil para ser utilizado em pacientes com IC. Um estudo metodológico consiste em uma investigação de métodos para organização e análise de dados, projetados para a avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa⁽⁷¹⁾.

4.2 Local e Período

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de IC do HCPA através de uma amostra de conveniência. O período de coleta de dados foi abril de 2011 a outubro de 2011.

4.3 População

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que tivessem diagnóstico de IC (sistólica ou diastólica) em acompanhamento regular no ambulatório há pelo menos seis meses e tivesse pelo menos uma consulta com a equipe de enfermagem.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes com déficits cognitivos que prejudicassem o entendimento das questões, pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (pela dificuldade em diferenciar a dispneia relacionada à doença pulmonar da dispneia causada pela IC), com qualquer sequela motora ou dificuldade de locomoção (pela dificuldade de avaliação de algumas questões da escala). Para a aplicação da subescala de Manejo do Autocuidado foram excluídos os pacientes que não apresentaram sintomas de descompensação no mês anterior a aplicação do instrumento.

4.4 Cálculo da Amostra

4.4.1 Cálculo de Amostra para Validade

De acordo com alguns autores, é utilizado como regra geral para validação de instrumentos, o uso da maior amostra possível ou de cinco a dez pacientes por item do instrumento⁽⁷²⁾.

Conforme recomendação da autora, as subescalas devem ser aplicadas separadamente, uma vez que a subescala de Manejo do Autocuidado só deve ser aplicada para os pacientes que apresentam sintomas de dispnéia e edema de membros inferiores no último mês⁽²¹⁾. De acordo com banco de dados prospectivo do Ambulatório de IC do HCPA, cerca de 50% dos pacientes apresentam sintomas de descompensação da doença no momento da consulta. Considerando que a subescala de Manutenção do Autocuidado era composta de 10 questões, foram necessários 100 pacientes para garantir 10 pacientes por questão.

Para a escala de Manejo e de Confiança foi necessário incluir 60 pacientes para garantir no mínimo 10 pacientes por questão uma vez que ambas as escalas possuíam 6 questões.

4.4.2 Cálculo de Amostra para a Validade de Constructo Convergente

Para realizar a validade de constructo convergente foi utilizada como padrão ouro a escala europeia de autocuidado já validada para uso no Brasil, pelo nosso grupo de pesquisa, e denominada EHFScBS versão brasileira⁽⁵⁵⁾. Para identificar uma diferença mínima de 0,3 na correlação entre as duas escalas, considerando um poder de 80% e um nível de significância de 0,05 foi necessário incluir 68 pacientes para esta etapa.

4.5 Instrumento e Coleta de Dados

O instrumento utilizado no presente estudo foi a escala americana “SCHFI v 6.2” (ANEXO A). A escala é composta de 22 itens divididos em três subescalas: Manutenção do Autocuidado composta por 10 itens, Manejo do Autocuidado composta por 6 itens e Confiança no Autocuidado composta por 6 itens. As respostas para cada item variam de nunca/raramente a sempre/diariamente para o domínio Manutenção do Autocuidado; pouco provável a muito provável para o domínio Manejo do autocuidado e não confiante e

extremamente confiante para o domínio Confiança no Autocuidado. Os escores para cada domínio variam de 0 a 100; escores maiores refletem um autocuidado superior e um autocuidado adequado é considerado quando o escore para cada subescala é superior a 70 pontos. Os autores recomendam que as subescalas sejam aplicadas separadamente e que a subescala referente ao Manejo do Autocuidado só seja aplicada caso o paciente tenha apresentado dispneia e edema de membros inferiores no último mês. Também foi aplicado um questionário correspondente às características demográficas e clínicas dos pacientes elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE A).

A EHFSBS mensura três aspectos relacionados ao autocuidado: adesão ao tratamento, pedido de ajuda e atividades diárias. Para esta escala composta por 12 itens um escore total que varia de 12 a 60 pontos é computado somando as respostas de todos os itens e, escores inferiores, indicam melhor autocuidado; não há ponto de corte definido^(53,55).

Com relação à forma de coleta de dados todos os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, em sala reservada. O tempo médio para o preenchimento da escala foi de 8,2 (± 3) minutos.

4.6 Permissão dos Autores para Adaptação Transcultural e Uso do Instrumento

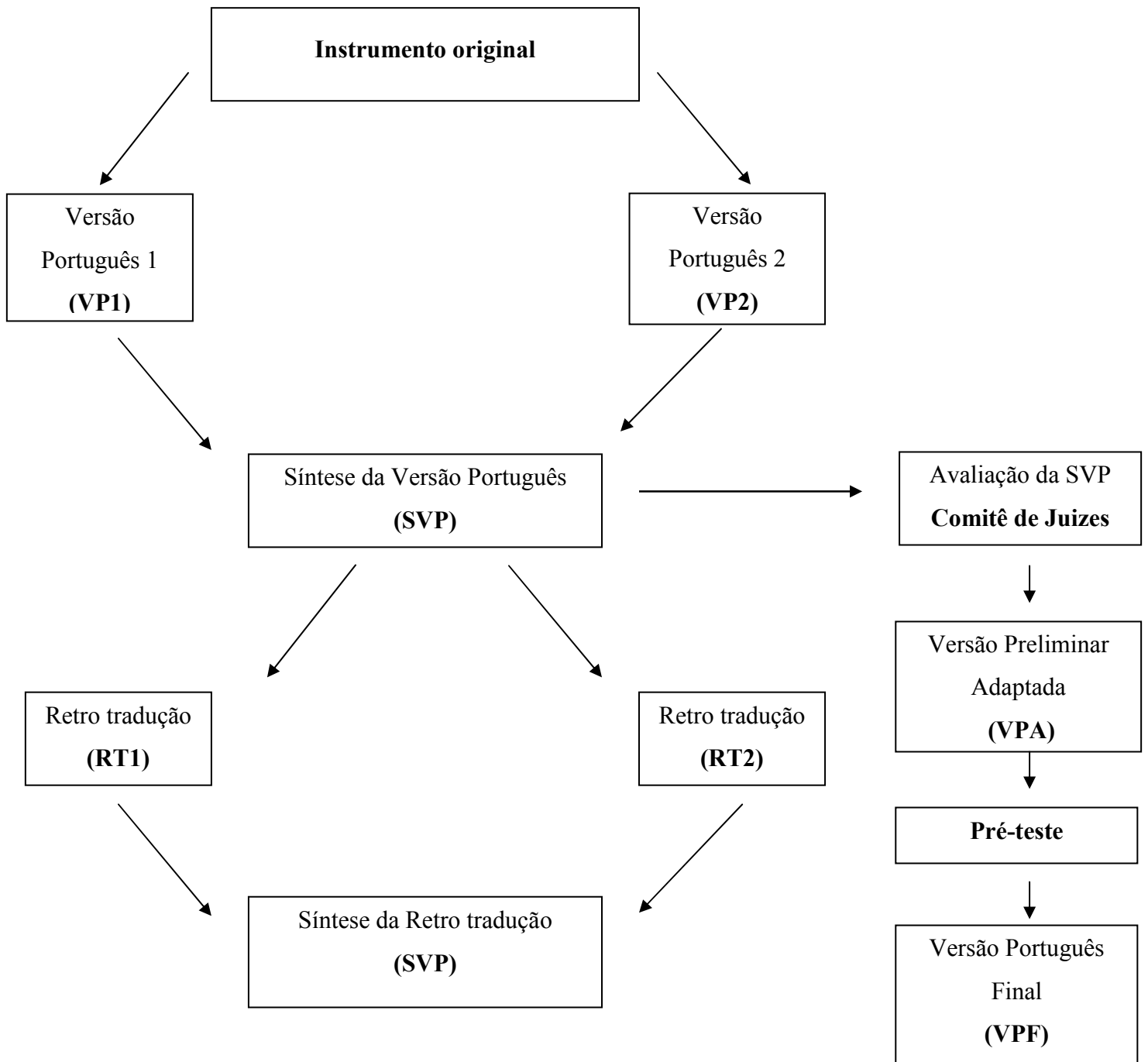
A permissão para a adaptação da SCHFI v 6.2 foi solicitada à Dra Barbara Riegel, autora da escala. A autorização para que o instrumento fosse adaptado para a língua portuguesa foi dada por e-mail no dia 15 de setembro de 2010 (ANEXO B).

4.7 Processo De Adaptação Transcultural Adotado neste Estudo

O processo de adaptação transcultural adotado para a escala SCHFI v.6.2 foi seguido conforme proposto pela literatura⁽⁶³⁾.

Foram seguidas as seguintes etapas: (1) Tradução, (2) Síntese da Tradução (3) Retro tradução (*back-translation*), (4) Síntese da Retro tradução, (5) Revisão da versão traduzida pelo Comitê de Juízes, (6) Pré-teste. Esses passos estão esquematizados na Figura 2 e serão descritos a seguir.

Figura 2: Processo de Adaptação Transcultural da EAC-IC.



Fonte: Adaptada de Pellegrino, 2009⁽⁶²⁾.

4.7.1 Tradução da SCHFI v 6.2 para a Língua Portuguesa

A tradução da SCHFI v 6.2 em sua versão original para a língua portuguesa foi realizada por dois tradutores diferentes que dominavam o idioma original (inglês) e o idioma para qual o instrumento estava sendo traduzido (português). Deste processo foram originadas duas versões: **Versão Português 1 (VP1)** e **Versão Português 2 (VP2)**, respectivamente. Com as duas versões em português (VP1 e VP2), a pesquisadora e sua orientadora se reuniram com o intuito de selecionar as frases mais adequadas e de melhor expressão e, como resultados desta etapa obtiveram a **Síntese da Versão Português (SVP)**, posteriormente discutidas com os tradutores.

4.7.2 Retro Tradução da Síntese da Versão Português da SCHFI v 6.2

A síntese da versão português da SCHFI v 6.2 foi submetida a dois tradutores, nascidos nos Estados Unidos e, com domínio da língua portuguesa. Eles realizaram duas retro traduções individualmente e obtivemos a **Versão Retro tradução 1 (VRT 1)** e a **Versão Retro tradução 2 (VRT2)**.

Em seguida, a versão original e as versões retro traduzidas (VRT1 e VRT2) foram comparadas. As divergências foram discutidas com os tradutores e os pesquisadores responsáveis com o objetivo de corrigir possíveis erros de tradução que comprometessem os significados dos itens e rever interpretações equivocadas ocorridas durante as etapas de tradução e retro tradução.

Com as duas versões **VRT1** e **VRT2**, a pesquisadora e sua orientadora se reuniram com o intuito de selecionar as frases mais adequadas e de melhor expressão e como resultados desta etapa obtiveram a **Síntese Retro tradução (SRT)** com posterior concordância dessa versão pelos dois tradutores. Essa versão foi submetida à avaliação do autor principal do instrumento, Dra Barbara Riegel, que, via e-mail, manifestou concordância da versão.

4.7.3 Revisão da Síntese da Versão Português pelo Comitê de Juízes

Para a avaliação da **Síntese da Versão Português** pelo Comitê de Juízes, primeiramente, disponibilizamos para os avaliadores o instrumento original, a síntese em português e instruções de como e o que deveria ser avaliado. Após esse contato prévio com o instrumento, foi realizada uma reunião presencial entre o comitê de juízes composto por duas

enfermeiras com experiência clínica consistente no atendimento a pacientes com IC, um enfermeiro com experiência na assistência a pacientes com cardiopatias e também professor de língua portuguesa, uma nutricionista do grupo de IC do HCPA, uma enfermeira com experiência na metodologia utilizada, a pesquisadora e sua orientadora. Foram discutidos todos os itens levando em consideração as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual.

4.7.4 Pré-teste

Após a reunião com o comitê de juízes esclarecimento de dúvidas com a autora do instrumento original, uma Versão Preliminar Adaptada (VPA) da SCHFI v.6.2 para uso no Brasil foi obtida para ser utilizado no pré-teste. Nesta etapa, a VPA foi aplicada para uma amostra de 30 pacientes com IC com o objetivo de avaliar todos os itens quanto a sua compreensão.

4.8 Análise das Propriedades Psicométricas da EAC-IC Adotadas neste Estudo

4.8.1 Validade de Face e de Conteúdo

A validade de face mensurou a compreensão e a aceitação dos itens por meio do consenso obtido entre os profissionais que participaram do comitê de juízes e também pelos indivíduos pesquisados, avaliando principalmente se o instrumento estava medindo aquilo que parecia medir^(73,74). A validade de conteúdo foi verificada pelo consenso obtido pelo comitê de juízes quanto à avaliação da relevância de cada item para medir aquilo que se propunha medir e durante um estudo piloto com 10 pacientes ambulatoriais com IC que ao final da aplicação eram questionados sobre o seu entendimento do conteúdo e objetivo da escala.

4.8.2 Validade de Constructo Convergente

Para a análise da validade de constructo convergente foi utilizada como padrão ouro a escala EHFSBS versão brasileira⁽⁵⁵⁾. Essa escala possui 12 itens que são aparentemente semelhantes às 10 questões que compõe a subescala de Manutenção do Autocuidado da EAC-IC. Cinco, das 12 questões da EHFSBS versão brasileira são correspondentes à cinco da subescala de Manutenção da EAC-IC (Quadro 3). Portanto, foram realizadas correlações

utilizando o coeficiente de correlação de Pearson com a soma do escore geral da EHFSBS versão brasileira (12 questões) e da subescala de Manutenção da EAC-IC (10 questões), e mais a correlação entre as cinco questões equivalentes dessas escalas.

Quadro 3 - Questões equivalentes das escalas EAC-IC e EHFSBS versão brasileira

Itens EAC-IC	Itens EHFSBS versão brasileira
1. Você se pesa?	1. Eu me peso todos os dias.
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	9. Ingiro uma dieta com pouco sal.
8. Esquece ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição.
3. Tenta evitar ficar doente (por ex: vacinar-se contra a gripe)?	11. Tomo vacina contra a gripe todos os anos.
4. Realiza alguma atividade física?	12. Faço exercícios regularmente.

Fonte: Adaptado de Riegel et al, 2009⁽²¹⁾ e Ávila et al, 2010⁽⁵⁵⁾

4.8.3 Análise da Fidedignidade

4.8.3.1 Consistência Interna

A análise da fidedignidade da EAC-IC foi verificada quanto à consistência interna dos itens do instrumento por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. Esse é o indicador utilizado mais frequentemente na análise da consistência interna de instrumentos, pois reflete a homogeneidade entre as questões quanto ao constructo que está sendo medido⁽⁶⁸⁾.

4.8.3.2 Estabilidade

A estabilidade foi avaliada em 20 pacientes. Dois avaliadores (concordância inter observador) devidamente treinados aplicaram a escala para os mesmos pacientes, independentemente, com intervalos de 5 min a 15 min entre uma aplicação e outra.

4.9 Análise dos Dados

Os dados foram inseridos em uma planilha de Excel. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico SPSS versão 18.0. As variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e relativas n (%). As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão para aquelas com distribuição normal ou mediana e intervalo interquartil para variáveis assimétricas. Para a verificação da validade convergente

utilizou-se o teste de correlação de Pearson. O Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a fidedignidade das questões da escala validada. Para verificar a estabilidade entre as respostas dos pacientes às duas aplicações (concordância inter observador) foi utilizado o teste t pareado e Wilcoxon. Um valor de $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

4.10 Aspectos Éticos

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil MS). Foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética da mesma instituição e após foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO C). Foi assinado um TCLE (APÊNDICE C), pelo pesquisador e pelo participante, de igual teor em duas vias, e posteriormente foi aplicado o instrumento de pesquisa. A assinatura no TCLE confirmou o aceite do entrevistado em participar do estudo, ficando uma via com o pesquisador e a outro com o participante.

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação Transcultural

Na subescala de Manutenção do Autocuidado (seção A) os itens 01, 02, 03, 04, 06, 07, 09 e 10 não foram modificados após a avaliação do comitê de juízes. Na subescala de Manejo do Autocuidado (seção B) os seguintes itens não sofreram alterações: 12, 13, 14, 15. Na subescala de Confiança (seção C) nenhum item foi alterado com exceção do enunciado. No quadro abaixo estão os itens que sofreram alterações e suas respectivas justificativas.

Quadro 4: Questões do instrumento original e versão traduzida e adaptada da SCHFI v. 6.2, com suas respectivas justificativas.

Versão Original	Versão Traduzida e adaptada	Justificativas
<i>Listed below are common instructions given to persons with heart failure</i>	Seguem abaixo uma lista de orientações normalmente dadas às pessoas com insuficiência cardíaca.	A palavra <i>instructions</i> foi substituída pela palavra orientações por sugestão dos avaliadores. Em português a palavra instrução tem uma conotação de ordem, de alguma coisa imposta e a palavra orientação é mais utilizada no cenário de atendimento ambulatorial.
Section A	Seção A	
5. Keep doctor or nurse appointments?	5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?	A expressão <i>keep appointments</i> foi substituída por assíduo para facilitar o entendimento dos pacientes.
8. Forget to take one of your medicines?	8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	Foi incluída a expressão <i>deixa de tomar</i> na frase, pois devido às condições socioeconômicas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, nossos pacientes, frequentemente, deixam de tomar as medicações, não só por esquecimento.
Section B	Seção B	
<i>In the past month, have you had trouble breathing or ankle</i>	No mês passado, você teve problemas para respirar ou	Foi incluído no enunciado “circule uma

<i>swelling? Circle one.</i>	tornozelos inchados? Circule uma das opções .	das opções” para facilitar o entendimento dos pacientes no momento de escolher uma das respostas.
11.	11.	
<i>Not Quickly</i>	Demorei muito para reconhecer	Complementou-se a expressão visando facilitar o entendimento dos pacientes.
<i>Somewhat Quickly</i>	Demorei um pouco para reconhecer	
<i>Quickly</i>	Reconheci rapidamente	
<i>Very Quickly</i>	Reconheci imediatamente	
16. <i>How sure were you that the remedy helped or did not help?</i>	16.Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	A frase <i>How sure were you that the remedy helped or did not help?</i> Foi substituída por <i>Você tem certeza de que esse recurso o ajudou?</i> A expressão <i>how sure</i> não seria bem compreendida pelos pacientes.
Seção C	Seção C	
<i>In general, how confident are you that you can:</i>	De maneira geral, você está confiante sobre:	A palavra <i>confident</i> foi substituída por <i>confiante</i> , pois acreditamos que os pacientes se identificariam mais com a palavra confiança do que com a palavra segurança.

Fonte: Próprio autor.

Durante a reunião com o comitê de juízes surgiram dúvidas relacionadas à similaridade das questões 04 e 07, uma vez que a primeira questão referia-se à atividade física e a outra utilizada nesta escala a exercício por 30 minutos. Questionamos a autora qual a definição de atividade física e exercitar-se por 30 minutos e de que maneira poderíamos diferenciar essas questões na abordagem com o paciente. A autora, em resposta por e-mail, esclareceu que foi considerada atividade física, as atividades diárias como cuidar da casa, do jardim, varrer a casa ou qualquer outra atividade que exigisse algum tipo de esforço, mas que não era realizada por, no mínimo, 30 minutos. Foi considerado exercício a prática de qualquer

atividade física realizada por 30 minutos ou mais, no mínimo três vezes na semana. A autora também sugeriu que utilizássemos como exemplo as atividades citadas acima para melhor entendimento dos pacientes.

Após a reunião com o comitê de juízes e esclarecimento de dúvidas com a autora do instrumento original, foi obtida uma **Versão Preliminar Adaptada (VPA)** da SCHFI v 6.2 para realização do pré-teste.

5.2 Pré-Teste

Nesta etapa, a **VPA** da SCHFI v 6.2, foi aplicada para uma amostra de 30 pacientes com IC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o propósito da pesquisa e assinaram o TCLE. A duração média da aplicação das 3 subescalas foi de 8 minutos e não houve nenhuma modificação necessária, sendo assim, manteve-se a **VPA como a Versão Português Final (VPF)**.

A versão final em português foi denominada **Escala de Autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC)** (APÊNDICE B).

5.3 Características Sócio Demográficas e Clínicas da Amostra

Participaram do estudo 190 pacientes, predominantemente do sexo masculino (70,5%), com idade média de 61 ± 13 anos, inativos (66,3%), casados (65,3%). Cinquenta por cento da amostra tinha até quatro anos de estudo e renda média familiar de 2,1 salários mínimos. A etiologia prevalente da IC foi isquêmica (36,3%). As demais características estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1- Características sócio demográficas e clínicas dos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de IC. Porto Alegre/RS, 2012.

Variável	Total n= 190
Idade, anos *	61 (± 13)
Sexo, masculino†	134 (70,5)
Status profissional, inativo†	126 (66,7)
Status conjugal, casado/com companheiro†	124 (66,3)
Renda familiar, salários mínimos‡	2 (1-3)
Escolaridade, anos‡	4 (4-8)
Etnia/raça, branca†	159 (83,7)
Etiologia†	
Isquêmica	69 (37,7)
Hipertensiva	53 (29)
Classe Funcional New York Heart Association†	

I	58 (32)
II	96 (53)
III	27 (15)
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%)*	31,5 (±11,2)
Tempo de insuficiência cardíaca em meses‡	36 (15-68)

*Média ±desvio-padrão; † variáveis categóricas n(%); ‡mediana e intervalo interquartil (25-75);

Fonte: Próprio autor.

5.4 Análise da Validade Convergente entre EAC-Ice EHFSCBS Versão Brasileira

Encontrou-se uma correlação inversa de moderada magnitude e significativa $r=-0,30$, $P=0,017$ quando se correlacionou os escores de todas as questões da EAC-IC com todas da EHFScBS versão brasileira. Na correlação das cinco questões equivalentes de ambas as escalas encontrou-se uma correlação inversa, de forte magnitude e significativa $r=-0,51$, ($P<0,001$).

5.5 Fidedignidade: Consistência Interna e Estabilidade

5.5.1 Consistência Interna

Para a avaliação da consistência interna foram realizados os cálculos do Alfa de Cronbach com valores de 0,77 (total da escala), 0,43 (subescala de Manutenção do Autocuidado), 0,76 (subescala de Manejo do Autocuidado) e 0,94 (subescala de Confiança do Autocuidado). Resultados demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Consistência interna da EAC-IC e suas subescalas. Porto Alegre/RS, 2012.

	Numero de itens	Alfa de Cronbach
EAC-IC total	22	0,77
Subescala de Manutenção do Autocuidado (n=190)	10	0,43
Subescala de Manejo do Autocuidado (n=73)	6	0,76
Subescala de Confiança do Autocuidado (n=190)	6	0,94

Fonte: Próprio autor.

Nas Tabelas 3, 4 e 5 estão representados os valores de Alfa de Cronbach total, os valores do coeficiente de correlação item total (relação de cada item da subescala com o seu escore total) e o alfa de Cronbach quando cada um dos itens fossem excluídos.

Na escala de Manutenção do Autocuidado o Alfa de Cronbach foi de 0,43. Com a retirada de cada um dos itens, individualmente, observa-se uma variação do Alfa de 0,31 a

0,45 nesses valores. O menor valor da consistência interna foi demonstrado se a questão 9 fosse retirada. Assim como o maior valor para o Alfa se a questão 1 fosse retirada. Os valores de correlação de cada um dos itens com o total da escala variaram de 0,10 a 0,74 indicando correlações de fraca a fortes magnitudes. Resultados demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3 - Alfa de Cronbach total da subescala Manutenção do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.

n=190 Alfa=0,43	Correlação item total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Você se pesa?	0,35	0,45
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?	0,21	0,38
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?	0,74	0,43
4. Realiza alguma atividade física?	0,24	0,36
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?	0,10	0,44
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	0,24	0,37
7. Exercita-se por 30 minutos?	0,27	0,36
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	0,26	0,43
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?	0,35	0,31
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?	0,20	0,40

Fonte: Próprio autor.

Na escala de Manejo do Autocuidado foi demonstrado um Alfa de Cronbach de 0,76. Com a retirada de cada um dos itens, individualmente, encontra-se uma variação de 0,66 a 0,84. O menor valor de Alfa foi demonstrado quando é retirada a questão 12 e o maior valor quando se retira a questão 11. Os valores de correlação item total variaram de 0,13 a 0,82 indicando correlações de fraca a fortes magnitudes. Resultados demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 - Alfa de Cronbach total da subescala Manejo do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.

n=73 Alfa=0,76	Correlação item total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
11. Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	0,13	0,84
12. Reduzir o sal na sua dieta	0,75	0,66
13. Reduzir a ingestão de líquidos	0,71	0,67
14. Ingerir um diurético a mais	0,33	0,76
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	0,46	0,73
16. Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	0,82	0,81

Fonte: Próprio autor.

Na escala de Confiança do Autocuidado o Alfa de Cronbach foi de 0,94. Com a retirada de cada um dos itens, individualmente, observa-se uma variação de 0,92 a 0,94 no

Alfa e de 0,74 a 0,88 nos valores de correlação item total, indicando correlações de fortes magnitudes. Resultados demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Alfa de Cronbach total da subescala Confiança do Autocuidado da EAC-IC, coeficiente de correlação item total e alfas quando cada um dos itens for excluído. Porto Alegre/RS, 2012.

n=190 Alfa=0,94	Correlação item total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
17. Estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca?	0,74	0,94
18. Seguir o tratamento recomendado?	0,81	0,93
19. Avaliar a importância dos seus sintomas?	0,87	0,92
20. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	0,88	0,92
21. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?	0,85	0,93
22. Avaliar se um medicamento funciona?	0,82	0,93

Fonte: Próprio autor.

5.5.2 Estabilidade

Nesta etapa, 20 pacientes responderam as questões para dois avaliadores na mesma consulta de enfermagem em intervalos de 5 a 15 minutos. A Tabela 6 ilustra escores semelhantes e sem significância estatística para as respostas dessa amostra.

Tabela 6 – Estabilidade dos Escores da EAC-IC. Porto Alegre/RS, 2012.

Subescalas EAC-IC n=20	Escore Avaliador 1	Escore Avaliador 2	P
Manutenção do Autocuidado	65,16 (\pm 13,17) *‡	63,70(\pm 14,66) *‡	0,40
Manejo do Autocuidado	40,00 (21-80) £	37,50 (25-80) £	0,39
Confiança do autocuidado	66,72 (\pm 22,15) *‡	72,83(\pm 18,73) *‡	0,24

*Média \pm desvio-padrão; †mediano intervalo interquartil (25-75); ‡Teste T pareado; £Wilcoxon

Fonte: Próprio autor.

5.6 Escores da EAC-IC e SCHFI V 6.2

As médias dos escores obtidas na EAC-IC para as subescalas de Manutenção, Manejo e Confiança foram 56 (\pm 14,1), 43 (\pm 21,2), 59 (\pm 27,3), respectivamente. Todos esses escores foram inferiores aos do estudo original (Tabela 7).

Tabela 7 - Escores da EAC-IC e da SCHFI v 6.2 Porto Alegre/RS, 2012.

	Escore EAC-IC (n=190)	Escore SCHFI v 6.2 (n=130)
Escala Manutenção do Autocuidado*	56 (\pm 14,1)	70 (\pm 14,3)
Escala Manejo do Autocuidado*†	43 (\pm 21,2)	63 (\pm 22,6)

Escala Confiança do Autocuidado*	59 ($\pm 27,3$)	70 ($\pm 16,2$)
----------------------------------	-------------------	-------------------

*Média \pm desvio-padrão † n=73

Fonte: Próprio autor.

6 DISCUSSÃO

Esse foi o primeiro estudo desenvolvido no Brasil que realizou a adaptação transcultural e validação da SCHFI, uma escala que avalia o autocuidado em pacientes com IC nas diferentes etapas de manutenção, manejo e confiança.

O objetivo do presente estudo foi adaptar transculturalmente e validar a SCHFI v 6.2 a fim de utilizá-la em pacientes brasileiros com IC visando manter as propriedades psicométricas da escala. Existem poucas publicações referentes ao uso da SCHFI v 6.2 em países de língua não-inglesa. Apenas um estudo de validação da escala está disponível e foi desenvolvido na China ⁽⁵⁷⁾.

As mudanças realizadas envolveram alterações de termos ou expressões com o objetivo de facilitar a compreensão dos itens da escala pelos pacientes e profissionais que queiram utilizá-lo, bem como, assegurar a equivalência cultural. Durante a avaliação pelo comitê de juízes alguns itens e enunciados foram modificados. Nas subescalas de Manutenção e Manejo do Autocuidado apenas algumas questões sofreram modificações quanto à tradução para facilitar o entendimento dos pacientes. Nas questões 4 e 7 (subescala de Manutenção), referentes a prática de atividade física e exercício físico respectivamente, considerou-se necessária explicação adicional e a utilização de exemplos devido a similaridade das questões. Na subescala de Confiança do Autocuidado nenhum item foi modificado, com exceção do enunciado. Essas adaptações possibilitaram maior clareza e adequação da escala para ser utilizada no pré-teste. A troca de informações realizadas com a autora da escala original permitiu que pequenas modificações e a utilização de exemplos práticos fossem realizadas sem que a escala perdesse o objetivo para o qual foi desenvolvida.

Para calcular a validade de constructo convergente foi utilizada como padrão-ouro a escala EHFSBS versão brasileira. A EAC-IC validada neste estudo é composta por três subescalas, totalizando 22 itens com escores padronizados que variam de 0 a 100 pontos; valores maiores refletem maior habilidade para o autocuidado e valores acima de 70 para cada subescala representam autocuidado adequado⁽⁵⁵⁾. A EHFSBS versão brasileira mensura três aspectos relacionados ao autocuidado: adesão ao tratamento, pedido de ajuda e atividades diárias. Para esta escala composta por 12 itens um escore total que varia de 12 a 60 pontos é computado somando as respostas de todos os itens e, escores inferiores, indicam melhor autocuidado; não há ponto de corte definido. Esta escala não contempla aspectos relacionados à tomada de decisão e mudanças no comportamento dos pacientes⁽⁵¹⁾. Os resultados indicaram uma correlação inversa de moderada magnitude e significativa quando

foram correlacionados os escores originais entre as duas escalas. Quando se correlacionou apenas as questões equivalentes das duas escalas (5 questões relacionadas as atividades diárias), os resultados também demonstraram uma correlação inversa de forte magnitude e significativa. Esses achados permitem inferir que a validade de constructo convergente foi confirmada, tanto pela correlação inversa e significativa, como pela sua magnitude. Estes resultados indicam que as questões que compõe ambas as escalas realmente medem o mesmo constructo de autocuidado. Em estudo semelhante realizado na Europa que da mesma forma correlacionou os escores da EAC-IC com a Escala Européia, os resultados demonstraram que a correlação entre as duas escalas foi fraca e sem significância estatística. No entanto, os autores consideraram que o uso do escore total da SCHFI v 6.2 (22 questões) e não dos escores de cada subescala analisadas separadamente representou uma limitação⁽⁷⁵⁾. Na nossa interpretação, de fato ambas as escalas foram desenvolvidas para avaliar o mesmo atributo, no entanto, os pesquisadores devem interpretar com cautela as diferenças entre as subescalas da EAC-IC antes de compará-las com os escores da EHFSBS versão brasileira.

Quanto à fidedignidade da versão adaptada os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram de 0,77 para o total da escala, 0,43 para a subescala de Manutenção do Autocuidado, 0,76 para a subescala de Manejo do Autocuidado e de 0,94 para a subescala de Confiança do Autocuidado. No estudo original os valores de Alfa de Cronbach encontrados para o total da escala, subescala de Manutenção, Manejo e Confiança foram de 0,76, 0,55, 0,60 e de 0,83 respectivamente⁽²¹⁾. Os valores de alfa e de correlação item total adequados reforçam que houve homogeneidade entre os itens e correlação de todos os itens com o total da escala, demonstrando que todos mediam o mesmo atributo.

Nas subescalas de Manejo e Confiança foram encontrados valores de Alfa de Cronbach semelhantes e adequados como no estudo original. Estes resultados indicam que os itens que compõe a escala medem o mesmo atributo de autocuidado e estão relacionados ao total da escala quanto ao Manejo e Confiança. No estudo de validação desenvolvido na China foi avaliado somente o valor de Alfa para o total da escala (22 questões)⁽⁵⁷⁾.

Na subescala de Manutenção do Autocuidado, os valores do Alfa de Cronbach foram inferiores aos obtidos nas outras duas subescalas, assim como no estudo original⁽²¹⁾. Esses valores indicam que as questões que compõe essa subescala merecem maior atenção e devem ser testadas em diferentes populações buscando a sua equivalência. Acreditamos que algumas questões, como por exemplo, a prática de exercício físico e a utilização de algum sistema para lembrar-se de tomar as medicações não refletem maior habilidade para o autocuidado. Alguns pacientes, principalmente aqueles que se encontravam em classe funcional II e III não

realizavam exercício físico por apresentarem intolerância e sintomas relacionados aos esforços. Salientamos também que o fato de usar um sistema para lembrar-se de tomar as medicações não implica em um melhor autocuidado. Muitos pacientes, pelo caráter crônico que a IC representa, acabam por incorporar no seu dia a dia, o uso regular das medicações, não necessitando de nenhum sistema para lembrá-los.

Os escores da EAC-IC para as subescalas de Manutenção, Manejo e Confiança do Autocuidado foram todos inferiores ao ponto de corte para que o autocuidado seja considerado adequado, além de também inferiores em relação ao estudo original. Ressaltamos que a baixa escolaridade na nossa amostra pode ter limitado o entendimento de algumas questões. Estes resultados também vão ao encontro dos dados disponíveis na literatura que indicam que cerca de 50% dos pacientes não aderem às medidas não farmacológicas, que é o comportamento que a escala avalia ⁽⁸⁾. Na subescala de manejo a questão relacionada ao uso de um diurético a mais também pode ter contribuído para valores mais baixos, pois os pacientes que compunham essa amostra em geral não são orientados quanto a essa prática e a maioria dos pacientes não sabia que essa conduta era permitida. Outro fator considerado relevante foi relacionado à questão “Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação”, pois os pacientes e seus cuidadores são orientados a procurar o serviço de Emergência ou Unidade Básica de Saúde na presença de sinais e sintomas de descompensação e não há um telefone disponível 24h para esclarecimento de dúvidas, o que, em estudos realizados em outros países, é bastante comum⁽⁷⁶⁾.

Na concordância interobservador foi possível observar a estabilidade do instrumento para as respostas dos pacientes a dois avaliadores. Os escores das três subescalas foram semelhantes nos dois momentos e sem significância estatística.

O autocuidado na IC é pouco compreendido e muitas vezes inadequado para a maioria dos pacientes. Nesse sentido torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias eficazes e também a avaliação e mensuração das mudanças no comportamento de autocuidado, assim como as habilidades desenvolvidas pelos pacientes. Diante disso torna-se importante adaptar e validar escalas que avaliem o autocuidado em todas as suas etapas e que sejam direcionadas a nossa população.

Limitações do Estudo

A validade fatorial não foi verificada, pois a amostra que respondeu a todas as subescalas não foi suficiente para este tipo de análise. Estamos dando seguimento à coleta de

dados para que, assim que for atingido o número mínimo de pacientes, essa etapa seja também analisada.

Algumas questões da escala SCHFI v 6.2 podem não se aplicar a população brasileira e podem ter influenciado nos valores dos escores e do Alfa de Cronbach, especialmente na subescala de Manutenção do Autocuidado.

7 CONCLUSÃO

O processo de adaptação transcultural e de validação da versão em português da SCHFI v 6.2 seguiu os passos preconizados pela literatura científica e resultou em uma escala adaptada para uso no Brasil. Concluímos desta forma que a EAC-IC:

- manteve as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual confirmando a validade de face e de conteúdo segundo a avaliação do comitê de juizes e das respostas dos pacientes;

- a validade de constructo convergente foi confirmada por meio da correlação inversa de moderada a forte magnitude entre a EAC-IC com a EHFScBS versão brasileira

- quanto à fidedignidade: a consistência interna (Alfa de Cronbach) demonstrou coeficientes adequados para as subescalas Manejo e Confiança e inferior para a subescala de Manutenção do Autocuidado; a estabilidade da escala foi adequada quando essa foi aplicada por dois avaliadores.

Estudos Futuros

No Brasil os ensaios clínicos randomizados ainda são incipientes quanto à avaliação da efetividade das intervenções multidisciplinares. A possibilidade de usar escalas validadas para a nossa população pode auxiliar a equipe no manejo individualizado dos pacientes, avaliando constantemente suas habilidades para o autocuidado principalmente quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação, manejo e confiança. A EAC-IC pode ser utilizada para auxiliar no seguimento dos pacientes tanto em cenário ambulatorial como hospitalar e em domicílio.

Da mesma forma, após este estudo, essa escala já pode ser incorporada na prática clínica pelo grupo de IC do HCPA, cenário de desenvolvimento desse estudo. Assim como a possibilidade de compartilhá-la com outros centros no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Mesquita ET, Lagoeiro AJ. Tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(3): 414-26.
2. Fang J, Mensah GA, Croft JB, Keenan NL. Heart failure-related hospitalization in the U.S. 1979-2004. *J Am Coll Cardiol.* 2008; 52(6): 428-34.
3. Loehr LR, Rosamond WD, Chang PP, Folsom AR, Chambless LE. Heart failure incidence and survival (from the atherosclerosis risk in communities study). *Am J Cardiol.* 2008; 101(7): 1016-22.
4. Stromberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem. *Eur Heart J.* 2006; 27(4): 379-81.
5. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J.* 2008; 22(29): 2388-2442.
6. Barreto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca – índices ainda alarmantes. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(5): 335-41.
7. Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. *Arch Intern Med.* 1988; 148(9): 2013-16.
8. Van der Wal MHL, Van Veldhuisen DJ, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J.* 2010; 31: 1486-93.
9. Fonarow GC, Abraham WT, Albert NC, Stough WG, Gheorghiu M, Greenberg BH et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes. Finding from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med.* 2008; 168(8): 847-54.
10. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 86(3): 352-8.
11. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(2): 225-31.

12. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005; 91(7): 899-906.
13. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira LFP, Issa VS, Ferreira SMA et al. A long-term prospective randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: The remadhe trial. *Circ Heart Fail*. 2008; 1(2):115-24.
14. Chen YH, Ho YL, Huang HC, Wu HW, Lee CY, Hsu TP, et al. Assessment of the clinical outcomes and cost-effectiveness of the management in of systolic heart failure Chinese patients using a home-based intervention. *J Int Med Res*. 2010; 38(1): 242-52.
15. Stromberg A. Education nurses and patients to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2002; 1(1): 33-40.
16. Riegel B, Lee Cs, Dickson VV. Self-care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011; 8(11): 644-54.
17. Thompson DR, Stewart S. Nurse directed services: how can they be made more effective? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2002; 1(1):7-10.
18. Connelly CE. An empirical study of a model in self-care in chronic illness. *Clin Nurs Spec*. 1993; 7(5): 447-53.
19. Dodd MJ. Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self-care behavior. *Res Nurs Health* 1984; 7(1): 43-50.
20. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring selfmanagement of heart failure. *Heart & Lung* 2000; 29(1): 4-12.
21. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(6): 485-97.
22. Mesquita ET, Lagoeiro AJ. Tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(3): 414-26.
23. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone J, et al. Heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the Heart Association. *Circulation* 2010; 121(46): 146-215.

24. Brasil. DATASUS - Informações de saúde. Epidemiológicos e morbidade [Internet]. 2010 [citado 2012 fev 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nirs.def>.
25. Araujo DV, Tavares LR, Veríssimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da insuficiência cardíaca no sistema único de saúde. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(5): 422-27.
26. Heart failure practice guideline. *J Card Fail.* 2010; 16(6): 475-539.
27. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93 (Suppl 1): 1-71.
28. Chatterje K, Massie MB. Systolic and diastolic heart failure: differences and similarities. *J Card Fail.* 2007; 13(7): 569-76.
29. Colucci WS, Braunwald E. Pathophysiology of heart failure. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editores. *Braunwalds Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 7th ed. Elsevier Saunders; 2005.p. 509-38.
30. Montera MW, Almeida DR, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LAZ, Rea-Neto A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93 (Suppl 3):2-65.
31. Cameron J. The nexus between cognitive function and self-care ability in patients with chronic heart failure. The InCOGNITO Heart Failure Study [tese]. Victoria: Australian Catholic Univ.; 2009.
32. Azzolin KO. Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar [tese]. Porto Alegre (BR): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011
33. Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118(4): 342-48.
34. Bocchi EA, Braga FGM, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues Da, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98 (suppl 1): 1-33.

35. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol OS, Seguro LF, Ferreira SM, et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 90(6): 433-40.
36. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implication for pay for performance. *JAMA*. 2005; 294(6): 716-24.
37. Horan M, Barrett F, Mulqueen M, Mauer B, Quigley P, McDonald KM. The basics of heart failure management: are they being ignored? *Eur J Heart Fail*. 2000; 2: 101-105.
38. Bertoni AG, Duren-Winfield V, Ambrosius WT, McArdle J, Sueta CA, Massing MW et al. Quality of heart failure care in managed medicare and medicaid patients in north carolina. *Am J Cardiol*. 2004; 93(6): 714-8.
39. Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure long-term implications on readmission and survival. *Circulation*. 2002; 105(4): 2861-66.
40. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Camey RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission on elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995; 333(18): 1190-5.
41. Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure, long-term implications on readmission and survival. *Circulation*. 2002; 105(4): 2861-66.
42. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: Effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006; 114(23): 2466-2473.
43. Gwardry- Sridhar F, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 2004;164: 2315-20.
44. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Rabelo ER. Nursing education and telephone monitoring of patients with heart failure: randomized clinical Trial. *Arq Bras Cardiol*. 2011; 96(3): 233-39.
45. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Sel-care abilities of patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001; 30(5): 319-51.

46. Riegel B, Dickson VV, Cameron J, Johnson JC, Bunker S, Page K et al. Symptom recognition in elders with heart failure. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42(1): 92-100.
47. Gallegher R. Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *Eur J Cardiovas Nurs*. 2010; 9(3): 153-60.
48. Lee CS, Suwanno J, Riegel B. Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart Lung*. 2011; 40-12-20.
49. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*. 2006; 6(1):43.
50. Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2010; 78(3): 297-315.
51. Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart T. Measuring Self-care in Chronic Heart Failure: A review of the psychometric proprieties of clinical instruments, *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24 (6): 10-22.
52. Cunha JA. Psicodiagnóstico. In Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. 5ª ed. Artmed. Porto Alegre; 2000. p 158-70.
53. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003; 5(3): 363–70.
54. Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self care Behavior Scale. *Eur J Cardiovas Nurs*. 2008; 7(4):284-89.
55. Ávila CW, Feijó MK, Souza EN, Rabelo ER. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira da European heart failure self-care behavior scale. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(3): 152.
56. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail*. 2004; 10(4):350-60.

57. Yu DSF, Lee DTF, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behaviour of heart failure patients: cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. *Hong Kong Med J*. 2010; 16 (3):13-16.
58. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(12): 1417-32
59. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73
60. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004; 126 (Suppl 1):124-8.
61. Mckenna SC, Doward LS. The translation and cultural adaptation of patients-reported outcome measures. *Value in Health*. 2005; 8(2):89-91.
62. Pelegrino FM. Adaptação cultural e validação do instrumento Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DAAS): versão para brasileiros em uso de anticoagulação oral [dissertação] Ribeirão Preto (SP) Universidade São Paulo; 2009.
63. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & *Quick* DASH Outcome Measures. Institute for Work & Health. 2007;1(1):1-45.
64. Dantas ARS. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto (SP): Univ de São Paulo; 2007.
65. Beaton BE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24): 3186-91.
66. Ferrer M. Validity and reability of the St Geroge's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Resp J*. 1996; 9(6):160-66.
67. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 5th ed. Bookman, Porto Alegre; 2005.

68. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. Harper & Row. New York; 1990
69. American Educational Research Association, APA, American Psychology Association & NCME - National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. New York: American Educational Research Association; 1999.
70. Pasquali L. Parâmetros psicométricas dos testes psicológicos. Fundamentos das técnicas psicológicas. Casa do Psicólogo. São Paulo: 2001.
71. Wood GL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4th ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2001.
72. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. 3rd ed. Holt, Rinehart & Winston (NY); 1986
73. Chwalow JÁ. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. Patient Educ Cous. Elsevier 1995; 26(1):648-98.
74. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Reumatol. 1995; 24(2): 61-3.
75. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie M. Evaluation of the European heart failure self-care behaviour scale in a united kingdom population. J Adv Nurs. 2007; 60(1):87-95.
76. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JG, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007;334(1):942-45.

APÊNDICE A - Ficha de características clínicas e demográficas.

FICHA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS		
1.Nome:	2.Prontuário:	3.Data:
4.Sexo: F() M()	5.Idade:	6.Cor:
7.Endereço:	8.Cidade:	9.Tel:
10.Escolaridade (anos de estudo):		
11.Estado civil: solteiro () casado () separado () viúvo ()		
12.Profissão: ativo () inativo/aposentado ()		
13.Renda familiar (R\$):		
14.Etiologia ICC:		
15.Classe NYHA: I () II () III () IV ()		
16.PA:	17.FC:	

**APÊNDICE B- Escala de autocuidado em insuficiência cardíaca
(EAC-IC)**

Pense em como você tem se sentido no último mês ou desde a última vez em que conversamos ao completar esses itens.

SEÇÃO A: Seguem abaixo uma lista de orientações normalmente dadas às pessoas com insuficiência cardíaca. Com que frequência você realiza as seguintes atividades?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre ou diariamente
1. Você se pesa?	1	2	3	4
2. Verifica se os seus tornozelos estão inchados?	1	2	3	4
3. Tenta evitar ficar doente (por exemplo: vacinar-se contra a gripe, evitar contato com pessoas doentes)?	1	2	3	4
4. Realiza alguma atividade física?	1	2	3	4
5. É assíduo nas consultas com médico ou enfermeiro?	1	2	3	4
6. Ingere uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4
7. Exercita-se por 30 minutos?	1	2	3	4
8. Esquece-se ou deixa de tomar algum de seus medicamentos?	1	2	3	4
9. Solicita alimentos com pouco sal quando come fora ou visita alguém?	1	2	3	4
10. Usa um sistema (caixa de comprimido, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de seus medicamentos?	1	2	3	4

SEÇÃO B:

Muitos pacientes têm sintomas devido à sua insuficiência cardíaca. Dificuldade em respirar e tornozelos inchados são sintomas comuns de insuficiência cardíaca.

No mês passado, você teve problemas para respirar ou tornozelos inchados? Circule uma das opções.

- 0) Não
- 1) Sim

11. Se teve problemas para respirar ou tornozelos inchados no último mês...

(circule **um** número)

	Não tive tais sintomas	Não reconheci	Demorei muito para reconhec er	Demorei um pouco para reconhece r	Reconhec i rapidame nte	Reconhec i imediate mente
Com que rapidez você os reconheceu como um sintoma de insuficiência cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4

Abaixo estão os recursos que são utilizados por pessoas com insuficiência cardíaca. Se você tem dificuldade para respirar ou inchaço nos tornozelos, qual a probabilidade de você tentar um destes recursos?

(circule **um** número para cada um dos recursos)

	Improváv el	Pouco provável	Provável	Muito provável
12. Reduzir o sal na sua dieta	1	2	3	4
13. Reduzir a ingestão de líquidos	1	2	3	4
14. Ingerir um diurético a mais	1	2	3	4
15. Contatar seu médico ou enfermeiro para orientação	1	2	3	4

16. Pense em um dos recursos acima que você tentou na última vez em que teve dificuldade para respirar ou tornozelos inchados,

(circule **um** número)

	Eu não tentei nada	Não tenho certeza	Tenho pouca	Tenho certeza	Tenho absoluta

		certeza			certeza
Você tem certeza de que este recurso o ajudou?	0	1	2	3	4

SEÇÃO C:

De maneira geral, você está confiante sobre:

	Não confiante	Um pouco confiante	Muito confiante	Extremam ente confiante
17. Estar livre dos sintomas de insuficiência cardíaca?	1	2	3	4
18. Seguir o tratamento recomendado?	1	2	3	4
19. Avaliar a importância de seus sintomas?	1	2	3	4
20. Reconhecer alterações na saúde, caso elas ocorram?	1	2	3	4
21. Fazer algo que possa aliviar seus sintomas?	1	2	3	4
22. Avaliar se um medicamento funciona?	1	2	3	4

APENDICE C- Termo de consentimento livre esclarecido

Tradução, adaptação transcultural e validação da *Self-care of Heart Failure Index* para uso no Brasil

O autocuidado significa a habilidade que as pessoas podem ter ou desenvolver no cuidado da sua saúde, como por exemplo, no caso de pacientes com insuficiência cardíaca, aprender a importância do controle do peso, da alimentação com pouco sal, da realização de atividade física diária, entre outros cuidados. Em virtude dessa afirmação, gostaríamos de convidado-lo(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca.

É importante para a equipe que cuida de pacientes com esta doença, saber se o senhor tem o conhecimento destas habilidades ou não. Para isto estamos desenvolvendo um estudo que utiliza um questionário sobre estas habilidades. No entanto, este questionário ainda não está disponível na nossa língua, e por isso ainda não é utilizado no nosso país.

Primeiramente, esse instrumento foi traduzido do inglês para o português e re-traduzido do português para o inglês por profissionais devidamente qualificados. A finalidade desta etapa foi deixar o questionário o mais parecido com o original evitando erros de interpretação. Com a versão final do questionário já disponível os demais pacientes do ambulatório estão sendo convidados a participar do estudo. Alguns pacientes (40) precisarão retornar ao hospital em duas semanas para responder novamente ao questionário para avaliar a concordância entre as respostas dadas antes e após esse período com a finalidade de validar a escala na língua portuguesa.

Na primeira etapa desta pesquisa, precisamos testar este questionário com os nossos pacientes, para a partir destes resultados conhecer as habilidades que os pacientes possuem sobre o cuidado com a sua saúde.

Se o Sr(a) concordar, irá responder a um questionário com perguntas referentes a sua doença e ao seu tratamento, incluindo os cuidados com alimentação, controle de líquidos e atividade física. Além disso, o sr(a) deverá retornar em 2 semanas para nova aplicação deste mesmo questionário.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa, e que os dados coletados não serão identificados quando a divulgação dos resultados. Estes dados, após serem analisados, serão arquivados e ficarão a disposição por um período de cinco anos junto as pesquisadoras.

A participação nesta pesquisa não oferece riscos ou benefícios diretos, mas poderá ajudar futuramente na assistência a outros pacientes com Insuficiência cardíaca. O Sr (a) não terá despesas ao aceitar participar desse estudo.

O Sr (a) tem direito de se recusar em participar e sua decisão não influenciará em nada o seu atendimento no hospital. O seu cuidado é de responsabilidade do seu médico assistente, independente da sua participação no estudo.

A professora responsável por este estudo é a Profª Eneida Rejane Rabelo da Silva, e a enfermeira pesquisadora que estará aplicando este questionário é Enfª Christiane Wahast Ávila. As pesquisadoras poderão ser contatadas através dos telefones (51) 33598657, (51) 81365331 durante o período de coleta dos dados.

Endereço Pesquisador: Escola de Enfermagem – UFRGS. Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Rua São Manoel,963. Bairro Rio Branco.

Contato Comitê de Ética em Pesquisa-HCPA: 51 3359-8304.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção sobre os objetivos deste estudo.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
26/12/2011
300478 TRV

Este documento foi elaborado em 2 vias, ficando uma com o participante e uma com o pesquisador.

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do Entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistador: _____

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
26 JAN/2011
100438 TRV

ANEXO A - Self-care of heart failure index
All answers are confidential.

Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.

SECTION A:

Listed below are common instructions given to persons with heart failure. How routinely do you do the following?

	Never or rarely	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. Weigh yourself?	1	2	3	4
2. Check your ankles for swelling?	1	2	3	4
3. Try to avoid getting sick (e.g., flu shot, avoid ill people)?	1	2	3	4
4. Do some physical activity?	1	2	3	4
5. Keep doctor or nurse appointments?	1	2	3	4
6. Eat a low salt diet?	1	2	3	4
7. Exercise for 30 minutes?	1	2	3	4
8. Forget to take one of your medicines?	1	2	3	4
9. Ask for low salt items when eating out or visiting others?	1	2	3	4
10. Use a system (pill box, reminders) to help you remember your medicines?	1	2	3	4

SECTION B:

Many patients have symptoms due to their heart failure. Trouble breathing and ankle swelling are common symptoms of heart failure.

In the past month, have you had trouble breathing or ankle swelling? Circle one.

2) No

3) Yes

11. If you had trouble breathing or ankle swelling in the past month...(circle **one** number)

	Have not had these	I did not recognize it	Not Quickly	Somewha t Quickly	Quickly	Very Quickly
How quickly did you recognize it as a symptom of heart failure?	N/A	0	1	2	3	4

Listed below are remedies that people with heart failure use. If you have trouble breathing or ankle swelling, how likely are you to try one of these remedies?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
12. Reduce the salt in your diet	1	2	3	4
13. Reduce your fluid intake	1	2	3	4
14. Take an extra water pill	1	2	3	4
15. Call your doctor or nurse for guidance	1	2	3	4

16. Think of a remedy you tried the last time you had trouble breathing or ankle swelling,(circle **one** number)

	I did not try anything	Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure
How <u>sure</u> were you that the remedy helped or did not help?	0	1	2	3	4

SECTION C:

In general, how confident are you that you can:

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
17. Keep yourself <u>free of heart failure symptoms</u> ?	1	2	3	4
18. <u>Follow the treatment advice</u> you have been given?	1	2	3	4
19. <u>Evaluate the importance</u> of your symptoms?	1	2	3	4
20. <u>Recognize changes</u> in your health if they occur?	1	2	3	4
21. <u>Do something</u> that will relieve your symptoms?	1	2	3	4
22. <u>Evaluate</u> how well a remedy works?	1	2	3	4

ANEXO B- Autorização para adaptação do instrumento para a língua portuguesa

From: "Riegel, Barbara" <briegel@nursing.upenn.edu>

To: <rabelo@portoweb.com.br>

Sent: Friday, September 14, 2010 10:27 AM

Subject: Re: Paper to Brazil

Dear Eneida, I do remember meeting you! How nice to reconnect. In response to your question, I do not know of a portugese version of the schifi. But if you translate it I would greatly appreciate getting your final version and permission to share it with others. I am currently building a website for the schifi on which.

I hope to post translated versions along with contact information for the local person who translated it.

Thanks for writing! Barbara

Dr. Barbara Riegel

Professor, University of Pennsylvania

NewCourtland Center for Transitions and Health

School of Nursing, Claire M. Fagin Hall

418 Curie Boulevard

Philadelphia, PA 19104-4217

briegel@nursing.upenn.edu

215-898-9927 Phone

240-282-7707 eFax

Editor, The Journal of Cardiovascular Nursing

<http://journals.lww.com/jcnjournal/pages/default.aspx>

ANEXO C- Carta de aprovação do projeto



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100478 **Versão do Projeto:** 24/01/2011 **Versão do TCLE:** 24/01/2011

Pesquisadores:

MARIA KAROLINA ECHER FERREIRA FEIJO
CHRISTIANE WAHAST AVILA
ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

Título:

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX PARA USO NO BRASIL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2011.


Prof.^ª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA