



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI

VULNERABILIDADE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO

FORTALEZA – CEARÁ

2017

VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI

VULNERABILIDADE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MENSURAÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cestari, Virna Ribeiro Feitosa .

Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração [recurso eletrônico] / Virna Ribeiro Feitosa Cestari. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 p. pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 211 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. .

Orientação: Prof.* Ph.D. Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Insuficiência cardíaca. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Questionários. 4. Psicometria. I. Título.

VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI

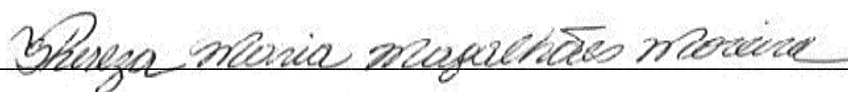
VULNERABILIDADE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:

elaboração de um instrumento de mensuração

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

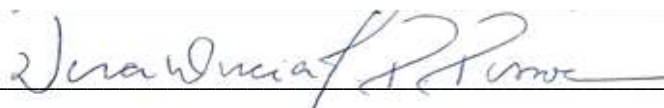
Aprovado em 13 de dezembro de 2017

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra.^a Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dra.^a Maria Rita Bertolozzi

Universidade de São Paulo – USP

À minha família, dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar ao meu lado, guiar meus passos e me dar forças para enfrentar as adversidades. Em Sua infinita sabedoria, Deus:

Uniu meus pais, Janette e Humberto. Serei sempre grata pelo incentivo e suporte em todos esses anos, por seu amor e amizade que me dão segurança; pelo seu carinho, por me ensinar valores e por fornecerem uma educação de qualidade a mim. Por terem me dado dois anjos da guarda, Marley e David, meus amados irmãos, que moldaram meu caráter e me ensinaram a obedecer e ter paciência.

Por meio dos meus irmãos, me presenteou com Nathalie, Tatiana, Bianquinha, Príncipe, Sarinha e Cecília, nossas pequenas-grandes luzes de vida.

Permitiu-me amar e ser amada pelo meu querido esposo, Paulo, que me mima por seu aconchego, conselhos e postura nos momentos incertos; por se preocupar com meu futuro e nunca me deixar esquecer que consigo ir mais longe. Por segurar a minha mão, sorrir e me fazer sentir, todos os dias, a pessoa mais forte do mundo. Obrigada por ser meu porto seguro.

Deu-me uma segunda mãe, Silvia, e mais dois irmãos, Bru e Cleane. Obrigada pelo amor e por me receberem de braços abertos. Serei eternamente grata por confiarem a felicidade do Paulo a mim.

Confiou a mim dois anjos, duas luzes, duas bênçãos, Lizi e Catarina, que me ensinam a ser mãe, filha, tia; me ensinam a ser justa, humana, a aceitar meus defeitos e me fazerem querer ser um ser humano melhor, digno de amor e confiança. Agradeço por ser aquela a quem buscam quando fazem algo certo ou errado, por ser a direção, por me olharem com orgulho e acharem sempre que “mamãe sabe de tudo”. Por me darem colo, beijos, abraços; por serem minhas companheiras e fecharem meu computador para que possamos assistir desenhos.

À Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira. Pessoa singular, de rara inteligência, que me aceitou como orientanda. Pelos ensinamentos, conselhos, disposição e paciência. Sua crença na minha capacidade foi essencial para a realização deste trabalho.

A Profa. Dra. Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, pelos ensinamentos na arte de cuidar e pelos valores humanos. Pelo carinho e incentivo e por compartilhar os saberes da enfermagem em cardiologia.

Às professoras Dra. Edna Maria Camelo Chaves e Dra. Maria Rita Bertolozzi, por aceitarem fazer parte da banca examinadora, pelo tempo despendido na leitura do trabalho e por suas valiosas contribuições.

Às amigas da 12ª Turma de Mestrado, pelas brincadeiras e aprendizados compartilhados ao longo desses dois anos. Agradeço especialmente à Glícia, Lidiane e Odete, por todas as alegrias, risadas e ideias.

À amiga Raquel Sampaio Florêncio, pelos conselhos, risadas, conversas sem fim e sempre estar disposta a ensinar. Muito obrigada pela sua amizade e parceria.

Às amigas Lorena, Dafne e Gyslane, por apoiarem as minhas escolhas e sempre vibrarem com minhas conquistas; pelas conversas e gargalhadas em todos nossos encontros.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem, pelos ensinamentos e crescimento coletivo alcançados.

Aos especialistas, pela disponibilidade e contribuições para que este trabalho saísse da melhor maneira possível.

Ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e todos os professores, pelos aprendizados vivenciados durante o mestrado, que me permitiram evoluir como pesquisadora.

Aos funcionários do Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde: Aline, Fernanda e Alécio, pela paciência e disponibilidade durante o Mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Estadual do Ceará, pela oportunidade.

A todos vocês muito obrigada!

RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é o maior e mais crescente problema de saúde pública em todo o mundo, com grande impacto físico, psicológico e social, devido à diminuição funcional e perda da qualidade de vida nas atividades diárias nos indivíduos acometidos. No escopo da promoção da saúde, identificar a vulnerabilidade da pessoa com IC, pode facilitar a detecção dos aspectos envolvidos nessa complexa condição crônica, além de auxiliar no planejamento de ações de atenção à saúde da mesma. Nesse sentido, objetivou-se desenvolver e validar um instrumento para a mensuração da vulnerabilidade da pessoa IC. Trata-se de um estudo metodológico, restrito ao polo teórico, da Psicometria, constituído de duas fases: 1) Teórica: identificação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC e elaboração das dimensões; e 2) Construção: desenvolvimento do instrumento e validação de conteúdo por especialistas. Uma vez identificados os marcadores e as definições constitutivas e operacionais e construídos os itens, 19 especialistas realizaram a validação de conteúdo e 31 pacientes com IC realizaram a análise semântica. Calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC) de cada item e do instrumento como um todo para avaliar a concordância entre os especialistas. Foi realizado o Teste Binomial, considerando um nível de significância de 5%, para estimar a confiabilidade estatística dos IVC. Para análise da consistência interna, calculou-se o Alfa de Cronbach. O presente estudo foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, o qual avaliou a viabilidade de sua realização, sendo aprovado sob número de parecer 1.962.663. A revisão de literatura permitiu a identificação de 49 marcadores essenciais, que foram agrupados segundo sua semelhança. Posteriormente, escolheu-se um termo que abrangeu o conjunto dos marcadores, denominados subdimensões. Estas, foram organizadas em três dimensões: pessoa humana, co-presenças e cuidado. A dimensão da pessoa-humana abrangeu cinco subdimensões: situação socioeconômica e demográfica, perfil clínico, aprendizagem, comportamentos de saúde e saúde mental. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 0,99 e 0,97, respectivamente. A dimensão das co-presenças envolveu duas subdimensões: apoio social e apoio familiar. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 0,98 cada. A dimensão do cuidado comportou três subdimensões: tecnologias em saúde, custos com a saúde e serviços de saúde. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 1,00 e 0,97, respectivamente. Após a delimitação das definições constitutivas e operacionais dos marcadores essenciais, foram construídos 114 itens. A validação de conteúdo evidenciou todos os itens com excelentes IVC

($\geq 0,78$), com sugestão dos especialistas pela junção de dois itens, totalizando 112 itens. O IVC total foi de 0,99 e o Alfa de Cronbach foi de 0,93. Concluímos que os marcadores e itens permitiram a operacionalização do fenômeno de interesse. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o cuidado clínico voltado à pessoa com IC, por revelar esse paciente como um ser vulnerável nas suas diferentes dimensões, e oferecer um instrumento integral e multidimensional.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Vulnerabilidade em saúde. Questionários. Psicometria.

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is the largest and most growing public health problem in the world, with great physical, psychological and social impact due to functional impairment and loss of quality of life in daily activities in affected individuals. In the scope of health promotion, identifying the vulnerability of the person with HF, can facilitate the detection of the aspects involved in this complex chronic condition, besides helping in the planning of health care actions of the same. In this sense, the objective was to develop and validate an instrument for measuring the vulnerability of the HF person. It is a methodological study, restricted to the theoretical pole of Psychometrics, consisting of two phases: 1) Theoretical: identification of the vulnerability markers in the health of the person with HF and elaboration of the dimensions; and 2) Construction: instrument development and content validation by specialists. Once the markers were identified and the constitutive and operational definitions were constructed and the items were constructed, 19 specialists performed content validation and 31 patients with HF performed the semantic analysis. The content validity index (CVI) of each item and of the instrument as a whole was calculated to assess agreement among the specialists. The Binomial Test was performed, considering a level of significance of 5%, to estimate the statistical reliability of the CVI. For internal consistency analysis, the Cronbach's alpha was calculated. The present study was submitted to the Research Ethics Committee of the Hospital de Messejana, Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, which evaluated the feasibility of its accomplishment, being approved under the number of opinion 1.962.663. The literature review allowed the identification of 49 essential markers, which were grouped according to their similarity. Subsequently, a term was chosen that encompassed the set of markers, called subdimensions. These were organized in three dimensions: human person, co-presence and care. The dimension of the human person covered five sub-dimensions: socioeconomic and demographic situation, clinical profile, learning, health behaviors and mental health. The constitutive and operational definitions were validated with CVI of 0.99 and 0.97, respectively. The dimension of co-presence involved two sub-dimensions: social support and family support. The constitutive and operational definitions were validated with CVI of 0.98 each. The dimension of care had three sub-dimensions: health technologies, health costs and health services. The constitutive and operational definitions were validated with CVI of 1.00 and 0.97, respectively. After delimiting the constitutive and operational definitions of the essential markers, 114 items were constructed. Content validation evidenced all items with

excellent CVI (≥ 0.78), with experts' suggestion for the combination of two items, totaling 112 items. The total CVI was 0.99 and Cronbach's alpha was 0.93. We conclude that the markers and items allowed the operationalization of the phenomenon of interest. It is hoped that this research may contribute to the clinical care directed toward the person with HF, by revealing this patient as a vulnerable being in its different dimensions, and offering an integral and multidimensional instrument.

Key words: Heart failure. Vulnerability in health. Questionnaires. Psychometry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Percurso seguido para a construção do instrumento.	37
Figura 2 -	Componentes da revisão integrativa da literatura.	38
Figura 3 -	Processo de seleção dos estudos, segundo PRISMA.	40
Figura 4-	Fluxo dos conceitos do polo teórico para a construção de instrumentos de medida.	41
Figura 5 -	Dimensões e subdimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.	51
Quadro 1 -	Sinais e sintomas da insuficiência cardíaca esquerda e direita.	26
Quadro 2 -	Critérios clínicos de Framingham para diagnóstico de insuficiência cardíaca.	27
Quadro 3 -	Classificação da insuficiência cardíaca de acordo com a <i>American Heart Association</i> e pelo <i>American College of Cardiology (ACC)</i>.	28
Quadro 4 -	Complicações cardíacas e sistêmicas da insuficiência cardíaca.	28
Quadro 5 -	Sistema de pontuação para escolha de especialistas.	43
Quadro 6 -	Critérios psicométricos para elaboração de itens.	44
Quadro 7 -	Pontuação e critérios de avaliação das definições constitutivas, definições operacionais e operacionalização do construto em itens.	45
Quadro 8 -	Dimensionalidade teoria do construto “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC”.	48
Quadro 9 -	Marcadores, subdimensões e dimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.	49
Quadro 10 -	Definições constitutivas e operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão da pessoa humana.	52
Quadro 11 -	Definições constitutivas operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão das co-presenças.	62
Quadro 12 -	Definições constitutivas operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão do cuidado.	64
Quadro 13 -	Classificação da insuficiência cardíaca, conforme preconizado	72

pela *New York Heart Association*.

Quadro 14 -	Itens que representam o traço latente “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca”, oriundos da revisão integrativa.	121
Quadro 15 -	Itens do instrumento que sofreram alterações na avaliação de conteúdo.	135
Quadro 16 -	Itens que sofreram alterações na análise semântica.	136
Quadro 17 -	Versão final dos itens.	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escore dos especialistas segundo critérios adotados.	125
Tabela 2 -	Caracterização dos especialistas.	125
Tabela 3 -	Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão da pessoa humana.	128
Tabela 4 -	Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão das co-presenças.	129
Tabela 5 -	Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão do cuidado.	129
Tabela 6 -	Índice de Validade de Conteúdo dos itens do instrumento “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.	131
Tabela 7 -	Índice de Validação de Conteúdo e Alfa de Cronbach das definições constitutivas e operacionais e itens.	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACA	<i>American College of Cardiology</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AIH	Autorização para internação hospitalar
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde
BDENF	Base de dados em Enfermagem
BIA	Balão Intra-Aórtico
CAP	Conhecimento-atitude-prática
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAV	Dispositivo de Assistência Ventricular
DC	Doenças crônicas
DCt	Definições constitutivas
DCV	Doenças cardiovasculares
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DO	Definições operacionais
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
EFH	Engenharia de fatores humanos
FA	Fibrilação atrial
FEVE	Fração de ejeção do ventrículo esquerdo
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HP	Hipertensão pulmonar
PH-LHD	Hipertensão pulmonar devido à doença cardíaca esquerda
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
ICD	Insuficiência cardíaca descompensada
ICFEN	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal

IMC	Índice de Massa Corpórea
IRA	Insuficiência renal aguda
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCi	Índice de Validade de Conteúdo entre os itens
IVCt	Índice de Validade de Conteúdo total
LILACS	Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PPCCLIS	Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RI	Revisão integrativa
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCM	Suporte Circulatorio Mecânico
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transplante cardíaco
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UTI	Unidade de terapia intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	25
3.2	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À VULNERABILIDADE EM SAÚDE PELOS ENFERMEIROS: POR QUE PENSAR A VULNERABILIDADE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	32
4	MÉTODO	36
4.1	TIPO DE ESTUDO	36
4.2	PÓLO TEÓRICO	37
4.2.1	Fase teórica: identificação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC e elaboração das dimensões	37
4.2.2	Fase de construção: desenvolvimento do instrumento e validação de conteúdo por especialistas	41
4.2.2.1	Validação de conteúdo	42
4.2.2.2	Análise semântica	45
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.4	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	DIMENSIONALIDADE TEÓRICA DO TRAÇO LATENTE “VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA PESSOA COM IC	48
5.2	SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DA PESSOA HUMANA	69
5.2.1	Subdimensão: Situação socioeconômica e demográfica	69
5.2.2	Subdimensão: Perfil clínico	71
5.2.3	Subdimensão: Aprendizagem	77
5.2.3.1	Aprendizagem significativa	78
5.2.3.2	Competência cognitiva	80
5.2.3.3	Letramento funcional em saúde	83
5.2.4	Subdimensão: Saúde mental	85
5.2.5	Subdimensão: Comportamentos de saúde	91
5.3	SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DAS CO-PRESENÇAS	97
5.3.1	Subdimensão: Apoio social	97
5.3.2	Subdimensão: Vínculos familiares	100
5.4	SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DO CUIDADO	103
5.4.1	Subdimensão: Tecnologias em saúde	103

5.4.1.1	Tecnologias leves	103
5.4.1.2	Tecnologias leve-duras	105
5.4.1.3	Tecnologias duras	111
5.4.2	Subdimensão: Custos de saúde	115
5.4.3	Subdimensão: Serviços de saúde	119
5.5	CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO TRAÇO LATENTE “VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA PESSOA COM IC”	121
5.6	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	125
5.6.1	Análise dos especialistas	125
5.6.2	Análise de conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores	127
5.6.3	Análise de conteúdo dos itens do traço latente “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC”	130
5.7	ANÁLISE SEMÂNTICA – TESTE PILOTO	136
5.8	VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO	137
6	CONCLUSÃO	142
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICES	166
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS	167
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTA)	168
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)	170
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	172
	ANEXO	209
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	210

1 INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico e científico, a possibilidade do diagnóstico precoce para muitas doenças, bem como a terapêutica adequada, tem sido uma importante conquista para a saúde, proporcionando maiores expectativas de cura. Apesar desses progressos, algumas doenças, principalmente as crônicas, causam limitações que requerem cuidados específicos e adaptações significativas no estilo de vida, com vistas à melhoria da qualidade de vida (VALCARENGHI et al., 2015).

As doenças crônicas (DC) compõem o conjunto de condições ou situações crônicas que, em geral, estão relacionadas a múltiplas causas. São caracterizadas por possuírem início gradual, com prognóstico usualmente incerto, de longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que se altera ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (OMS, 2014).

As DC constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de morte e são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Além da mortalidade, as DC apresentam forte carga de morbidades relacionadas, causando grande número de internações, amputações e perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. A perda significativa da qualidade de vida se aprofunda à medida que a doença se agrava (MENDES, 2012).

Nesse conjunto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas a primeira causa de mortalidade no mundo, com predominância de mortalidade prematura, principalmente em populações de baixa renda. No Brasil, são a causa de aproximadamente 74% dos óbitos, o que se configura como um desafio para os gestores de saúde (MALTA et al., 2016). Define-se DCNT como as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, que compartilham diversos fatores de risco, estando associadas aos efeitos negativos da globalização e urbanização acelerada (THEME FILHA et al., 2015).

Por atingir altas prevalências e elevada mortalidade, a preocupação com as DCNT é evidente em vários países, incluindo o Brasil. Nesse seguimento, o Ministério da Saúde do Brasil, entendendo que a situação precisava ser discutida de forma estratégica, lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, cujo objetivo geral foi promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção

e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção às pessoas que apresentam tais agravos (BERNAL et al., 2016).

As doenças cardiovasculares (DCV) representam o subgrupo das DCNT responsável pela maior proporção de óbitos da população brasileira e configuram-se como a principal causa de morte e incapacidades a partir dos 40 anos de idade. Calcula-se que as DCV sejam responsáveis por 17,3 milhões de mortes/ano no mundo, com projeção de 23,6 milhões de óbitos/ano para 2030 (BIENERT et al., 2017).

Dentre as DCV, a insuficiência cardíaca (IC) destaca-se por ser a via final da quase ou totalidade das cardiopatias. É definida como uma síndrome clínica, caracterizada por alta mortalidade, frequente hospitalização, baixa qualidade de vida e complexo regime terapêutico, resultante da alteração estrutural ou funcional do coração, o que limita sua capacidade para encher e bombear sangue durante o ciclo cardíaco (BOCCHI et al., 2012).

É reconhecida como o maior e mais crescente problema de saúde pública em todo o mundo, considerada como uma nova epidemia, com elevada mortalidade e morbidade, a despeito dos avanços da terapêutica atual (JURGENS et al., 2015). A *American Heart Association* (AHA) estima prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC somente nos Estados Unidos, no período de 2007 a 2012. As projeções mostram que a prevalência da IC aumentará 46% de 2012 – 2030, resultando em mais de 8 milhões de pessoas acima dos 18 anos de idade com IC (GO et al., 2014).

No Brasil, a IC representa a principal causa de internação de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos 65 anos, além de ser responsável por altos custos. O retrato mais abrangente da situação das internações por IC no Brasil pode ser obtido pelas análises dos registros do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com as limitações inerentes de um banco de dados de caráter administrativo. Os dados demonstram que apenas no ano de 2012 houve 26.694 óbitos por IC (ALBUQUERQUE et al., 2015). A taxa de mortalidade é de, aproximadamente, 12% de mortes dentro de 30 dias e 33% após 1 ano da primeira internação (CORRÊA et al., 2016).

Apesar dos esforços despendidos no controle da IC e a despeito do avanço no conhecimento terapêutico (pesquisa de novos fármacos, utilização de marca-passos e resincronizadores para o tratamento e prevenção da progressão da disfunção ventricular), a evolução desses pacientes não vem se modificando de forma expressiva, pelos menos no que tange à mortalidade hospitalar e readmissões (KAUFMAN et al., 2015; REIS et al., 2015).

Sendo um processo crônico, a IC implica na necessidade do indivíduo em fazer mudanças no estilo de vida e de continuidade do tratamento, que envolve acompanhamento

das diversas fases da doença, caracterizadas por manifestações clínicas em períodos de remissão e exacerbação em graus variados de incapacidade e morte. Pacientes com IC apresentam risco substancial de exacerbações agudas, desenvolvendo sintomas severos. Dentre eles, é possível enumerar a dispneia, edema e intolerância progressiva aos esforços, além de provocar impacto físico, psicológico e social, devido à diminuição funcional e perda da qualidade de vida nas atividades diárias (BIDWELL et al., 2015).

Na perspectiva de melhorar a sobrevivência da pessoa com IC, a promoção da saúde desponta na busca de alternativas às crises dos serviços de saúde. Promover tem o significado de dar impulso, fomentar, gerar. Assim, as estratégias de promoção da saúde enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, no intuito de aumentar a saúde e o bem-estar gerais; traz em seu cerne a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os diversos condicionantes da saúde (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

É imperioso que a organização de estratégias para consolidação de ações voltadas para a promoção da saúde da pessoa com IC seja baseada em aportes teóricos holistas, como a vulnerabilidade. Autores apontam que o diálogo entre a promoção da saúde e a vulnerabilidade é pertinente, pois a aplicação do conceito de vulnerabilidade na saúde é alicerçada em ações educativas e intervenções construtivistas, que possibilitam a autonomia do indivíduo e coletividade (AYRES, 2012; OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Para tal, Ayres et al. (2009) ressalta a importância do enfoque nos aspectos relevantes que abrangem desde suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, espirituais, sociais, econômicos e políticos.

O termo vulnerabilidade é relativamente novo e designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. No Brasil, a ampliação e sistematização do conceito de vulnerabilidade foram realizadas por Ayres et al. (1999), definindo-a como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos que envolvem o indivíduo e sua relação com o coletivo.

Apesar de ser frequentemente utilizado na literatura científica nacional e internacional, nas variadas áreas de conhecimento, o termo vulnerabilidade ainda não é totalmente compreendido. Existe relação estreita entre o conceito de vulnerabilidade e risco, mesmo que ambos tenham denotações diferentes.

É importante assinalar que a confusão terminológica não traz benefícios a nenhum dos dois conceitos, pois risco, como conceito epidemiológico, tem uma identidade bastante sólida, ao contrário da vulnerabilidade, conceito emergente e em construção (AYRES et al., 2009). A linguagem do risco remete a uma razão matemática, indicando probabilidade,

enquanto a vulnerabilidade articula-se no movimento entre a chance de exposição e a susceptibilidade, na busca da síntese, constituindo-se como indicador da iniquidade e da desigualdade social. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade antecede o risco e, ao buscar o entendimento das mediações presentes no processo saúde-doença, promove possibilidades distintas para o seu enfrentamento e atinentes ao cotidiano das pessoas (NICHATA et al., 2011).

Embora os conceitos de risco e susceptibilidade estejam imbricados na vulnerabilidade, planeamos aqui uma abertura para refletir. Ayres (2014) ressalta o caráter hermenêutico da vulnerabilidade e refere que estudar uma questão de saúde na perspectiva da vulnerabilidade é sempre buscar um modo de compreender melhor ou de apreender de outros modos um problema de saúde. Assim, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo; busca a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência.

A vulnerabilidade pode ser compreendida como situações de ameaça à autonomia humana; como um processo de estar em risco, potencial ou não, para o desenvolvimento de doenças, incapacidades, agravos, danos ou sofrimento, resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais (AYRES et al., 2012). Aqui, tomamos a concepção de vulnerabilidade como parte da condição humana, uma contingência, ‘um estar em situação de’; é uma realidade constitutiva do ser humano, e que, por isso, revela o ser humano como um ser de cuidado (WALDOW, 2014; BELLATO et al., 2016). Assim, o termo ganha maior amplitude e possibilita a evolução do ser.

Numa visão antropológica e filosófica do ser humano, Torralba Roselló (2009, p.57) afirma que a “experiência da vulnerabilidade está intimamente arraigada na humanidade [...]. Viver humanamente significa, pois, viver na vulnerabilidade.” A vulnerabilidade, segundo o mesmo autor, significa fragilidade e precariedade que estão presentes na pluridimensionalidade do ser humano. Este goza de integridade biológica, psicológica, social e espiritual que não são absolutas e inalteráveis, pois podem estar ameaçadas por enfermidades, sofrimentos, velhice, marginalização e abandono. O ser humano se apresenta vulnerável não só na sua dimensão somática, mas em todas as suas dimensões fundamentais.

A ideia da vulnerabilidade e sua interface com a IC é pertinente, pois ambas estão interligadas pelo cuidado, logo, são indissociáveis. É no apoio a circunstâncias de vulnerabilidade que o cuidar atinge o seu ponto máximo de importância (WALDOW, 2008). No contexto da IC, inúmeros aspectos exacerbam a vulnerabilidade do indivíduo, assim, o

cuidar é essencial na busca da sua restauração, autonomia e na prevenção de complicações advindas da própria doença.

A criação de recursos tecnológicos pode agregar valor ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, além de redirecionar as perspectivas do cuidado. É essencial que o enfermeiro compreenda e conheça as tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde. A característica da tecnologia em enfermagem é peculiar, pois, ao cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao indivíduo. Nesta linha de pensamento, o trabalho de enfermagem contribui para a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde ou até para uma morte digna. Assim, as tecnologias libertam o homem de determinadas funções que podem subjugar-lo (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Dessa forma, o desenvolvimento de instrumento específico para medir a vulnerabilidade em saúde de pacientes com IC, que considere sua multidimensionalidade, enfocando domínios relevantes dessa enfermidade, pode facilitar a detecção dos aspectos envolvidos nessa complexa condição crônica, além de auxiliar no planejamento de ações de atenção na saúde. Ressalta-se a inexistência de estudos brasileiros focalizando a construção de instrumentos de mensuração da vulnerabilidade em saúde de pacientes com IC.

A necessidade de desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde no contexto de DC de alta prevalência e associada aos indicadores de morbimortalidade e incapacidade, encontra-se inserida na Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS) (AKERMAN; FISCHER, 2014; BRASIL, 2011), o que torna importante o desenvolvimento de estudos que forneçam subsídios para gestores e equipes de saúde, em especial o enfermeiro, uma vez que, inserido em ambiente de pesquisa baseada em evidências, tem a possibilidade de prestar um cuidado clínico que permita a redução do impacto negativo dos desfechos cardiovasculares diante de suas complicações.

Ante ao exposto, questiona-se: quais os elementos constituintes e operacionais da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC? É viável a identificação dos marcadores de vulnerabilidade da pessoa com IC, para o desenvolvimento e validação de um instrumento de mensuração? A resposta a esta pergunta pode repercutir positivamente no cuidado clínico de enfermagem cardiovascular, fornecendo a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde, bem como permitir reflexão e mudança de conduta no cuidado ao indivíduo com IC, de forma a possibilitar o planejamento de estratégias de superação.

Propomos algumas premissas para sustentação da dissertação idealizada: 1) A vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC está ancorada em dimensões singulares; 2) As

dimensões da vulnerabilidade são compostas por marcadores que compõem traços latentes possíveis de mensuração; 3) A vulnerabilidade pode diminuir ou aumentar quando há desequilíbrio entre suas dimensões e ela é passível de mensuração.

O uso de instrumentos de medidas, validados dentro de padrões criteriosos e reconhecidos cientificamente, possibilitam aos enfermeiros o acesso a tecnologias científicas para a realização da prática clínica de enfermagem (BORGES, 2012). Assim, desenvolver um instrumento que mensure a vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC poderá contribuir para melhor entendimento do indivíduo e tudo que o cerca, além de possibilitar o cuidado clínico de enfermagem ancorado em conceitos que privilegiem a profissão, abrindo, assim, novos caminhos para a ciência de enfermagem.

O interesse pelo tema surgiu durante a graduação em Enfermagem e especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, ao participar de pesquisas sobre DCV e IC, assim como a participação no Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Insere-se no projeto guarda-chuva do GRUPECCE, centrado na produção de tecnologias voltadas para o adoecimento crônico. Desta forma, tive a oportunidade de aprofundar minhas pesquisas sobre a temática, situando a produção na questão da vulnerabilidade em saúde e o cuidar, como forma de subsidiar o cuidado clínico de enfermagem cardiovascular. Assim, despertou-se para a construção de um instrumento para a mensuração da vulnerabilidade da pessoa com IC.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Desenvolver um instrumento para a mensuração da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC, e sua validação.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC;
- Construir um conjunto de itens para mensurar a vulnerabilidade nessa população;
- Validar o instrumento desenvolvido junto a especialistas e público-alvo;
- Analisar as propriedades psicométricas do instrumento construído.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo foi dividido em tópicos essenciais para o desenvolvimento deste projeto de dissertação: Contextualização da IC e Significados atribuídos à vulnerabilidade em saúde pelos enfermeiros – por que pensar a vulnerabilidade da pessoa com IC?

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A IC é a principal causa de hospitalização em pacientes acima de 65 anos e sua prevalência aumenta com a idade, sendo consequência do progressivo envelhecimento populacional em países em desenvolvimento. Apesar dos avanços na terapêutica, pacientes diagnosticados com IC enfrentam elevado risco de hospitalização e morte (JONKMAN et al., 2016).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos evidenciou que, entre os anos de 2005 a 2011, a média de hospitalizações por IC descompensada (ICD) por ano foi de 1,76 milhões (AGARWAL et al., 2016). Dados mais recentes referem que a doença acomete mais de 5 milhões de americanos, responsável por 1 a cada 9 mortes nos adultos – taxa de mortalidade de 8,8%; o custo estimado é de 32 bilhões de dólares (AXON et al., 2016). Na Espanha, a IC é a causa de 3% da receita total e 2,5% dos custos globais de cuidados à saúde (MARTÍN-SANCHEZ et al., 2016).

Autores relatam haver no Brasil cerca de 2 milhões de pacientes com IC, sendo diagnosticados 240 mil casos por ano (ARAÚJO et al., 2014). Segundo dados do DATASUS, entre os meses de janeiro a agosto de 2016 foram internados 138.470 indivíduos por conta da IC, com maior prevalência na região Sudeste (41,8%). O número de óbitos registrados, no mesmo período, foi equivalente a 15.559. No Estado do Ceará foram notificados 4.899 casos de IC entre os meses de janeiro a agosto de 2016, sendo 3.164 (64,6%) casos no município de Fortaleza; o número de óbitos no estado pela doença foi de 440 casos, e em Fortaleza, 266 (60,5%) (DATASUS, 2016)

O ônus da IC se torna mais significativo quando consideramos que quase 50% de todos os pacientes internados com a doença são readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar e que essa readmissão é um dos principais fatores de risco para morte nesta síndrome (ROGER, 2013). Estudos mostram que quase a totalidade dos pacientes com IC reinternam em até um ano (AXON et al., 2016; MARTÍN-SANCHEZ et al., 2016).

Esses dados levaram o Brasil a desenvolver e efetivar medidas capazes de conter o avanço das DCNT e, assim, a IC. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs, em 2012 (BRASIL, 2013), a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), correspondente ao terceiro eixo do plano que versa sobre o cuidado integral. Os dados estimularam, ainda, a criação do primeiro registro nacional e multicêntrico da IC no Brasil. O I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca realizado inclui todas as regiões do país, envolvendo 51 hospitais públicos e privados em 21 cidades, e descreve as características clínicas, tratamento e prognóstico intra-hospitalar de pacientes admitidos com IC aguda (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Por se tratar de uma síndrome e não de um diagnóstico primário, a IC possui diversas etiologias prováveis e inúmeras características clínicas. No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à HAS (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). A IC ainda pode ser classificada como chagásica, hipertensiva, miocardite, isquêmica, alcoólica e idiopática (JURGENS et al., 2015).

Os sinais e sintomas da IC estão relacionados com o ventrículo afetado. A IC esquerda causa manifestações diferentes da direita (Quadro 1).

Quadro 1 – Sinais e sintomas da insuficiência cardíaca esquerda e direita.

Insuficiência Cardíaca esquerda
Congestão pulmonar: dispneia, tosse, estertores pulmonares e baixos níveis de saturação de oxigênio; bulha cardíaca extra (B3);
Dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna;
Tosse, inicialmente seca e não produtiva; pode torna-se úmida com o passar do tempo;
Grandes quantidades de escarro espumoso, que algumas vezes é rosado (tinto de sangue);
Estertores bibasilares que progridem para estertores difusos em todos os campos pulmonares;
Perfusão tissular prejudicada;
Oligúria e nictúria;
Progressão da IC: alteração da digestão; tontura, vertigem, confusão, inquietação e ansiedade; a pele é pálida ou acinzentada, fria e pegajosa;
Taquicardia; pulso fraco e filiforme; fadiga.
Insuficiência Cardíaca direita
Congestão das vísceras e tecidos periféricos;
Edema de membros inferiores (edema dependente), hepatomegalia, ascite, anorexia, náuseas, fraqueza e ganho de peso provocado por retenção de líquido.

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

Para o diagnóstico e definição do perfil clínico do paciente com IC deve-se considerar a presença ou ausência de elevação das pressões de enchimento (sinais e sintomas congestivos) e evidências clínicas de perfusão periférica comprometida (sinais e sintomas de baixo débito cardíaco). Estudo transversal realizado em hospital universitário na cidade de Porto Alegre, com 303 pacientes diagnosticados com IC, descreveu como sinais e sintomas: dispneia (91,4%), dispneia paroxística noturna (87,5%), cansaço (67,3%), edema (63,7%), ortopneia (55,4%) e distensão da veia jugular (28,7%) (ALITI et al., 2011).

Os sinais e sintomas da IC, isoladamente, apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para seu diagnóstico. Desta forma, a organização dos sinais e sintomas pode melhorar a acurácia do diagnóstico clínico. Nesse escopo, os critérios clínicos de Framingham, apresentados em 1971, são os mais utilizados para o diagnóstico da IC e consistem em identificar sinais e sintomas numa classificação de critérios maiores e menores. Para diagnosticar a IC é necessária a presença simultânea de, pelo menos, dois critérios maiores ou um critério maior e dois critérios menores (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios clínicos de Framingham para diagnóstico de insuficiência cardíaca.

Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna	Edema de tornozelos bilateral
Distensão das veias do pescoço (turgência jugular)	Tosse noturna
Crepitações pulmonares	Dispneia aos esforços
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Terceira bulha (galope)	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
Pressão venosa aumentada (>16mmHg)	Taquicardia (> 120bpm)
Refluxo hepatojugular	
Perda de peso >4,5kg em 5 dias, em resposta ao tratamento	

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

A IC também pode ser classificada de acordo com sua progressão, o que permite uma compreensão evolutiva da doença e, ainda, serve de base para a identificação de pacientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágio C) ou seleção de pacientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D) (Quadro 3).

Quadro 3 – Classificação da insuficiência cardíaca de acordo com a *American Heart Association* e pelo *American College of Cardiology (ACC)*.

Estágio	Descrição
A	Pacientes assintomáticos, mas com alto risco de desenvolver IC. Não apresentam lesão estrutural ou funcional. Exemplos: portadores de HAS, portadores de coronariopatias e diabéticos.
B	Pacientes assintomáticos com distúrbio cardíaco estrutural fortemente associado ao desenvolvimento de IC. Exemplos: hipertrofia ventricular, lesão valvar e infarto do miocárdio prévio.
C	Doentes com sintomas de IC atuais ou prévios e com alteração estrutural do coração.
D	Doentes com disfunção cardíaca avançada e com sintomas em repouso, a despeito de terapia farmacológica otimizada. Geralmente são pacientes que necessitam de intervenções especializadas, internações frequentes, suporte inotrópico contínuo e assistência circulatória.

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

Compreende-se por instabilidade hemodinâmica a inadequação da perfusão global ou regional, insuficiente para o funcionamento normal dos órgãos. É caracterizada por um quadro de hipotensão, com pressão arterial média abaixo de 60 mmHg, que resulta na diminuição do retorno venoso e conseqüente diminuição do débito cardíaco (PONIKOWSKI et al., 2016). Nesse contexto, a descompensação, responsável pelo quadro de instabilidade hemodinâmica, acarreta prejuízos no desempenho físico e emocional dos pacientes, contribuindo para a redução da expectativa de vida e piora da qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015; BASTOS et al., 2016). As complicações potenciais, cardíacas e sistêmicas, da IC estão dispostas no Quadro 4.

Quadro 4 – Complicações cardíacas e sistêmicas da insuficiência cardíaca.

Cardíacas	Sistêmicas
Choque cardiogênico	Alterações pulmonares: edema agudo de pulmão, embolia pulmonar, hipertensão pulmonar
Síndrome coronariana aguda	Distúrbio renal: insuficiência renal
Arritmias	Alterações hepáticas: hepatomegalia, insuficiência hepática aguda, ascite
Derrame e tamponamento pericárdico	Distúrbios neurológicos: depressão
Parada cardíaca	

Fonte: BARUZZI et al., 2016; CHASE et al., 2016; STEFANINI; FILHO, 2016; ADLER et al., 2015; SINTEK et al., 2015; BOCCHI et al., 2012.

O choque cardiogênico ocorre quando o débito cardíaco diminuído leva à perfusão tecidual inadequada e ao início da síndrome do choque. O choque é uma condição que comporta risco de vida, com elevada taxa de mortalidade. O choque cardiogênico é caracterizado por persistente (> 30 minutos) e marcada hipotensão (pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou queda na pressão arterial média > 30 mmHg), levando à hipoperfusão tecidual induzida por falência cardíaca (SMELTZER et al., 2011).

Pacientes com IC avançada frequentemente são internados em unidades de terapia intensiva para suporte hemodinâmico (BEZERRA et al., 2016). Em pesquisa realizada com 54 pacientes com ICD, 43% evoluíram com choque cardiogênico, necessitando de mecanismos de suporte circulatório mecânico, como balão intra-aórtico e dispositivos de assistência ventricular esquerda (SINTEK et al., 2015).

A IC é um terreno fértil para o desenvolvimento das arritmias cardíacas, que podem ser assintomáticas ou sintomáticas, dependendo da sua intensidade e da situação clínica do portador. Quando não avaliada ou corrigida corretamente, as arritmias (fibrilação ventricular, bradicardia profunda progressiva ou assistolia) podem levar ao quadro de parada cardíaca, onde o coração cessa de produzir um pulso efetivo e de circular o sangue (BOCCHI et al., 2012).

O derrame pericárdico pode acompanhar a IC avançada. Um aumento na quantidade de líquido pericárdico eleva a pressão e comprime o coração, ocasionando elevação da pressão em todas as câmaras cardíacas; diminuição do retorno venoso devido à compressão atrial; e incapacidade dos ventrículos de se distender e encher adequadamente (SMELTZER et al., 2011).

O líquido pericárdico pode acumular-se lentamente, sem provocar sintomas perceptíveis até que ocorra acúmulo de uma grande quantidade. Todavia, um derrame com desenvolvimento rápido pode distender o pericárdio até o seu tamanho máximo e, em virtude do aumento da pressão pericárdica, reduzir o retorno venoso ao coração e diminuir o débito cardíaco. O resultado é o tamponamento cardíaco (ADLER et al., 2015).

Dentre as complicações sistêmicas, distúrbios pulmonares, renais, hepáticos e neurológicos são os mais evidenciados pela literatura científica analisada. A IC é frequente associada à congestão pulmonar, redução da função dos pulmões, trocas gasosas anormais e dispneia (CHASE et al., 2016). A congestão pulmonar aguda ou edema agudo pulmonar é caracterizada pelo aumento anormal de líquido extravascular nos pulmões decorrente do movimento de fluidos do intravascular para o interstício e alvéolos. É uma situação clínica de extrema gravidade, que requer definição diagnóstica rápida, para uma conduta terapêutica de

emergência, caso contrário, ocorre deterioração clínica progressiva do paciente e mesmo evolução para morte imediata (STEFANINI; FILHO, 2016).

Na IC, o edema agudo pulmonar está presente como a principal manifestação clínica em aproximadamente 25% dos casos. A congestão é decorrente da sobrecarga pressórica do átrio esquerdo e a consequente elevação da pressão hidrostática capilar pulmonar com extravasamento para o interstício e alvéolos pulmonares (BOCCHI et al., 2012; CHASE et al., 2016).

A embolia pulmonar determina uma série de repercussões hemodinâmicas decorrente da sobrecarga pressórica aguda ao ventrículo direito. Constitui o problema tromboembólico mais comum entre pacientes com IC, representando uma ameaça particular para indivíduos com doenças cardiovasculares (SMELTZER et al., 2011). Em 90% dos casos, os trombos originam-se no sistema da veia cava inferior, alojando-se em ramos principais e segmentares dos pulmões, geralmente nos lobos inferiores (BARUZZI et al., 2016).

A hipertensão pulmonar é uma complicação comum da IC esquerda e tem impacto negativo sobre os sintomas, capacidade de exercício e evolução da doença. A verdadeira prevalência dessa complicação dentre os casos de IC permanece desconhecida devido, em parte, a alguns fatores: dados derivados de estudos epidemiológicos em comunidade de IC ou centros terciários de referência em IC; muitas vezes a definição de hipertensão pulmonar foi baseada em resultados de ecocardiograma o qual tem uma extensa variedade de valores de corte; populações têm sido heterogêneas em termos de sintomas, idade e nível de fração de ejeção; a medida de pressão arterial pulmonar e pressão de enchimento do átrio esquerdo não foram acessadas por cateterismo cardíaco direito e/ou esquerdo. Como resultado, a prevalência da hipertensão pulmonar tem sido relatada num intervalo de 25 a 100% dos pacientes estudados (MEYER; SPILIMBERGO, 2015).

No tocante aos distúrbios renais, verificou-se que a insuficiência renal aguda (IRA) acontece com frequência em pacientes com ICD. Vários estudos exploram a deterioração renal em pacientes com IC porém poucos abordam a ocorrência de IRA no contexto de descompensação da doença. Hata e colaboradores, em 2010, por meio da análise retrospectiva de 376 indivíduos admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI) por ICD, encontraram IRA em 73% da amostra. A complicação relacionou-se à elevada mortalidade intra-hospitalar (10,5% *versus* não IRA 1,0%; $p < 0,01$) e tempo de internação prolongado, quando comparados ao grupo controle. Em outro estudo realizado com 85 pacientes internados em terapia intensiva por ICD, a IRA ocorreu em 76,5% dos indivíduos (BARROS et al., 2012).

A insuficiência hepática define-se como uma grave deterioração da função do fígado. Aparece como consequência de qualquer tipo de perturbação do fígado e estudos recentes afirmam a existência de associação entre a IC e a ocorrência da insuficiência hepática, como fator desencadeante da queda do débito cardíaco e choque cardiogênico (VALBUSA et al., 2016). Em pesquisa realizada com 322 pacientes internados por ICD, 85,1% evoluíram com insuficiência hepática (VILLEVAL'DE et al., 2016).

As alterações hepáticas em pacientes com IC são resultantes da ingurgitação venosa do fígado. A pressão aumentada pode interferir na capacidade do fígado de funcionar (disfunção hepática secundária). À medida que a disfunção hepática progride, a pressão aumentada dentro dos vasos porta pode forçar o líquido para dentro da cavidade abdominal, causando ascite. Esta, por sua vez, pode aumentar a pressão sobre o estômago e os intestinos e causar sofrimento gastrointestinal (SMELTZER et al., 2011).

Doenças cardiovasculares como a IC podem acarretar alterações na função cognitiva. Na depressão existem problemas cognitivos que podem prejudicar o funcionamento cotidiano, dificultar a adaptação à doença e piorar prognóstico. Estudo evidenciou que pacientes com IC possuem alterações cognitivas mais graves, quando comparados com pacientes com outras doenças cardíacas. Ademais, os autores verificaram que os sintomas depressivos influenciaram negativamente na qualidade de vida (MORY et al., 2016).

O impacto da IC para a vida dos pacientes é substancial; devem aderir diariamente à terapia farmacológica, mudanças no estilo de vida e monitorização de sinais e sintomas para prevenir a descompensação (JONKMAN et al., 2016). Estudo de coorte prospectivo realizado na Suíça objetivou verificar a associação existente entre o estilo de vida e a incidência da IC entre 33.966 homens e 30.713 mulheres adultos. Entre os participantes, os autores verificaram que, no período de 13 anos, 1.488 homens e 1.096 mulheres desenvolveram a doença. Os indivíduos que possuíam hábitos de vida saudáveis, como não fumar, prática de atividade física regular, índice de massa corpórea abaixo de 25kg/m e dieta alimentar equilibrada, apresentaram chances substancialmente inferiores de desenvolvimento da doença (LARSSON et al., 2016), evidenciando a importância da adoção e manutenção de comportamento de vida saudável como prevenção primária da IC.

3.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À VULNERABILIDADE EM SAÚDE PELOS ENFERMEIROS: por que pensar a vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca?

A polissemia da vulnerabilidade em saúde remete à necessidade de fazermos uma reflexão acerca dos seus significados e usos. Nos estudos realizados por enfermeiros, a vulnerabilidade em saúde apresentou atributos inter-relacionados, como: susceptibilidade, chance, fragilidade, deficiência, desproteção, exposição e probabilidade. Após identificados, os atributos foram organizados em três unidades de significado: estado de vir a ser (susceptibilidade e chance) e facticidade (fragilidade, deficiência, desproteção, exposição e probabilidade).

O elemento mais descrito nas publicações analisadas foi o estado de vir a ser, caracterizando o Ser como movimento e possibilidade; como processo e passagem de um estado a outro, em oposição ao Ser quanto imutável. Nos estudos analisados, a chance representou a possibilidade de exposição do indivíduo e coletividade ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos imediatamente associados ao próprio indivíduo, ao contexto no qual está inserido e à eficácia de políticas, programas e serviços sobre a sua situação de saúde (PASQUAL; CARVALHAES; PARADA, 2015; MELLO et al., 2014; ALEXANDRE et al., 2014; SOUZA et al., 2014). Nesse sentido, percebem-se semelhanças com o conceito de risco. No entanto, diferencia-se deste, pois a linguagem matemática não está aqui representada, e sim, o processo pelo qual o homem adoece ou não.

Na mesma esfera de significação, a susceptibilidade não fica restrita à chance de ser infectado, mas envolve qualquer agravo ao indivíduo, seja para ser ferido, para o sofrimento ou, de um modo radical, para o desgaste e finitude. A susceptibilidade considera a realidade que circunda o indivíduo, alcançando, assim, todas as dimensões da vida, estando além dos contextos biomédico-epidemiológicos e da saúde (WALDOW, 2014; SILVA et al., 2014; MINH et al., 2016; XUGE et al., 2015; BODENMANN et al., 2015; OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015; LACERDA et al., 2014; SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014; SOUZA et al., 2014; ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013).

Embora os estudos considerem em suas definições as dimensões da vida, verifica-se o caráter negativo com que eles fazem referência ao termo em análise que vai de encontro à potência de vida. O atributo traz reflexões importantes e necessárias para se pensar o caráter positivo da vulnerabilidade em saúde.

Os demais atributos foram agrupados na categoria da facticidade. A deficiência foi descrita pelos enfermeiros como um estado dinâmico e mutável de incapacidade e

desequilíbrio ou, ainda, a capacidade diminuída de autodeterminação (ALEXANDRE et al., 2014) como consequência do impacto provocado por algum tipo de evento econômico ou social de natureza traumática (AGUILAR-PALACIO; GIL-LACRUZ; FIL-LACRUZ, 2012; SANTOS; GOMES, 2013; SANCHEZ; FERREIRA, 2012).

A desproteção foi caracterizada pela precariedade, insegurança e indefensibilidade própria do ser humano, frutos de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, nos quais o indivíduo pode apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses, devido a defeitos de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros (SANTOS; GOMES, 2013; ALMEIDA; RODRIGUES; ESCOLA, 2013).

A fragilidade, por sua vez, referiu-se não apenas um estado de fraqueza, mas também a susceptibilidade às desordens (MUÑOZ et al., 2013). Nessa perspectiva, a fragilidade e suas consequências podem ser entendidas como facticidades da existência humana, evidenciando o caráter de cumplicidade do ser humano do mundo. A facticidade remete ao homem como ser ativo, por sua liberdade de ação e capacidade de transcender adversidades.

A partir das publicações, o risco despontou como terceira unidade de significado, incorporando exposição e probabilidade. Em geral, as situações de exposição não se apresentam de modo a permitir que as previsões de agravos sejam certas, imediatas e indiscutíveis (AGUILAR-PALACIO; GIL-LACRUZ; FIL-LACRUZ, 2012; SANTOS et al., 2012). Há possibilidade da ocorrência de imponderabilidades incontrolláveis. Já a probabilidade foi utilizada para indicar eventos incertos ou desconhecidos, ou seja, mostra a chance de ocorrência de um evento (BODENMANN et al., 2015; LACERDA et al., 2014). Nesse sentido, a chance corresponde a uma razão matemática, assim como a probabilidade, representa exatamente a linguagem do risco.

Nos artigos consultados, o sentido de risco indicou, por um lado, a própria ideia de perigo e, por outro, sua possibilidade de ocorrência. Na epidemiologia, risco relaciona-se à probabilidade de ocorrência de um evento (mórbido ou fatal); ademais, entende-se por risco um termo que inclui diversas medidas de probabilidade relacionadas a desfechos desfavoráveis (SOUZA et al., 2014; GRABOVSKI; LOIGNON; FORTN, 2013; SANTOS et al., 2012; MALLMANN; HAMMERSCHMIDI; SANTOS, 2012; BERARDINELLI et al., 2011).

O conceito de risco indica probabilidades, enquanto a vulnerabilidade em saúde se articula no movimento entre a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como produto

de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam maior susceptibilidade ao adoecimento (AYRES et al., 2012).

Conforme exposto, a vulnerabilidade em saúde apresentou atributos interligados extraídos a partir das suas definições. De modo geral, a enfermagem descreveu a vulnerabilidade em saúde como situações de ameaça à autonomia humana; como um processo de estar em risco, potencial ou não, para o desenvolvimento de doenças, incapacidades, agravos, danos ou sofrimento, resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais. Infere-se que essa concepção de vulnerabilidade mostra-se limitada por restringir-se a consequências negativas, evidenciando o homem como ser passivo.

A vulnerabilidade é um conceito importante para a pesquisa em enfermagem, por estar intrinsicamente vinculado à saúde e problemas de saúde (NICHATA et al., 2011). Sua interface com a IC se faz pertinente, pois tal fenômeno vem se intensificando e entendendo que outros aspectos, não apenas os relacionados diretamente à doença, exercem influência na qualidade de vida da pessoa com IC. Se considerarmos o paciente com IC como um ser vulnerável, não podemos nos deter às complicações propriamente ditas, mas nos antecipamos naquilo que irá determiná-las. Desta forma, não se pode pensar ou planejar o cuidado de forma pontual, e sim, por meio de um olhar ampliado.

Tendo em vista a complexidade desta síndrome e suas repercussões, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender às necessidades biopsicossociais destes indivíduos, levando-os a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento. Em qualquer afirmativa sobre as necessidades do ser humano, deve-se ter em mente que um tipo de motivação pode ser mais forte em alguns que em outros e que as necessidades crescem ou declinam no decorrer da vida do homem (BASTOS et al., 2016).

O cuidado de enfermagem pode ser definido como todos os comportamentos e atitudes asseguradas por direito e desenvolvidas com competência – conhecimento, habilidades e destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisões – para favorecer as potencialidades do sujeito no intuito de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2014). Os cuidados de enfermagem aplicam-se a qualquer ambiente e serviço destinado ao enfermo e ao incapacitado, podendo servir de guia na promoção da saúde.

Na enfermagem, o cuidado deve ser concebido como forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética frente ao mundo; um compromisso com dignidade humana e sua espiritualidade. Para tal, envolve todos os comportamentos e atitudes desenvolvidas com competência para favorecer as potencialidades dos sujeitos cuidados para manter ou melhorar

a condição humana no processo de viver ou morrer (SEBOLD et al., 2016). Apreende-se que o Ser do cuidado nas ações do cuidar em enfermagem é a pessoa humana, qualificada em quatro dimensões: saúde física, saúde psíquica, saúde social e saúde espiritual (TRANSFERETTI; ZACHARIAS, 2010).

A saúde física é entendida como o desenvolvimento normal do indivíduo, com equilíbrio entre os componentes orgânicos. A saúde psíquica implica na orientação no tempo e no espaço, ausência de alienação, capacidade de equilibrar-se em diversas situações de vida, auto-realização, abertura para o outro e para si mesmo, liberdade de pensamento, de expressão e criação. A social é o ajustamento do indivíduo no grupo social, envolvendo habitação adequada, equilíbrio dos fatores econômicos, lazer, educação, relacionamento. A espiritual se revela na maneira de encarar a vida. A crença em um Ser absoluto ou transcendente é fundamental para a superação de obstáculos (TRANSFERETTI; ZACHARIAS, 2010). Essas quatro dimensões entrelaçam-se numa dinâmica intersubjetiva, que permeiam a pessoa humana, dotada de percepções, sentimentos, valores e saberes.

Para atender às necessidades da pessoa humana, os valores da enfermagem devem estar pautados na solidariedade (é o que favorece a vida humana inserida na sociedade), no valor da verdade (corresponde ao anseio humano de conhecer o real), na moralidade (é o bem que se apresenta exigindo uma intenção de amor, realizando-se por meio de boas obras, projetando-se no mundo como um dever ser) e na utilidade (é o que favorece a vida). É relevante destacar que estes valores cooperam para o desenvolvimento e crescimento de todos envolvidos no processo de cuidado (DUARTE; ROCHA, 2011).

O cuidado está envolvido nas ações dos seres humanos e integra a existência humana, como manifestação de compartilhamento, troca e reciprocidade (SEBOLD et al., 2016). Nesse sentido, o cuidado na saúde está imbricado na relação profissional-paciente, na qual o cuidar de si não deve ser esquecido ou subestimado, mas compreendido na singularidade do outro.

O cuidar é um processo interativo que se desvela na relação com o outro. Respeitar a integridade da pessoa com IC, independente do que resulte sua condição, deve ser prioridade no cuidar em enfermagem, por meio de comportamentos que privilegiem o ser vulnerável.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

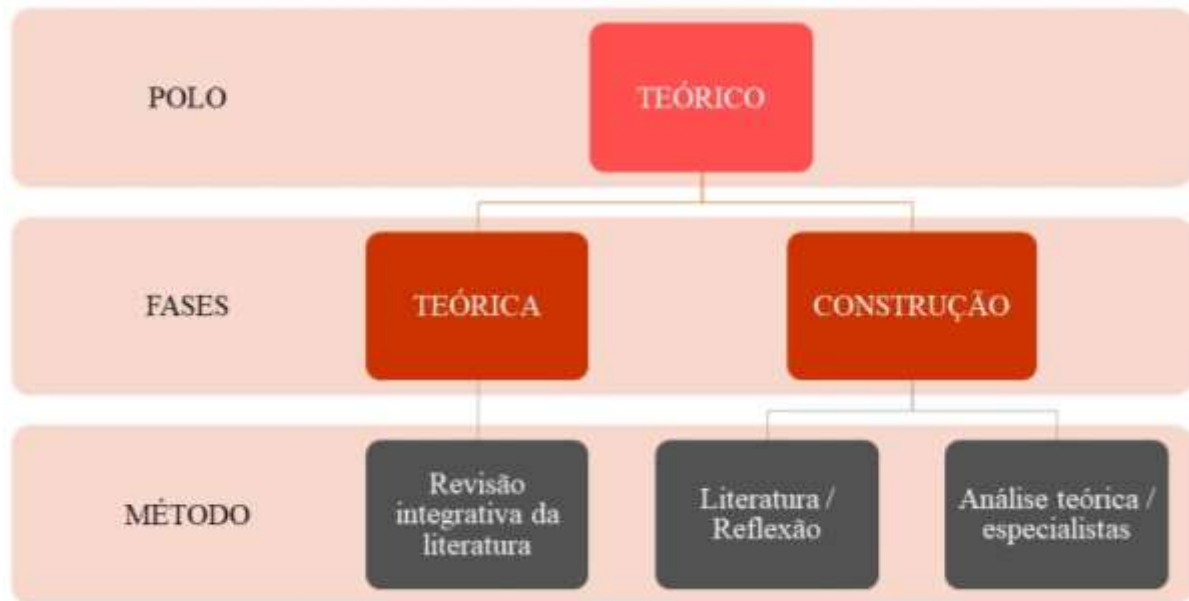
Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo, o qual tem como finalidade a avaliação e elaboração de instrumentos de modo a torná-los confiáveis. É um tipo de pesquisa ideal para a verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, bem como para elaboração, validação ou avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa ou prática (POLIT; BECK, 2011).

O desenvolvimento desta pesquisa foi realizado a partir Psicometria, ramo da Psicologia que estabelece o método necessário à obtenção de um instrumento revestido de qualidades métricas válidas para o que se espera (PASQUALI, 2013; 2007; 2003; 1999), que descreve três polos e suas respectivas fases para a construção de instrumentos: teórico, empírico e analítico. Essas fases admitem métodos, técnicas e análises diferentes, contribuindo para a construção e validação do instrumento.

O estudo metodológico encontra-se estreitamente relacionado com a Psicometria, pois esta trata do aspecto mais significativo e criticamente expressivo da pesquisa metodológica abordado em mensuração, consistindo em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos e conceitos de forma adequada e comprovada experimentalmente. Para tal, a Psicometria lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração ou técnicas de medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Este estudo se restringiu apenas ao polo teórico, constituído de duas fases: 1) Teórica: identificação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC e elaboração das dimensões; e 2) Construção: desenvolvimento do instrumento e validação de conteúdo por especialistas. O desenho metodológico desta dissertação é representado na Figura 1.

Figura 1 – Percurso seguido para a construção do instrumento.



Fonte: elaboração própria.

4.2 PÓLO TEÓRICO

No polo teórico é definida a dimensionalidade do construto, além de estabelecidas as definições constitutivas e operacionais, e finda na elaboração de itens e validação de conteúdo. Os procedimentos teóricos para a construção de instrumentos de medidas são divididos em duas fases: teórica e de construção (PASQUALI, 1998).

4.2.1 Fase teórica: identificação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com I e elaboração das dimensões

Realizou-se uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, no intuito de elucidar a magnitude do construto da vulnerabilidade da pessoa com IC. A RI tem como base a análise de material, pela organização e interpretação, no atendimento ao objetivo da investigação (POLIT; BECK, 2011).

Os conceitos da RI referem-se a generalizar inferências, sumarizar e sintetizar conhecimentos acumulados e inter-relacionar resultados de estudos anteriores, de forma crítica, para produzir novo conhecimento integrado. Para tal, inclui estudos de diversas metodologias, experimentais e não-experimentais, bem como estudos teóricos, contribuindo, sobremaneira, para a construção de conhecimento da área e compreensão completa do

fenômeno analisado (SOARES et al., 2014).

Para a realização de uma RI é desejável incluir todos os estudos encontrados na busca, abrangendo um número infinito de variáveis. Assim, deve-se ter clareza do objetivo da revisão. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos ou problemas de saúde relevantes. Entretanto, se o número de pesquisas for muito grande, pode-se fazer uma seleção randomizada ou utilizar outros métodos de amostragem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O desenvolvimento da RI seguiu as fases propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), conforme Figura 2.

Figura 2 – Componentes da revisão integrativa da literatura.



Fonte: elaboração própria.

A primeira etapa da RI envolveu o estabelecimento da questão norteadora. Assim, a revisão procurou responder à seguinte pergunta: quais os elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC? A estruturação da questão fundamentou-se na estratégia PICO, onde P (população): pessoas com IC; I (interesse): vulnerabilidade em saúde; C (comparação): não tem; O (resultados): marcadores/elementos essenciais.

Realizou-se uma busca pareada nas bases de dados da saúde Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) – via Biblioteca Virtual da Saúde; *Scientific Electronic Library*

Online (SciELO) – via SciELO; e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *SciVerse Scopus* e no portal PubMed – via *National Library of Medicine*. Tal escolha se deu por estas possuírem publicações nacionais e internacionais relevantes e pela diversidade de periódicos indexados.

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores *heart failure* e *health vulnerability*, de acordo com a terminologia *Medical Subject Headings* (MeSH), da PubMed, e a palavra-chave *vulnerability*, no intuito de ampliar os achados. Para sistematizar as buscas, foi elaborada a seguinte equação: *((heart failure[MeSH Terms]) AND (health vulnerability[MeSH Terms]) OR (vulnerability))*.

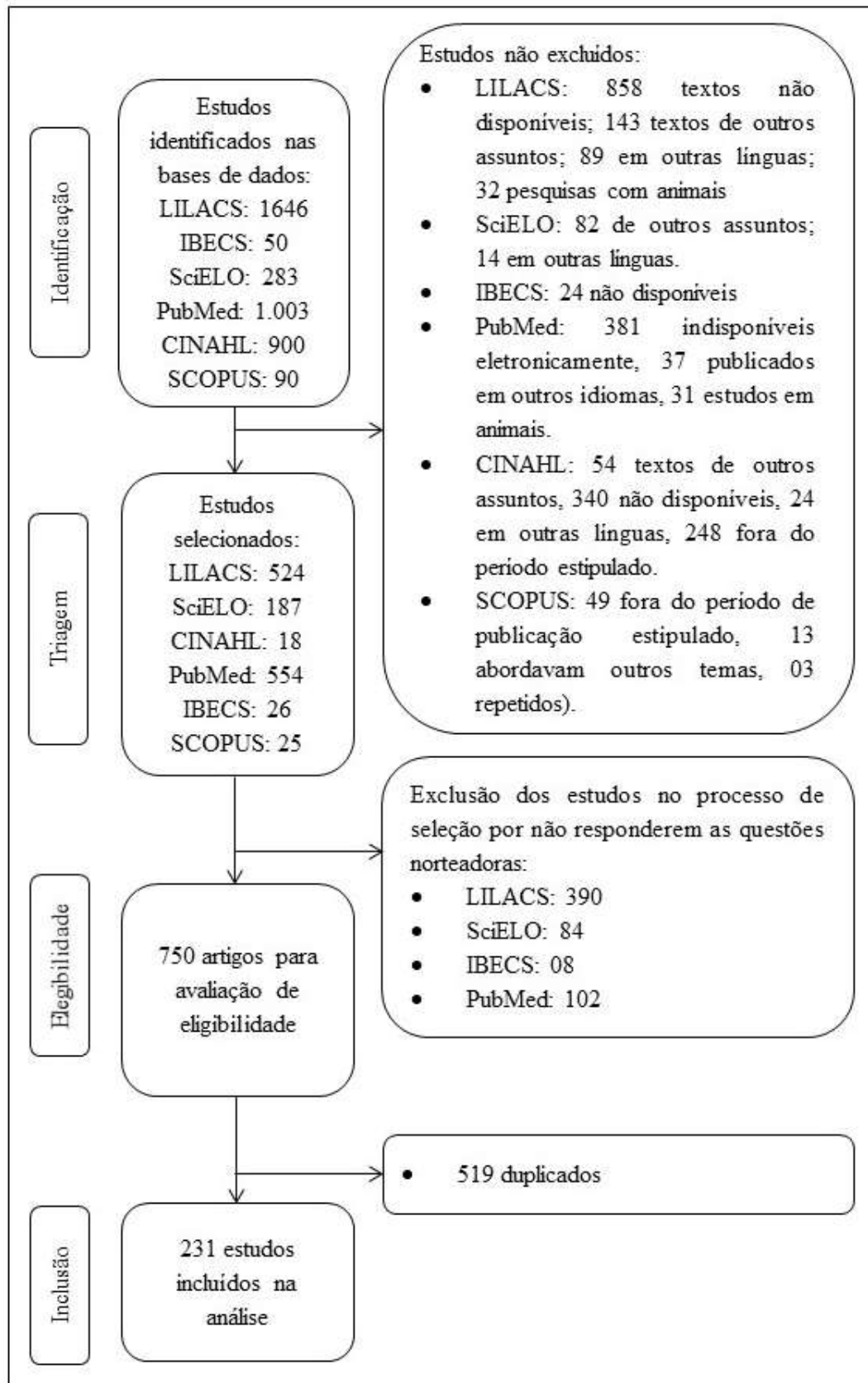
Os critérios de inclusão elencados foram: estudos que possibilitassem a identificação dos marcadores de vulnerabilidade da pessoa com IC; publicados no último quinquênio (de janeiro de 2012 a dezembro de 2016); de livre acesso; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram critérios de exclusão: teses, dissertações, comunicação prévia, artigos de revisão ou de reflexão, editoriais, cartas ao editor e trabalhos publicados em anais de eventos. O recorte temporal estabelecido para a seleção dos estudos foi escolhido com base no lançamento da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, em janeiro de 2012, tendo em vista que ela reúne as principais evidências anteriores ao ano de sua publicação. Procurou-se, portanto, explorar todo o conhecimento disponível acerca da temática, posterior a este período.

A seleção dos artigos foi realizada no mês de dezembro de 2016. Inicialmente, dois pesquisadores independentes realizaram as buscas que identificaram os potenciais estudos primários. Na extração dos dados dos estudos selecionados foram explorados: a identificação dos artigos (título, autores, idioma, país, local, periódico e ano); os aspectos metodológicos (delineamento de pesquisa, objetivos, amostragem, tratamento de dados e nível de evidência); análise crítica (resultados e conclusões) e evidências de elementos que comportassem a vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.

No processo de triagem, os estudos irrelevantes foram descartados. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra pelos dois revisores, os quais extraíram os dados previamente definidos. Cada pesquisador chegou a uma lista de estudos primários. As duas listas foram comparadas e consolidadas em uma única lista. Em caso de divergência sobre a inserção ou não de algum artigo na lista final, um terceiro pesquisador ligado à temática foi consultado.

O processo de seleção dos estudos foi conduzido por meio do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). O fluxograma (Figura 3) mostra o caminho percorrido para a seleção das publicações.

Figura 3 – Processo de seleção dos estudos, segundo PRISMA.



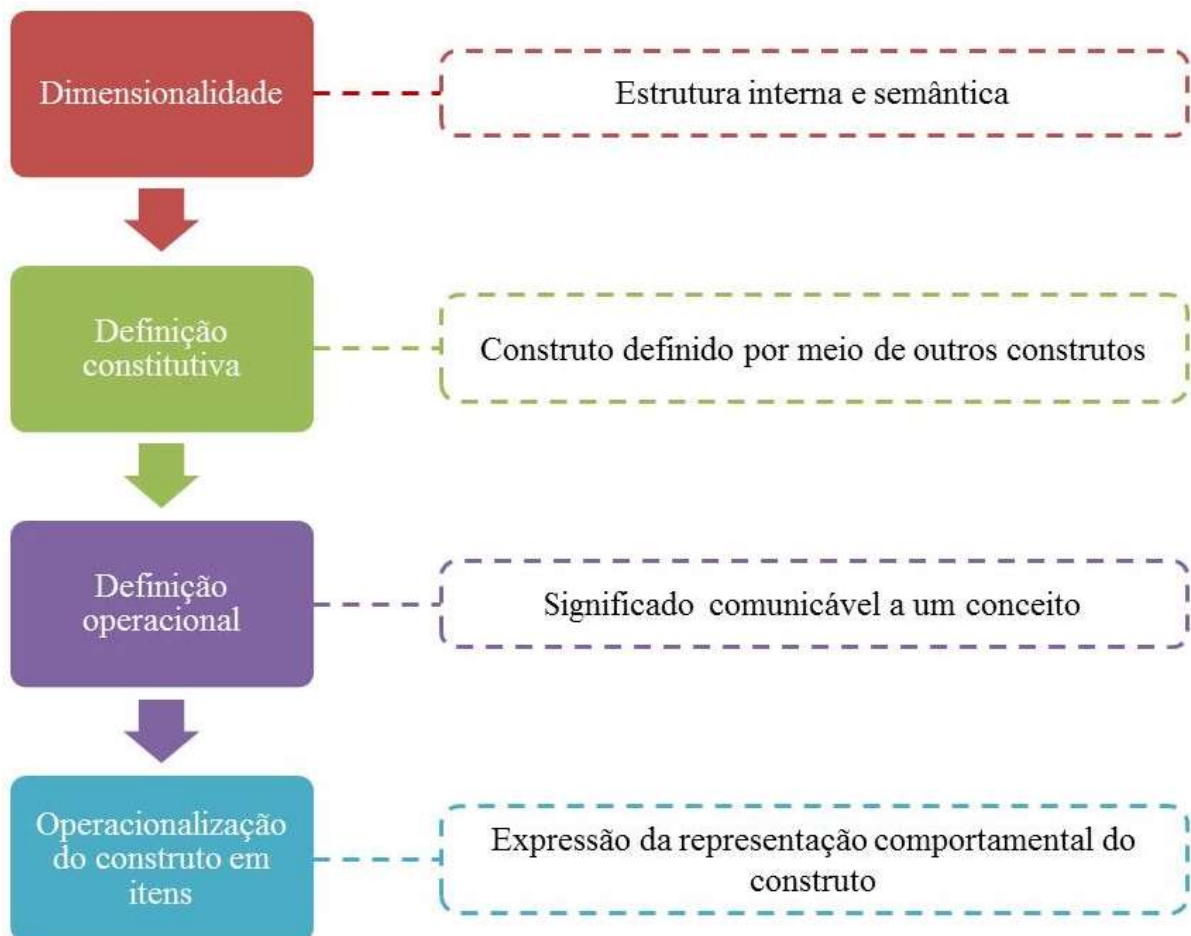
Fonte: elaboração própria.

Foram selecionados e analisados 231 estudos para compor o *corpus* da revisão. A partir da leitura e análise crítica, foi possível a identificação dos marcadores da vulnerabilidade da pessoa com IC. Procedeu-se à discussão e interpretação dos resultados obtidos.

4.2.2 Fase de construção: desenvolvimento do instrumento e validação de conteúdo por especialistas

Na fase de construção do instrumento buscamos aclarar a teoria do traço latente, os tipos, categorias e comportamentos que constituem uma representação adequada dele, com sua dimensionalidade, suas definições constitutivas (DCt), as definições operacionais (DO) e a elaboração dos itens do instrumento piloto (PASQUALI, 2003), conforme Figura 4.

Figura 4 – Fluxo dos conceitos do polo teórico para a construção de instrumentos de medida.



Fonte: elaboração própria.

O termo teoria do traço latente se refere a uma família de modelos matemáticos que relaciona variáveis observáveis (itens de um teste) e traços hipotéticos não-observáveis ou aptidões, estes responsáveis pelo aparecimento das variáveis observáveis ou, melhor, das respostas ou comportamentos emitidos pelo sujeito que são as variáveis observáveis. Assim, admite-se que o traço latente é a causa e a resposta do sujeito é o efeito, ou seja, é o fenômeno a ser medido (PASQUALI, 2013).

A Dimensionalidade é relativa à estrutura interna e semântica, assim como define se o atributo se constitui em uma unidade semântica única ou se compreende uma síntese de componentes distintos, se é uni ou multifatorial (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 2003).

A DCt aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias; é representada por um construto definido por meio de outros construtos, sendo o próprio construto concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 2003; PASQUALI, 2013). Situa o construto, fornecendo as balizas e os limites que ele possui. Assim, permitem avaliar a qualidade do instrumento.

A construção das DO permite a passagem do terreno abstrato para o concreto, caracterizando-a como fase em que se fundamenta a validade do instrumento. A definição de um construto é operacional quando é definido em termos de operações concretas, ou seja, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa (PASQUALI, 1998). A partir da elucidação das DO serão desenvolvidos os itens que irão compor o instrumento piloto, expressão da representação comportamental do construto, a saber: as tarefas (itens do instrumento) que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude do construto (PASQUALI, 2003).

4.2.2.1 Validação de conteúdo

É o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se este realmente constitui uma amostra teórica representativa do comportamento que se deseja mensurar. Neste tipo de validade, os itens do teste têm de representar fielmente seus objetivos, a área do conteúdo deve ser inteiramente descrita e, em consequência, amplamente definida, sendo esta tarefa realizada por um corpo de especialistas no tema em questão (PASQUALI, 2011).

A análise da validação de conteúdo foi realizada a partir de questionamentos feitos a especialistas, que decidiram sobre a pertinência dos itens ao construto que

representam. Na análise dos juízes, estes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em decidir se os itens referem ou não ao traço latente em questão (BALAN, 2008).

Tendo em vista a necessidade de estabelecer parâmetros para a seleção dos especialistas, utilizou-se uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (1994), proposta por Joventino (2010). Participaram deste estudo especialistas que obtiveram pontuação mínima de cinco pontos no referido sistema de classificação de especialistas (Quadro 5).

Quadro 5 – Sistema de pontuação para escolha de especialistas.

Crítérios de classificação de especialistas	Pontuação
Ser doutor	4p
Possuir tese na área de interesse do construto*	2p
Ser mestre	3p
Possuir dissertação na área de interesse do construto*	2p
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do construto*	1p
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática do construto* de interesse	2p
Ser especialista em área relacionada ao construto* de interesse	2p

* Área de interesse: IC, vulnerabilidade em saúde ou construção de instrumentos em saúde.

Fonte: elaboração própria.

Realizou-se busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a fim de localizar possíveis especialistas na temática em questão. Para a seleção dos especialistas, Pasquali (2011) ressalta que o número de seis a vinte especialistas é o recomendável para o processo de validação.

Os especialistas selecionados foram contatados e convidados a participar do estudo. No contato, foi solicitada a indicação de profissionais da saúde com expertise em “insuficiência cardíaca”, “vulnerabilidade” ou “construção de instrumentos em saúde”, que pudessem atuar como avaliadores de conteúdo, caracterizando a utilização da técnica “bola de neve”.

Ao concordarem em participar da pesquisa, encaminhou-se uma carta convite, via e-mail, explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do especialista na pesquisa (APÊNDICE C). Após anuência, foram enviados por correio eletrônico o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), as instruções para avaliação dos especialistas e o instrumento para a validação de conteúdo (APÊNDICE D).

A validação de conteúdo foi propriamente realizada pelos especialistas com base nos critérios para construção de itens desenvolvidos por Pasquali (1998) (Quadro 6).

Quadro 6 – Critérios psicométricos para elaboração de itens.

Critério	Descrição
Critério comportamental	O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
Critério da simplicidade	Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
Critério da clareza	Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
Critério da relevância	A expressão deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
Critério da precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério da tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)	
Critério da amplitude	Este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
Critério do equilíbrio	Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em

	direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).
--	--

Fonte: Pasquali (1998).

Para a avaliação isolada dos itens, os especialistas julgaram a consistência em relação às definições conceituais; a representatividade em relação ao domínio de interesse; a relevância para as interpretações clínicas que poderiam ser feitas com base na sua medida; e a clareza e a possibilidade de compreensão de sua redação.

Para fazer essas avaliações, utilizou-se uma escala categórica ordinal de quatro pontos, variando entre um e quatro, sendo as opções de respostas três e quatro consideradas adequadas, de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7 – Pontuação e critérios de avaliação das definições constitutivas, definições operacionais e operacionalização do construto em itens.

Pontuação	Critério
1	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens NÃO é indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
2	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITO POUCO indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
3	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
4	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITÍSSIMO indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.

4.2.2.2 Análise semântica

Na análise semântica foi verificado se todos os itens eram compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento é destinado. O instrumento foi aplicado a uma amostra piloto de 31 pessoas com IC internados na instituição. Foi realizada a leitura dos itens e observadas as reações dos participantes a cada item, no intuito de perceber a dificuldade da compreensão dos termos/palavras. As palavras que dificultaram a compreensão dos participantes foram modificadas.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Visando a objetividade da validade de conteúdo, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que, segundo Alexandre e Coluci (2011), mede a proporção dos avaliadores em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados. Foi utilizada a seguinte fórmula para calcular o IVC das DC e DO de cada item:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, não existe consenso na literatura. Optamos, então, pelo seguinte cálculo: a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, a soma de todos os IVC calculados separadamente dividida pelo número de itens considerados na avaliação.

Desse modo, para que o instrumento tenha um IVC considerado excelente, este deverá atingir um IVC entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior e média de IVC do conjunto de itens de 0,90 ou superior. Ademais, consideramos o seguinte padrão de avaliação: IVCi \geq 0,78 excelente, IVCi entre 0,60 e 0,71 bom, e IVCi $<$ 0,59 ruim. Foram ser eliminados do painel de itens aqueles com IVCi ruim (POLIT; BACK; OWEN, 2007).

Para a análise dos itens e sua adequação aos critérios psicométricos selecionados, foi calculada a média aritmética de cada critério, por meio da somatória das notas do indicador dividida pelo número de especialistas. Foi realizado o Teste Binomial, considerando nível de significância de 5%, para estimar a confiabilidade estatística dos IVC e para análise da consistência interna, calculou-se o Alfa de Cronbach.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, o qual avaliou a viabilidade de sua realização, sendo aprovado sob número de parecer 1.962.663 (ANEXO A).

Os participantes foram abordados de forma cordial e com linguagem acessível para explicar do que se tratou a pesquisa, seus objetivos, direito de desistência da participação

a qualquer momento, garantia do anonimato, possíveis riscos e benefícios, conforme o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O benefício da participação no estudo foi relativo à compreensão dos elementos essenciais da vulnerabilidade da pessoa com IC. Como riscos, a participação poderia gerar sentimentos negativos no momento da entrevista. Caso tivesse ocorrido, estaríamos dispostos a interromper a pesquisa de forma a minimizar os danos ou, caso isso não fosse de nossa competência, faríamos os devidos encaminhamentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os achados do polo teórico para a construção do instrumento de mensuração da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.

5.1 DIMENSIONALIDADE TEÓRICA DO TRAÇO LATENTE “VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA PESSOA COM IC”

A fundamentação teórica para construção dos itens foi efetuada com base em ampla revisão integrativa de publicações nacionais e internacionais e em referências solidificadas na área da saúde (diretrizes e *guidelines*), fatores que alicerçaram as definições que subsidiaram as dimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.

Assim, elucidamos o traço latente “vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC” e suas dimensionalidades, conforme Quadro 8.

Quadro 8 – Dimensionalidade teórica do construto “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC”.

CONCEITO ADOTADO		
<p><i>Vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca é:</i> Fenômeno multidimensional, contextual e dinâmico, intrínseco à existência humana, resultante da interação entre pessoa humana, co-presenças e cuidado, que acarreta agravos à saúde ou possibilita a evolução do indivíduo ou coletividade.</p>		
DIMENSIONALIDADE		
Pessoa humana	Co-presenças	Cuidado
Relativa ao indivíduo. Abrange as subdimensões: perfil socioeconômico, demográfico e clínico, aprendizagem, saúde mental e comportamentos de saúde.	Refere-se à imprescindível correlação da pessoa humana com os outros, envolvendo os vínculos familiares e as relações sociais.	Expressa a relação do indivíduo com os profissionais e sistemas de saúde envolvidos no processo de cuidar. Engloba as tecnologias do cuidado, os custos de saúde e os serviços de saúde.

Fonte: elaboração própria.

A partir das evidências científicas, observamos que a apreensão do traço latente “vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC” desvela-se a partir dos seus elementos

essenciais, de caráter relacional: pessoa humana, co-presenças e cuidado. Quando algo interfere nesses elementos, a vulnerabilidade emerge, ou seja, diante da ocorrência de desequilíbrio físico, psíquico ou social, os níveis de vulnerabilidade aumentam, interferindo no bem-estar do indivíduo e coletividade.

A partir da análise dos estudos selecionados, observamos que emergiram 50 marcadores essenciais. Inicialmente esses marcadores foram agrupados segundo sua semelhança e, posteriormente, escolheu-se um termo que abrangeu o conjunto dos marcadores, denominados de subdimensões (Quadro 9).

Quadro 9 – Marcadores, subdimensões e dimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC. (continua)

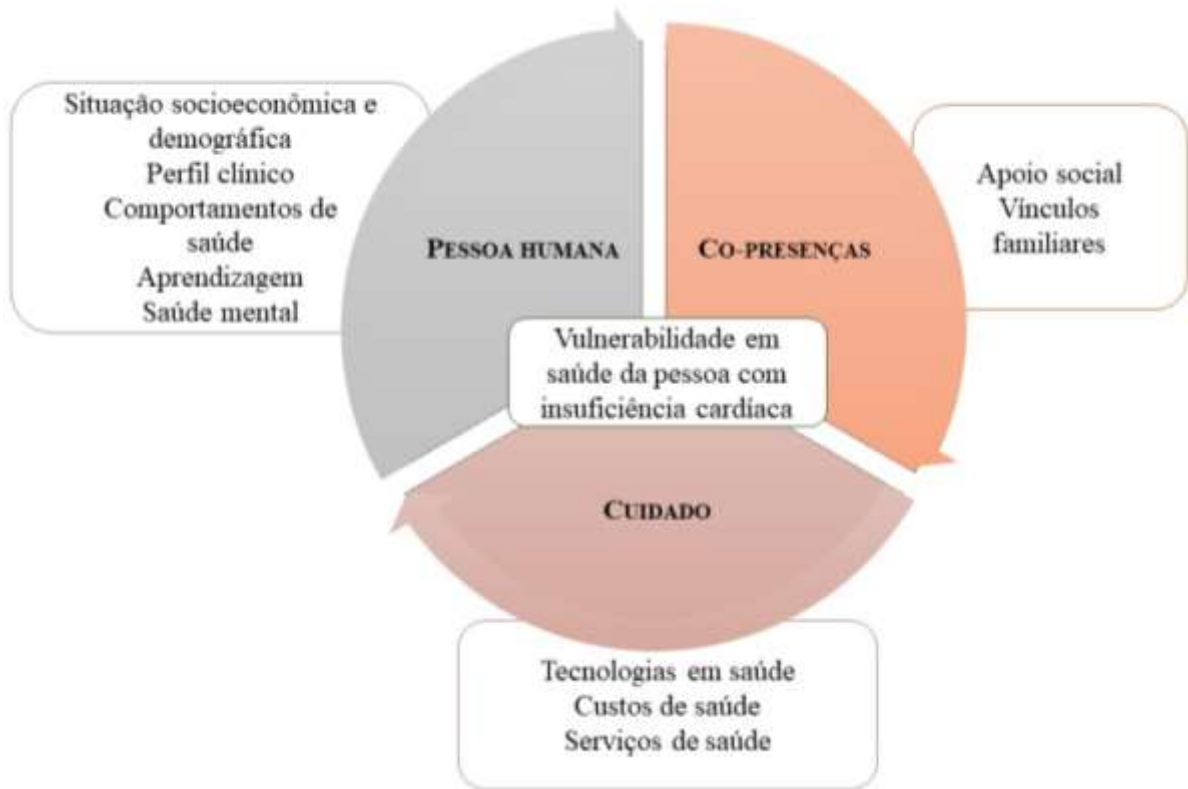
Marcadores	Subdimensões	Dimensões
Características socioeconômicas e demográficas	Situação socioeconômica e demográfica	Pessoa humana
Classificação funcional	Perfil clínico	
Fração de ejeção		
Sinais e sintomas		
Conjunto de sintomas		
Capacidade funcional		
Fragilidade		
Estado nutricional		
Progressão da doença		
Comorbidades		
Letramento funcional em saúde		
Aprendizagem significativa		
Competência cognitiva		
Autocuidado e adesão ao tratamento	Comportamentos de saúde	
Autogestão		
Resolução de problemas		
Estilo de vida		
Autopercepção de saúde	Saúde mental	
Crenças sobre o tratamento		
Espiritualidade		
Bem-estar		
Gratidão		
Otimismo disposicional		
Autoeficácia		
Senso de coerência		
Ativação do paciente		

Aceitação da doença		
Personalidade		
Ansiedade		
Depressão		
Suporte instrumental	Apoio social	Co-presenças
Suporte informacional		
Suporte emocional		
Suporte para a autonomia		
Relações familiares	Vínculos familiares	
Acompanhamento familiar		
Funcionamento familiar		
Tecnologias leves	Tecnologias em saúde	
Tecnologias leve-duras		
Tecnologias duras		
Internações hospitalares	Custos de saúde	Cuidado
Cuidado formal		
Cuidado informal		
Terapia medicamentosa		
Despesas pessoais	Serviços de saúde	
Acesso aos serviços de saúde		
Confiança no sistema de saúde		
Integralidade do cuidado		
Continuidade relacional		
Alta hospitalar planejada		

Fonte: elaboração própria.

Para melhor compreensão do caráter relacional das dimensões e subdimensões, elaboramos a Figura 5.

Figura 5 – Dimensões e subdimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC.



Fonte: elaboração própria.

Após a elucidação das subdimensões e dos marcadores que constituem o traço latente, seguimos com a elaboração das DCt e DO, apresentadas nos Quadros 10, 11 e 12.

Quadro 10 – Definições constitutivas e operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão da pessoa humana.

(continua)

	Marcadores	Definição constitutiva	Definição operacional
Situação socioeconômica e demográfica	Características socioeconômicas e demográficas	Informações acerca dos fatores sociais, econômicos e demográficos que caracterizam o indivíduo ou o grupo dentro da estrutura social (WU et al., 2014; WU et al., 2016). São indicadores do desenvolvimento e desfechos da IC (ZOU et al., 2016). Envolvem sexo (BARBOSA et al., 2014), idade, raça (MENTZ et al., 2013; ZHANG; BAIK, 2013), etnia, situação econômica, região (GAUI et al., 2014), situação conjugal, nacionalidade (BUJA et al., 2016).	Ter baixa escolaridade torna o indivíduo mais propenso a não aderir ao tratamento Possuir situação econômica baixa compromete gastos com a saúde Ser oriundo de países em desenvolvimento dificulta o tratamento da doença A cor/raça está relacionada à ocorrência de mortalidade pela IC Residir em área rural dificulta o acesso aos serviços de saúde Ser oriundo das regiões Norte e Nordeste dificulta o acesso a tecnologias do cuidado Ter necessidade de reprogramação financeira
Perfil clínico	Classificação funcional	Classificação da IC de acordo com a intensidade dos sintomas; estratifica o grau de limitação imposto pela doença para as atividades cotidianas do indivíduo. Suas classes são: I, II, III e IV (BOCCHI et al., 2012).	Ter maior classe (III/IV) aumenta o risco de hospitalização
	Fração de ejeção	Percentual de sangue que o ventrículo ejeta para a aorta na sístole (BOCCHI et al., 2012).	Ter fração de ejeção igual ou inferior a 40% aumenta o risco de hospitalização e mortalidade
	Sinais e sintomas	Manifestações clínicas que podem ser percebidas pelo indivíduo que as manifesta ou pelo profissional da saúde. Desconfortos físicos, como edema recorrente, dispneia, dor, fadiga, distúrbios do sono e intolerância à atividade	Sentir cansaço diariamente Apresentar dificuldades para respirar Apresentar edema de membros Apresentar ganho de peso

(continuação)

	<p>contribuem para o comprometimento funcional (RETRUM et al., 2013; GRAVEN et al., 2015; SANTOS et al., 2012; AZEVEDO et al., 2015; JAVAHERI et al., 2016).</p>	<p>Apresentar dificuldades para dormir a noite Tomar medicamento próximo à hora de ir dormir Apresentar sonolência diurna Apresentar prejuízos associados às poucas horas de sono (depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)</p>
Conjunto de sintomas	<p>Sintomas que ocorrem juntos e podem interagir para aumentar os efeitos uns dos outros. Envolvem os fatores de influência que podem desencadear ou moldar a experiência dos sintomas e as consequências da experiência sintomática (HERR et al., 2015). Quando dois ou três sintomas coexistem estão relacionados, mas são independentes de outros grupos de sintomas.</p>	<p>Apresentar mais de três sinais e sintomas da IC</p>
Capacidade funcional	<p>Importante indicador do grau de dependência, bem como da necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenções terapêutica, no intuito de reduzir os mecanismos que afetam o declínio da habilidade do sujeito exercer diversas funções físicas e mentais (ULBRICH et al., 2013; WU et al., 2014). Está associada a um pior prognóstico a curto prazo (CORVOISIER et al., 2015).</p>	<p>Estar possibilitado para retornar ao trabalho Apresentar diminuição da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária</p>
Fragilidade	<p>Estado dinâmico que afeta um indivíduo que experimenta perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), aumentando o risco de resultados adversos. Os pacientes com diagnóstico de fragilidade estão em maior risco de queda, diminuição da mobilidade, diminuição da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária, hospitalizações</p>	<p>Apresentar diminuição da mobilidade Ter caído devido aos sinais e sintomas da doença</p>

(continuação)

		freqüentes e morte. Identificar fragilidade em pacientes com IC é clinicamente significativo, pois a síndrome afeta negativamente o prognóstico dos pacientes (UCHMANOWICA; LEKLIK; GOBBENS et al., 2015).	
	Estado nutricional	Estado resultante do equilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético do organismo. Está diretamente relacionado ao estado de saúde e capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes. São exemplos: obesidade, desnutrição (GOUVEIA; OLIVEIRA, 2014; XIMENES; BARRETTO; SILVA, 2014) caquexia (AMARE; HAMA; ASEFA, 2015).	Apresentar perda de apetite Apresentar perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses Apresentar sinais de congestão (edema) Apresentar sinais de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão arterial, oligúria, pulso filiforme, extremidades frias)
	Progressão da doença	Piora de uma doença ao longo do tempo. Razão primária para readmissão hospitalar, atribuída ao agravamento inexorável da IC (RETRUM et al., 2013). Estão diretamente relacionados com a mortalidade pela doença. São eles: prega cutânea tricípital, tabagismo (AGHA et al., 2014), síndrome cardiorrenal, anemia, IMC (ACLE; ORMAECHEA; ALVAREZ, 2014; PEREIRA et al., 2015), baixos níveis de testosterona (SANTOS et al., 2015), hipertensão pulmonar (GERGES et al., 2015), inatividade física (DOUKKY et al., 2016), comportamento sedentário (EDWARDS; LOPRINZI, 2016), índice de adiposidade visceral (VOGEL; STEIN; MARCADENTI, 2016), ansiedade, estresse e depressão (TULLY et al., 2015; FREEDLAND et al., 2015). Suas consequências envolvem as modificações econômicas, sociais e emocionais decorrentes da IC (OLIVEIRA et al., 2013).	Exacerbação dos sinais e sintomas Reinternações frequentes Apresentar comprometimento da atividade sexual

(continuação)

	Comorbidades	Presença de doença(s) coexistente(s) com relação à doença em estudo. Pode afetar o desempenho do indivíduo e sua sobrevivência. As mais comuns no paciente com IC são anemia, DM, HAS, FA, síndrome cardiorenal.	Possuir doenças coexistentes com a IC
Aprendizagem	Letramento Funcional em Saúde	Conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida (FREITAS et al., 2013; WU et al., 2013; McNAUGHTON et al., 2015; SANTESMASES-MASANA et al., 2016).	Compreender o problema que acomete o coração Conhecer o tratamento não medicamentoso Conhecer o tratamento medicamentoso Apresentar dificuldade para dar continuidade ao tratamento Considerar o efeito do tratamento lento Considerar o tratamento complexo
	Aprendizagem significativa	Processo por meio do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no curso desse processo que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito (FREITAS; PUSCHEL, 2013).	Incorporar o conhecimento apreendido
	Competência cognitiva	Capacidades mentais ou as competências bases de que precisamos para processar e apreender informações, para pensar, recordar, ler, perceber e resolver problemas (GELOW et al., 2015; CAMERON et al., 2015; ARSLANIAN-ENGOREN et al., 2014; CHOU et al., 2014).	Apresentar atenção reduzida Apresentar diminuição da memória (trabalho, visual, verbal)

Comportamentos de saúde	Autocuidado e adesão ao tratamento	<p>Processo de tomada de decisão naturalista que envolve a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado), a resposta aos sintomas de IC como ocorrem (manejo do autocuidado) e a confiança (autoconfiança) para participar em cada fase do autocuidado (CHEN et al., 2013; WODA et al., 2015; MATSUOKA et al., 2016). As atividades de manutenção do autocuidado para pacientes com IC incluem exercícios diários, dieta pobre em sódio, cessação do uso de tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração diária do peso e de sinais ou sintomas e descompensação da IC e adesão às recomendações farmacológicas. (CHEN et al., 2013; CONCEIÇÃO et al., 2015; LINN; AZZOLIN; SOUZA et al., 2016). O autocuidado relaciona-se diretamente com a adesão ao tratamento, visto que esta é definida como a cooperação voluntária do paciente na tomada de medicamentos (incluindo duração, dosagem e frequência) e ao tratamento não medicamentoso, conforme prescrito (SILVA et al., 2015; DICKSON; KNAFL; RIEGEL, 2015).</p>	<p>Monitorar o peso corporal diariamente Realizar exercícios físicos diários conforme recomendações de um educador físico; (continuação) Reduzir a ingestão de líquidos conforme as recomendações do profissional de saúde; Reduzir o consumo de alimentos gordurosos da dieta conforme as recomendações do profissional de saúde; Reduzir o consumo de sal dos alimentos; Consumir frutas e verduras; Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas; Evitar uso do tabaco; Sentir dificuldades para manter uma alimentação saudável Seguir rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC Seguir rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC Aferir a pressão arterial regularmente Seguir o calendário de vacinação Consumir baixa quantidade de açúcar diariamente Realizar 5 a 6 refeições diárias Ir às consultas marcadas Implementar os cuidados planejados para si Tomar os medicamentos para a IC conforme a dose prescrita; Tomar os medicamentos para IC nos horários estabelecidos; Tomar cinco ou mais medicamentos diariamente</p>
-------------------------	------------------------------------	---	--

			contribui para a não adesão ao tratamento (continuação)
	Autogestão	Participação ativa do paciente em seu tratamento, com a finalidade de minimizar o impacto da doença crônica no status e no funcionamento da saúde física, possibilitando aos indivíduos enfrentarem os efeitos das enfermidades. Atividade colaborativa entre doente e o profissional de saúde (YOUNG et al., 2016).	Colaborar com os profissionais de saúde no planejamento do cuidado
	Resolução de problemas	Resolução de problemas num ambiente do mundo real e envolve a orientação para o problema e o estilo de resolução de problemas. Recurso potencial de enfrentamento usado para gerenciar a sintomatologia da IC e melhorar comportamento de autocuidado (GRAVEN; GRANT; GORDON, 2015).	Buscar apoio social Estabelecer uma rotina de cuidados para si
	Estilo de vida	Modo de viver que caracteriza indivíduo ou grupo (AGHA et al., 2014). Envolve a adoção de medidas saudáveis, como atividade física, dieta adequada e suspensão de bebidas alcoólicas e tabagismo (ALBERT et al., 2015; DOUKKY et al., 2016).	Realizar exercícios físicos Suspender tabagismo Reduzir consumo de bebidas alcoólicas Reduzir ingestão de sal
Saúde mental	Autopercepção de saúde	Indicador das necessidades de cuidados de saúde; sinaliza a maneira como a vida da pessoa é influenciada pelo problema experimentado e, ainda, suas concepções de vida saudável (ARRUDA et al., 2015).	Reconhecer suas necessidades em saúde
	Crenças sobre o tratamento	São as ideias e percepções de uma pessoa, consideradas por ela absolutas e verdadeiras; são formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo. Compreendem	Tomar os medicamentos prescritos mesmo que apresente sintomas como náuseas e tonturas; Tomar medicamentos adicionais para aliviar os

	as crenças relativas ao desenvolvimento, ocorrência de sinais e sintomas, desfechos, benefícios e barreiras percebidos acerca do tratamento (SMEDT et al., 2012; SACCOMANN et al., 2014).	sintomas adversos; Sentir que os medicamentos não são mais eficazes Acreditar que os medicamentos prescritos causam alteração da função de outros órgãos (continuação)
Espiritualidade	Utilizada para referir manifestações do divino ou experiências imbuídas de qualidades divinas, como transcendência, imanência e ultimidade (SACCO et al., 2014). Na saúde, refere-se geralmente a um sentido de paz (ALDWIN et al., 2014; PARK et al., 2016; ALVAREZ et al., 2016).	Ter fé faz com que se sinta conformado com a IC Ter fé reduz o impacto negativo da IC sobre a sua vida
Bem-estar	É a saúde no seu sentido mais amplo, de maneira ativa e em todos os seus aspectos. Consiste no conjunto de práticas que engloba o bem-estar físico, psicológico, mental e espiritual (ALVAREZ et al., 2016; TAHIROVIC et al., 2015; PARK et al., 2014; SACCO et al., 2014; OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Ampla categoria de fenômenos que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações de domínio e julgamentos globais de satisfação com a vida. A IC causa limitações na vida do seu portador; acarreta modificações econômicas, sociais, emocionais e físicas. Relacionado à IC, o nível cognitivo inclui um sentido global de satisfação com a vida na ocorrência da doença; o nível afetivo envolve as emoções agradáveis, mesmo na presença da doença (PÉREZ-GARICÍA; OLIVÁN; BOVER, 2014).	Sentir-se satisfeito com a vida Possuir atitude positiva em relação a si mesmo Aceitar os múltiplos aspectos da doença Ser autodeterminado Avaliar seus valores pessoais Ter propósito e objetivos na vida, apesar da IC Perceber contínuo desenvolvimento pessoal Estar aberto a novas experiências

Gratidão	É um fator psicológico positivo que promove alívio da luta associada à conviência com a IC sintomática. Pode ser atribuída a uma fonte externa, como um animal, pessoa ou não-humano, e pode ser parte de uma perspectiva mais ampla de perceber e apreciar o positivo no mundo (O'BRIEN et al., 2014; SACCO et al., 2014; MILLIS et al., 2015).	Acreditar que a doença tornou a família mais unida Acreditar que desenvolveu a doença para cuidar melhor da própria saúde Esforçar para perceber os acontecimentos da vida diária como eventos positivos (continuação)
Otimismo disposicional	Atributo individual caracterizado pela expectativa generalizada de que as coisas boas acontecerão. Está associado a comportamentos de saúde importantes, que por sua vez estão fortemente ligados a um menor risco de exacerbação dos sintomas da IC (KIM; SMITH; KUBZANSKY, 2014).	Aderir ao tratamento irá prevenir a evolução da doença
Autoeficácia	Refere-se às crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados resultados (CHEN et al., 2014; LOU et al., 2016). Na pessoa com IC, é compreendida como a confiança ou crença na capacidade de uma pessoa para gerenciar vários aspectos da doença e alcançar resultados de saúde desejáveis (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016). Destaca-se como um poderoso preditor em vários domínios da saúde, tais como: parar de fumar, perder peso, controlar a dor, recuperar-se de infarto e participar de diversos programas de prevenção da doença (CHEN et al., 2014; BUCK et al., 2015).	Sentir-se motivado pelo desejo de evitar descompensação da doença Sentir-se motivado a manter a vida Acreditar ser capaz de aderir aos tratamentos da IC Acreditar ser capaz de parar de fumar Acreditar ser capaz de perder peso Acreditar ser capaz de controlar a dor Acreditar ser capaz de participar de programas de apoio

Senso de coerência	Utilização de recursos internos para lidar com o estresse e as exigências da vida (FERREIRA et al., 2015). O senso de coerência de pacientes com IC descompensada possibilita uma melhor compreensão de como eles reagem à doença e ao tratamento, ampliando o nosso conhecimento sobre suas estratégias de enfrentamento ao estresse vivenciado.	Procurar identificar as barreiras para lidar com a IC Procurar soluções mais confiantes para lidar com o manejo da IC Ter sentimentos e ideias confusas sobre a doença Ser encorajado a expressar sentimentos e ideias sobre a doença
Ativação do paciente	Conhecimento, habilidade e confiança de um indivíduo no gerenciamento de sua saúde e cuidados de saúde. Na IC, é engajar-se em comportamentos que ajudem a manter a estabilidade e controlar os sintomas relacionados à doença (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016; CHAVES; PARK, 2016).	Buscar informações sobre a IC; Sentir-se capaz de entrar em contato de forma independente com a equipe médica em casos de emergência (continuação) Sentir-se preparado para gerenciar sua própria saúde Sentir-se disposto a mudar seu comportamento de saúde Engajar-se em comportamentos que ajudem a manter a estabilidade Engajar-se em comportamentos que ajudem a controlar os sinais e sintomas da IC
Aceitação da doença	Representa um compromisso entre a vulnerabilidade e a resistência a uma doença, sendo, assim, um pré-requisito para lidar eficazmente com as consequências desta. Quando relacionada à IC, a aceitação da doença é um processo complexo modulado por uma série de fatores, como manifestação da doença, disponibilidade e qualidade de seu tratamento, predisposições individuais, funcionando como um indicador psicológico da qualidade de adaptação à condição crônica da IC. Assim, a aceitação de doença atenua as emoções negativas associadas a uma	Sentir-se adaptado às modificações em sua vida pela IC Conseguir identificar as limitações inerentes à doença em várias esferas da vida

	doença e seu tratamento, reduzindo o nível de sofrimento psicológico (BERG et al., 2015; OBIÉGLO et al., 2016).	
Personalidade	Padrões de respostas comportamentais e emocionais que caracterizam o indivíduo. Dentre os tipos de personalidade, a do tipo D é a mais comum entre pessoas com IC; estes são mais propensos a ter emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza, ansiedade, frustração, raiva) acerca da doença, além de não interagir ou compartilhar seus pensamentos e emoções com os outros (medo de desaprovação) (KUPPER et al., 2013; DAMEN et al., 2014; TULLY; SELKOW, 2014; WU; MOSER, 2014; WU; SONG; MOSER, 2015).	Reconhecer suas emoções Perceber quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza) Compartilhar seus pensamentos Compartilhar suas emoções com outros Interagir com outros
Ansiedade	Sensação de apreensão, sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica. Relacionada a recorrentes hospitalizações, complicações intra-hospitalares e mortalidade da pessoa com IC; associada ao aumento da atividade do sistema nervoso simpático, ocasionando a elevação da pressão arterial e do esforço cardíaco, que resultam no aumento da demanda sanguínea do miocárdio doente, afetando negativamente o quadro clínico do paciente pela exacerbação dos sintomas (CAVALCANTI et al., 2013).	Sentir-se agitado Relatar irritabilidade Sentir-se inquieto Sentir-se nervoso Sentir-se aflito Realizar movimentos pouco comuns Sentir-se mais tenso que o habitual
Depressão	A depressão é uma doença crônica relacionada a limitações nas funções físicas e sociais igualmente ou mais que as doenças crônicas mais comuns associada também a aumento na mortalidade. A depressão pode	Apresentar humor depressivo Sentir-se desestimulado para realização de atividades prazerosas Sentir medo da morte

		desempenhar um papel significativo no desenvolvimento e progressão da IC (FREEDLAND et al., 2015).	Sentir tristeza em decorrência das limitações da doença
--	--	--	---

Fonte: elaboração própria.

Quadro 11 – Definições constitutivas operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão das co-presenças.

(continua)

	Marcadores	Definições constitutivas	Definições operacionais
Apoio social	Suporte emocional	Refere-se a gestos estendidos a alguém para proporcionar conforto ou aliviar emoções negativas, como estresse (HEO et al., 2014; MAEDA et al., 2013).	Ter alguém para ouvir suas preocupações Receber informações sobre a existência de grupos de apoio Ter alguém que motive família e amigos Ter alguém que ajude a gerenciar o estresse Ter alguém que ajude a implementar medidas de enfrentamento Poder contar com amigos quando algo der errado Ter amigos para compartilhar alegrias e tristezas
	Suporte instrumental	Provisão de bens ou serviços tangíveis (DURANT et al., 2013; HEO et al., 2014; GALLAGHER et al., 2016).	Ser informado sobre os recursos da comunidade local Receber ajuda para interpretar as prescrições Participar na rotina de exercícios com os clientes Ser informado sobre como navegar no sistema de saúde Ser informado sobre como navegar nas agências de serviços sociais
	Suporte informacional	Informação fornecida para auxiliar outro na resolução de problemas. (DURANT et al., 2013; HEO et al., 2014; GALLAGHER et al., 2016).	Receber educação em saúde sobre a IC Receber educação em saúde sobre medidas de autocuidado

	<p>Suporte da autonomia</p>	<p>Ocorre quando a rede social fornece incentivo, empatia e sensação de escolha para os pacientes com IC, estimulando a autonomia do indivíduo (STAMP et al., 2014).</p>	<p>Participar do seu regime de cuidados de acordo com a própria percepção de importância Ter liberdade para escolher a melhor terapêutica dentre as oferecidas Sentir que pode cuidar de si, mesmo quando está sozinho</p>
Vínculos familiares	<p>Relações familiares</p>	<p>Relações comportamentais, psicológicas e sociais entre os vários membros da família nuclear e da família estendida (KAASALAINEN et al., 2013; ANDREU et al., 2015).</p>	<p>Poder falar sobre os problemas com a família Ter uma pessoa especial na vida que se preocupe com os sentimentos Ter alguém por perto para ajudar nas necessidades Ter com quem compartilhar as alegrias e tristezas Receber ajuda e apoio emocional da família Ter alguém que seja uma fonte de conforto Afastou-se das atividades sociais Afastou-se do convívio com família e amigos</p>
	<p>Acompanhamento familiar</p>	<p>O acompanhamento pode ser conceituado como uma forma de suporte social, preditivo de resultados cardiovasculares (CENÉ et al., 2015).</p>	<p>Ter alguém que acompanhe nas consultas Ter uma família que esteja disposta a ajudar a tomar decisões Ter alguém para conversar sobre a doença Ter alguém que conheça sobre a doença</p>
	<p>Funcionamento familiar</p>	<p>Capacidade de adaptação da família e paciente no contexto de doenças crônicas. Os aspectos específicos do funcionamento da família incluem a resolução de problemas e a comunicação (STAMP et al., 2014).</p>	<p>Tomar decisões em família Ter confiança uns nos outros Expressar os sentimentos em família Ter familiares que se envolvam nos problemas ocasionados pela IC Sentir-se aceito pela família Poder recorrer aos familiares em tempos de crise Poder discutir medos e preocupações com familiares Ter uma família que encoraje suas decisões Ter uma família que ofereça alternativas Ter uma família que minimize a pressão sofrida</p>

			Ter uma família que aceite suas decisões
--	--	--	--

Fonte: elaboração própria.

Quadro 12 – Definições constitutivas operacionais dos marcadores do traço latente, referentes à dimensão do cuidado.

(continua)

	Marcadores	Definições constitutivas	Definições operacionais
Tecnologias em saúde	Tecnologias leves	São aquelas utilizadas nas relações humanas, como a de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, ou seja, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente; fazem-se necessárias no entorno da ação de cuidar (MERHY, 1997, 2002). Quando voltadas ao indivíduo com IC, as tecnologias leves envolvem as interações diádicas (BIDWELL et al., 2015; KITKO et al., 2015; BUCK; KITKO; HUPCEY, 2013), e relações interpessoais (BARELLI et al., 2015; GUPTA et al., 2014; SAUNDERS, 2014).	<p>Manter bom relacionamento com os profissionais de saúde</p> <p>Existir mutualidade (paciente e cuidador) nos cuidados</p> <p>Compartilhar com o cuidador a responsabilidade por diferentes aspectos de seu tratamento</p> <p>Aceitar ajuda do cuidador ao perceber a deterioração de sua condição</p> <p>Perceber que o profissional de saúde que o acompanha faz o possível para que tenha o cuidado do qual precisa</p> <p>Ter uma equipe multidisciplinar cuidadosa</p> <p>Ter uma equipe multidisciplinar atenta às suas necessidades</p> <p>Sentir que os profissionais são totalmente honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para sua doença</p> <p>Confiar nas decisões do seu médico sobre os melhores</p>

			tratamentos para você
Tecnologias leve-duras	<p>Refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe; envolvem o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado (MERHY, 1997). São exemplos de tecnologias leves-duras utilizadas para os pacientes com IC: construção de instrumentos (BANOFF et al., 2016; KRAAI et al., 2016; STEWART et al., 2016; KHEIRBEK; ALEMI; FLETCHER, 2015; REED et al., 2015; YU et al., 2015; DIONNE-ODOM et al., 2014; LI et al., 2014; WALLER et al., 2013), cuidados paliativos (GREENER et al., 2014; SHALEN; BOMAN; BRÄNNSTRÖM, 2016; JORGENSON et al., 2016; HOPP et al., 2016), cuidado sistematizado de enfermagem (LINHARES et al., 2016; AZZOLIN et al., 2012), engenharia de fatores humanos (HOLDEN et al., 2015), terapia cognitivo-comportamental (FREEDLAND et al., 2015), visita domiciliar (MATONVANI et al., 2015; SAUNDERS, 2014; AZZOLIN et al., 2012; STEWART et al., 2012), acompanhamento ambulatorial (POLIKANDRIOTI et al., 2016; VOGT; KOLLER; SUNDMACHER, 2016; SELIM et al., 2015; HANCOK et al., 2014; STEWART et al., 2014; WIJEYSUNDERA et al., 2014; ARONOW et al., 2012) e educação em saúde (COSSETTE et al., 2016; SHAHRIARI; ALIMOHAMMADI; AHMADI, 2016; TRIVEDI et al.,</p>	<p>Possuir tratamento individualizado Possuir tratamento direcionado para seus sintomas Receber cuidados de profissionais capacitados Receber visita da equipe multiprofissional em seu domicílio Ser acompanhado no ambulatório (continuação) Participar de atividades educativas com os profissionais Receber cuidados paliativos</p>	

		2016; YEH et al., 2016; GARGACZ et al., 2015; GRANGER et al., 2015; NAVIDIAN et al., 2015; REILLY et al., 2015; DUNBAR et al., 2013; FERNANDES et al., 2013; RODRIGUEZ-GASQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTES, 2012).	
	Tecnologias duras	Refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações; abrangem os materiais, equipamentos, máquinas e demais instrumentais utilizados durante a realização do cuidado. As tecnologias duras voltadas para a pessoa com IC citadas pela literatura são: sistema de gestão de doenças e de apoio à decisão clínica (KRAAI et al., 2016), eSaúde (PÉREZ-RODRIGUEZ et al., 2015; ANDRÉS et al., 2015; YU et al., 2015; BLUM; GOTTLIEB, 2014; HALL et al., 2014; MAENG et al., 2014), website (CAVALCANTI et al., 2014), suporte circulatório mecânico, terapia de ressincronização cardíaca e cardiodesfibrilador implantável (RICKARD et al., 2015; SHARMA et al., 2015).	<p>Fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico</p> <p>Fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca</p> <p>Ser monitorado em sua residência</p> <p>Receber telefonemas dos profissionais da saúde para acompanhamento de sua condição (continuação)</p> <p>Receber telemensagens com dicas sobre como manter uma boa saúde</p> <p>Ter acesso a websites que contenham informações sobre a IC</p>
Custos de saúde	Internações hospitalares	Confinamento do paciente em um hospital. Entre os custos totais da IC, os hospitalares correspondem ao de maior custo (GREINER et al., 2012; DELGADO et al., 2014; WIJEYSUNDERA et al., 2014; PARISSIS et al., 2015; ZIAEIAN et al., 2015; HOLLINGWORTH et al., 2016)	Ser internado constantemente
	Cuidado formal	Cuidados prestados por elementos que não fazem parte da rede social do indivíduo. Caracteriza-se por ser remunerado e possuir vínculo formal. Tipo de cuidado realizado por profissionais contratados (JOO et al., 2015).	Precisar contratar cuidadores profissionais

	Cuidado informal	Elementos que fazem parte da rede social do indivíduo que presta cuidados regulares a uma pessoa de modo não remunerado e desprovido de vínculo formal. Tipo de cuidado realizado geralmente por familiares, amigos e vizinhos (JOO et al., 2015).	Ter apoio de familiares/amigos/vizinhos para realização do cuidado
	Terapia medicamentosa	Usada para tratamento de doenças (LEE et al., 2014; DELGADO et al., 2014; GRIFFTHS et al., 2014)	Precisar pagar pelos medicamentos prescritos
	Despesas pessoais	Encargos financeiros originados pela IC devido aos múltiplos serviços de saúde e tratamento. Abrange os suprimentos de cuidados domiciliários, medicamentos, necessidades dietéticas específicas e custos com transporte para serviços de saúde (PIAMJARIYAKUL et al., 2014).	Precisar contratar cuidador Possuir plano de saúde Ter condição financeira para comprar alimento saudável (continuação) Precisar pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde
Serviços de saúde	Acesso aos serviços de saúde	Possibilidade de os indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações físicas, operacionais, de transporte, financeiras, suprimento dos medicamentos (ZOU et al., 2016; SIMMONDS et al., 2015; WIJEYSUNDERA et al., 2014; CLOSE et al., 2013).	Ter uma instituição de saúde na sua regional O fluxo de funcionamento do sistema de saúde é seguido pelos profissionais A instituição de saúde facilita a marcação de consultas A instituição de saúde realiza o acolhimento A instituição de saúde o encaminha para outras instituições caso seja necessário A instituição de saúde tem profissionais capacitados Na instituição há a possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas A instituição possui recursos para prestar um cuidado de qualidade Receber do sistema de saúde as medicações prescritas

Confiança no sistema de saúde	Relaciona-se a confiança intuitiva e sensação de conforto que vem da crença de que o indivíduo pode confiar na organização para realizar com competência, responsabilidade e de maneira atenciosa dos interesses dos pacientes (GUPTA et al., 2014)	Perceber que o sistema de saúde faz o possível para tornar a saúde dos pacientes melhor Receber cuidados médicos de alta qualidade do sistema de saúde Receber o mesmo tratamento médico do sistema de saúde, independentemente da raça ou etnia
Integralidade do cuidado	É a interrupção do cuidado em saúde; forma como serviços fragmentados e incoerentes impactados sobre a acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados para pacientes com insuficiência cardíaca (SIMMONDS et al., 2015)	Receber cuidados de uma equipe multiprofissional Ser atendido pelos profissionais de forma integral
Continuidade relacional	Relação contínua de cuidados clínicos e continuidade de gestão (todos os aspectos de integração, coordenação e compartilhamento de informação). Está associada a taxas mais baixas de atendimento no departamento de emergência e internações hospitalares, bem como a melhores resultados para os pacientes, particularmente em cuidados preventivos e aderência à medicação (SIMMONDS et al., 2015).	Ser acompanhado por profissionais que favoreçam o acesso aos serviços de saúde Os cuidados recebidos pela equipe multiprofissional se complementam
Alta hospitalar planejada	Estratégias traçadas pelo profissional, paciente e familiares/cuidadores para proporcionar cuidado em seu domicílio, no sentido de colaborar para continuidade dos tratamentos e prevenção de futuras complicações (SOUZA; QUELUCI, 2014; LASKEY et al., 2015; BHATTARAI; HICKMAN; PHILLIPS, 2016).	Participar do planejamento da alta hospitalar Sentir que está recebendo a alta hospitalar no tempo cedo (nem cedo, nem tarde demais) Possuir data do retorno marcada após a alta hospitalar Receber orientações da equipe multiprofissional no momento da alta hospitalar

Fonte: elaboração própria.

A seguir, foram descritas detalhadamente as subdimensões e seus marcadores, encontrados pela revisão integrativa da literatura.

5.2 SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DA PESSOA HUMANA

5.2.1 Subdimensão: Situação socioeconômica e demográfica

A alta prevalência da IC e seu potencial para gerar incapacidades desafiam o desenvolvimento de estratégias preventivas, o que torna relevante o conhecimento das características socioeconômicas e demográficas dos indivíduos acometidos.

As características socioeconômicas e demográficas podem ser definidas como as informações acerca dos fatores sociais, econômicos e demográficos que caracterizam o indivíduo ou o grupo dentro da estrutura social (WU et al., 2013; WU et al., 2014; WU et al., 2016). São indicadores do desenvolvimento e desfechos da IC (ZOU et al., 2016). Envolverem sexo (BARBOSA et al., 2014), idade, raça (MENTZ et al., 2013; ZHANG; BAIK, 2013), etnia, situação econômica, região (GAUI et al., 2014), situação conjugal, nacionalidade (BUJA et al., 2016).

A IC é uma questão de saúde pública global, com prevalência de mais de 5,7 milhões de casos nos Estados Unidos e mais de 23 milhões de casos em todo o mundo. As taxas de mortalidade por IC apresentaram declínio no Brasil e nas regiões, com exceção do Norte e Nordeste (GAUI; OLIVEIRA; KLEIN, 2014).

Grande parte dos estudos analisados revela a prevalência da IC em indivíduos do sexo masculino, contudo não há evidências suficientes que associem a ocorrência da doença exclusivamente ao sexo. Estudos recentes evidenciam a mudança no panorama da doença, mostrando prevalência similar entre os gêneros feminino e masculino (McGREGOR et al., 2014). Contudo, pesquisa recente afirma que o homem está mais exposto à doença e, assim, aumenta a chance de apresentar complicações e vir a óbito por causa do tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e hábito de dirigir após o consumo de álcool (MALTA et al., 2015).

Destaca-se que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho; conciliar as atividades domésticas e o cuidado com os filhos, somados às novas obrigações que o mercado de trabalho impõe, pode ser fator fundamental para o aumento na incidência de doenças cardiovasculares.

Pesquisa nacional afirmou que a qualidade de vida é inferior em pacientes com IC do sexo feminino, pois as mulheres acometidas apresentam pior capacidade de exercer atividades cotidianas e vida social, o que pode ter efeito profundo sobre seus sentimentos de autoestima e bem-estar psicossocial (BARBOSA et al., 2014).

É válido ressaltar as diferenças fisiológicas existentes entre homens e mulheres. Pesquisa afirma que após 65 anos, a taxa de mortalidade por IC em mulheres ultrapassa a dos homens em 22%. Esse aumento está condicionado cronologicamente à menopausa, caracterizada pela diminuição dos hormônios sexuais circulantes na corrente sanguínea, entre eles, o estrogênio, que tem função cardioprotetora, associada ao controle de alguns fatores de risco, como a obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia (AGHA et al., 2014; COSTANZO, 2015). O estrogênio afeta, ainda, o desempenho da memória pela sua influência na estrutura e função do cérebro. O hipocampo tem muitos receptores de estrogênio, que apresenta associação positiva com a memória verbal em mulheres saudáveis pós-menopausa (CHOU et al., 2014).

Pesquisas nacionais e internacionais demonstraram que a IC acomete principalmente indivíduos a partir de 65 anos (AMARAL; MACHADO, 2016; MANTOVANI et al., 2015; SHEHAB et al., 2012). Apesar de a doença prevalecer entre os idosos, observou-se elevado percentual da doença entre adultos. Esse fator pode estar relacionado ao estilo de vida inadequado, expondo os indivíduos a inúmeros fatores de risco para a doença, tais como tabagismo, etilismo, sedentarismo e comorbidades, com destaque para HAS e DM (CARRASCO-SANCHEZ et al., 2014). Desta forma, a prevenção destaca-se como importante arma de combate à IC. Sobre sua mortalidade, autores evidenciam que a faixa etária predominante de pacientes que foram a óbito pela IC é de 50 a 59 anos (ALBUQUERQUE et al., 2015; PONIKOWSKI et al., 2016).

Nos Estados Unidos, a maior prevalência de IC é em negros (3,6%), seguida por brancos (2,4%) e hispânicos (2,3%). Os pacientes de minorias étnicas têm risco 2,5 vezes maior de mortalidade relacionada à IC, o que é especialmente pronunciado para os homens negros (81,9 de taxa de mortalidade nacional por 100.000 pessoas, contra 62,1 para os brancos; 58,7 para as negras comparado com 43,2 para as brancas).

Em relação aos brancos, estima-se que a probabilidade de hospitalização por IC seja 1,5 vezes maior entre os negros e 1,2 vezes maior entre os hispânicos. A razão para esta disparidade de saúde é complexa. Os negros são mais propensos do que os brancos a ter diabetes, hipertensão e obesidade, o que aumenta o risco de IC, complica o manejo e contribui para resultados piores. O baixo nível socioeconômico, mais comum em populações de

minorias étnicas, está associado a desfechos desfavoráveis da doença, presumivelmente devido a barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde (DICKSON; KNAFL; RIEGEL, 2015).

No que tange à raça, pesquisa que buscou analisar a mortalidade por causas básicas, sexo e raça/cor a partir do sistema de informações sobre mortalidade, evidenciou que o risco relativo para doenças do aparelho circulatório entre negros foi superior, quando comparados aos brancos (MENTZ et al., 2013). Em estudo Norte-americano, de 7.878 pacientes com IC, 35,8% eram negros. Entre eles, doenças como hipertensão, diabetes, renais e cerebrovasculares foram prevalentes, contudo, a taxa de mortalidade foi menor, quando comparada aos indivíduos da raça branca (SHAN et al., 2016). Em pesquisa desenvolvida na Austrália, a raça não mostrou associação com a ocorrência de complicações e reinternações hospitalares (SAITO; NEGISHI; MARWICK, 2016).

A divergência existente na literatura evidencia a necessidade de maiores investigações sobre a associação entre a raça/cor e taxa de mortalidade para IC, bem como as principais causas de reinternações nessa população.

Nos estudos selecionados, a ausência de um parceiro foi preditiva de readmissão em todos os pacientes (HOWIE-ESUIVEL; SPICER, 2012; RETRUM et al., 2013; HEO et al., 2014), o que indica a importância do apoio familiar no incentivo a seguir as recomendações de saúde dos profissionais.

A situação financeira é um fator relevante no manejo da doença, estando relacionada com o letramento funcional em saúde, adesão e comportamentos de autocuidado. Autores destacam que quanto menor o nível socioeconômico, menores as taxas de adesão ao tratamento (medicamentoso ou não medicamentoso) (BOCCHI et al., 2012; GURE et al., 2012; OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Ademais, a condição financeira influencia diretamente o estilo de vida, como atividade física, alimentação saudável e participação em atividades de lazer.

5.2.2 Subdimensão: Perfil clínico

A IC é uma síndrome resultante de um distúrbio cardíaco funcional ou estrutural, que compromete a pré e a pós-carga ventricular, com insuficiente demanda para o corpo, ou que permite fazê-la com elevadas pressões de enchimento (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). No Brasil, são escassos os estudos que avaliam prospectivamente as características

clínicas e prognósticas de pacientes com diagnóstico de IC. Ainda não foi verificado nenhum estudo que abordasse a vulnerabilidade clínica nesses pacientes.

Na perspectiva abrangente da vulnerabilidade clínica da pessoa com IC, foram elencados como marcadores do perfil clínico: classe funcional, fração de ejeção, sinais e sintomas, conjunto de sintomas, capacidade funcional, fragilidade, estado nutricional, progressão da doença e comorbidades.

A IC pode ser classificada de acordo com a intensidade dos sintomas em quatro classes propostas pela NYHA, em 1964, e utilizadas até a atualidade. A classificação funcional estratifica o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo (Quadro 13) (BOCCHI et al., 2012; ULBRICH et al., 2013). A classe funcional está diretamente relacionada com a ocorrência de sinais e sintomas da doença e, assim, às hospitalizações.

Quadro 13 – Classificação da IC, conforme preconizado pela NYHA.

Classe	Descrição
I	Paciente com IC, mas não apresenta evidência de doença e nenhuma limitação física durante as atividades diárias. Sem sintomas de fadiga, palpitação, dispneia e angina no peito.
II	Pacientes com IC, confortáveis no repouso, mas com algumas limitações nas atividades diárias, apresentando palpitação, dispneia e angina no peito.
III	Pacientes com IC apresentando grandes limitações nas atividades diárias, mas confortáveis ao repouso. Apresentam palpitação, dispneia e angina no peito em qualquer atividade física com um maior esforço.
IV	Pacientes com IC com sintomas mesmo em repouso. Qualquer exercício físico é acompanhado de aumento de desconforto.

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

A fração de ejeção é um parâmetro de avaliação da função miocárdica e evidencia o percentual de sangue que o ventrículo ejeta para a aorta na sístole. Uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 55% ou mais é considerada normal; se igual ou inferior a 50% é considerada reduzida. Autores afirmam que uma FEVE entre 50 e 55% é um intervalo limite (BOCCHI et al., 2012; CHU et al., 2014).

Uma significativa proporção dos pacientes hospitalizados ou que foram a óbito tem a função sistólica alterada quando avaliados pela FEVE. Contudo, é necessário destacar que a fração de ejeção pode evidenciar a função sistólica normal, passando a ser classificados como Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal (ICFEN). A prevalência de

ICFEN varia em torno de 64,2% e esses pacientes apresentam taxa de sobrevida superior e menor prevalência de comorbidades cardiovasculares, quando comparados àqueles com fração alterada (KHEIRBEK; ALEMI; FLETCHER, 2015).

A grande falha na condução do indivíduo com IC é acreditar que quando ele está compensado, a instabilidade hemodinâmica está afastada. A instabilidade existe a partir da ocorrência de dano ao miocárdio. Compreende-se por instabilidade hemodinâmica a inadequação da perfusão global ou regional, insuficiente para o funcionamento normal dos órgãos. É caracterizada por um quadro de hipotensão, com pressão arterial média abaixo de 60mmHg, que resulta na diminuição do retorno venoso e consequente diminuição do débito cardíaco (PONIKOWSKI et al., 2016).

Nesse contexto, a descompensação, responsável pelo quadro de instabilidade hemodinâmica, acarreta prejuízos no desempenho físico e emocional dos pacientes, contribuindo para a redução da expectativa de vida e piora da qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015; BASTOS et al., 2016).

O reconhecimento dos sinais e sintomas da doença são essenciais para adoção de conduta adequada e aumento da chance de sobrevida (GURE et al., 2012; GRAVEN; GRANT; GORDON, 2015). Em estudo transversal desenvolvido com 400 brasileiros com IC, aqueles que estavam na classe funcional III apresentaram como principais sintomas: dispneia, fadiga, boca seca, sonolência diurna e dificuldade em adormecer, sendo este último classificado como o sintoma mais grave por causar mais prejuízos (SANTOS et al., 2012).

Mais de 90% dos pacientes com IC sofrem de sintomas físicos, fortemente associados à má qualidade de vida relacionada à saúde. O agravamento dos sintomas da doença precede 75% das internações; 90% a 100% dos pacientes com IC admitidos em hospitais têm dispnéia. Esses achados sugerem que os sintomas físicos precisam ser gerenciados efetivamente para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde e reduzir as altas taxas de hospitalização (HEO et al., 2014).

As DO para o marcador Sinais e Sintomas foram: sentir cansado diariamente, apresentar dificuldades para respirar, apresentar edema de membros, ganho de peso, apresentar dificuldades para dormir a noite, apresentar prejuízos associados às poucas horas de sono.

Quando dois ou três sintomas co-ocorrem, ou seja, estão relacionados, mas são independentes de outros grupos de sintomas e estão relacionados a uma fonte comum, como uma exacerbação de IC, o grupo de sintomas pode ser considerado um conjunto de sintomas. Na IC, sintomas como dispneia, fadiga e distúrbios do sono formaram um aglomerado.

Depressão, preocupação e mudanças na cognição, como dificuldade com concentração ou memória, também têm sido observadas para formar um aglomerado. Esses sintomas interagem aumentando os efeitos uns dos outros, agravando o quadro clínico do paciente (HERR et al., 2015).

A capacidade funcional pode ser compreendida como a habilidade de executar tarefas cotidianas, simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autônoma na sociedade. Assim, a capacidade funcional está diretamente relacionada com aspectos físicos, cognitivos e emocionais do indivíduo (ULBRICH et al., 2013). Destaca-se como importante marcador clínico da vulnerabilidade da pessoa com IC por ser um indicador do grau de dependência e estar associada a um pior prognóstico a curto prazo (CORVOISIER et al., 2015).

O marcador Capacidade funcional trouxe como DO: estar possibilitado para retornar ao trabalho e apresentar diminuição da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária. Em pacientes com IC, a fragilidade evidenciou-se na apresentação da diminuição da mobilidade e a ocorrência de quedas. A fragilidade é considerada uma síndrome clínica com impacto significativo na vida da pessoa com IC, de seus familiares e em seu entorno social, pois é precursora de diferentes desfechos adversos em saúde. Identificar a fragilidade em pacientes com IC é clinicamente significativo, pois a síndrome afeta negativamente o prognóstico dos pacientes (UCHMANOWICA; LEKLIK; GOBBENS, 2015).

No tocante ao estado nutricional, as DO revelaram que perda do apetite, perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses, apresentar sinais de edema e de baixo débito cardíaco são essenciais para avaliar a capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes. Avaliar o desnutrição e caquexia são consequências graves da IC e podem estar relacionados com perda de peso acentuada. A desnutrição na IC está associada à perda de músculos, gordura e massa óssea. A caquexia constitui importante fator preditivo de redução da sobrevida na IC, independentemente de variáveis importantes como idade, classe funcional, FEVE e capacidade para realizar exercícios físicos. É definida como a presença de doença crônica e perda de peso \geq a 5% em período menor <12 meses ou índice de massa corpórea (IMC) < 20 kg/m, associadas a pelo menos três dos seguintes critérios: 1) diminuição da força muscular, 2) fadiga, 3) anorexia, 4) redução do índice de massa livre de gordura e 5) anormalidades bioquímicas como inflamação, anemia ou redução da concentração sérica de albumina (AMARE; HAMA; ASEFA, 2015).

A importância do desenvolvimento da caquexia no prognóstico da doença ficou mais evidente com a descrição da epidemiologia reversa da obesidade nessa doença. Em

indivíduos normais, o aumento do IMC está associado a aumento no risco para desenvolver DCV. Entretanto, em pacientes com IC, o IMC correlaciona-se positivamente com a sobrevida (VOGEL; STEIN; MARCADENTI, 2016).

A progressão da doença é marcada por readmissões frequentes. As potenciais exacerbações cardiovasculares da IC envolvem o choque cardiogênico, síndrome coronariana aguda, arritmias cardíacas, derrame e tamponamento pericárdico e parada cardíaca (ADLER et al., 2015; BEZERRA et al., 2016). Dentre as complicações sistêmicas, distúrbios pulmonares, renais, hepáticos e neurológicos são os mais evidenciados pela literatura científica analisada (CHASE et al., 2016; STEFANINI; FILHO, 2016; VALBUSA et al., 2016). Considera-se vulnerável para complicações cardiovasculares e sistêmicas, qualquer indivíduo que não possua informação suficiente do processo saúde-doença-cuidado; que não valorize as alterações físicas em seu próprio corpo; não reconheça os sintomas da doença que possui; quando se automedica e não se importa com a sua saúde (BERARDINELLI et al., 2011).

As alterações do sono entre os pacientes com IC influenciam negativamente a qualidade de vida e, além de serem um dos problemas de maior incômodo para essa população, podem interferir nas práticas de autocuidado e aumentar o risco de hospitalização não planejada (JAVADI et al., 2015).

Aproximadamente 60% dos pacientes com IC recebem o diagnóstico de apneia do sono, sendo 40% de origem central e 20% do tipo obstrutiva (OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Os efeitos do sono ruim são cumulativos; a perda crônica do sono coloca o indivíduo em risco para a diminuição da função cognitiva, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social e redução global da qualidade de vida (SANTOS et al., 2012; AZEVEDO et al., 2015). A apnéia do sono em indivíduos com IC está associada a menor fração de ejeção, maior classe funcional e maior morbidade e mortalidade (JABAHERI et al., 2016).

Outra complicação da doença relatada por pacientes é a alteração na atividade sexual, o que mostra a importância desse comprometimento no cotidiano das pessoas com IC, bem como a relevância dos profissionais de saúde discutirem com os mesmos os aspectos relacionados a esse assunto (OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013; CHU et al., 2014).

A hipertensão pulmonar (HP), devido à doença cardíaca esquerda (PH-LHD), é um problema de saúde crescente com alta morbidade e mortalidade. O PH-LHD é o subconjunto mais frequente de HP, decorrente de disfunção ventricular esquerda e/ou

diastólica e/ou valvular. Sua ocorrência é rara; em pesquisa desenvolvida em Viena, com 664 pacientes com IC sistólica, constatou-se que 12% evoluíram com PH-LHD (GERGES et al., 2015).

A IC está associada ao excesso de morbidade e mortalidade, para o qual as causas não cardíacas são cada vez mais reconhecidas. Um caso específico é feito para malignidade. Embora geralmente considerado uma causa separada de morbidade, pode ser que exista associação entre doença cardíaca e risco aumentado de câncer (HASIN et al., 2016).

A deficiência de testosterona está presente em grande número de pacientes do sexo masculino com IC avançada, correlacionando-se à redução da classe funcional, da capacidade de exercício e da força muscular e ao aumento da mortalidade. A terapia de testosterona é recomendada para o aumento da capacidade de exercício nesses pacientes com deficiência de testosterona e sintomas de hipogonadismo (SANTOS et al., 2015).

A comorbidade é a presença de doenças coexistentes ou adicionais com relação ao diagnóstico inicial ou com relação à doença índice. A comorbidade pode afetar o desempenho de indivíduos afetados e até mesmo sua sobrevivência, sendo considerada um indicador prognóstico para a duração da hospitalização, fatores de custos e de melhoria ou sobrevivência (ALBUQUERQUE et al., 2015). No contexto da IC, Stewart et al. (2016) abordam a definição de multimorbidade, definida como a IC de qualquer etiologia e múltiplas condições concomitantes que requerem manejo ativo. É comum em pacientes com IC e acarreta desfechos clínicos insatisfatórios.

As comorbidades indicadoras de mau prognóstico a longo prazo em pacientes com IC são: fibrilação atrial (FA) (MENDES et al., 2014), anemia (XIMENES; BARRETO; SILVA, 2014), síndrome cardiorenal (NASCIMENTO; PUSCHEL, 2013; ACLE; ORMAECHEA; ÁLVAREZ, 2013), obesidade (ZUCHINALI et al., 2013), diabetes (CARRASCO-SANCHEZ et al., 2014), deficiência de testosterona (SANTOS et al., 2015).

A presença concomitante de FA e IC pode ser explicada por ambas compartilharem fatores de risco e mecanismos semelhantes, ou uma relação causal entre as entidades. Considerando que a morbidade e a mortalidade atribuíveis a cada uma destas comorbidades são significativas, a presença concomitante de FA e IC identifica os indivíduos com maior risco de mortalidade. A FA está associada à disfunção do ventrículo direito, maior fração de ejeção e aumento do átrio esquerdo, contribuindo para internações mais prolongadas (MENDES et al., 2014).

Anemia é uma condição na qual o conteúdo da hemoglobina no sangue está diminuído, provocando hipóxia tissular. De acordo com a Organização Mundial da Saúde,

anemia é definida quando a concentração de hemoglobina é <13 g/dL para homens ou <12 g/dL para mulheres. As principais causas que contribuem para a anemia em pacientes com insuficiência cardíaca são: disfunção do sistema renina-angiotensina, anormalidades hematínicas, deficiências nutricionais, principalmente a carência de ferro, inflamação crônica e a hemodiluição (XIMENES et al., 2014).

A anemia é uma comorbidade prevalente em pacientes com IC e, quando presente, os pacientes apresentam sintomas mais graves e piora na capacidade funcional além do aumento da mortalidade, quando comparados a pessoas com IC sem anemia. O conhecimento de que a anemia agrava a IC não é recente, mas, nos últimos anos, a magnitude da anemia associada à piora da doença tem se tornado mais evidente (ACLE; ORMAECHEA; ÁLVAREZ, 2013).

Síndrome cardiorrenal é definida como uma relação bidirecional, onde a disfunção do coração ou dos rins, seja aguda ou crônica, induz a disfunção, aguda ou crônica, em outro órgão. Cerca de 35% dos pacientes com IC desenvolvem essa síndrome, estando associada à idade avançada, classe funcional III e IV e anemia (ACLE; ORMAECHEA; ÁLVAREZ, 2014).

A obesidade é definida pelo excesso de gordura corporal e tem relação de longa data com a DCV e IC. Há cada vez mais provas clínicas que indicam que o excesso de peso pode proporcionar menor risco de eventos clínicos adversos, particularmente em pacientes com IC. Este fenômeno foi denominado como “paradoxo da obesidade” ou “epidemiologia reversa”. A porcentagem elevada de gordura corporal, estimada por medidas de pregas cutâneas, pode ser um preditor independente de morte cardiovascular ou transplante cardíaco (ZUCHINALI et al., 2013).

A IC e diabetes são ambas as entidades clínicas comuns que frequentemente coexistem. A prevalência estimada de diabetes em pacientes com IC foi relatada entre 40 e 50%. A coexistência de diabetes e IC aumenta a taxa de mortalidade em comparação com pacientes sem diabetes (CARRASCO-SANCHEZ et al., 2014).

Somadas às comorbidades citadas, Corvoisier et al. (2015) verificaram a associação da mortalidade hospitalar de pacientes com IC com perda prévia de auto-suficiência, hiperglicemia, isquemia cerebral prévia e elevação da troponina I acima do limite superior do normal.

Conhecer o perfil clínico das pessoas com IC é fundamental para identificar suas vulnerabilidades clínicas, essenciais para a adoção de recursos que possibilitem a prevenção de desfechos clínicos negativos da doença.

5.2.3 Subdimensão: Aprendizagem

Dentre as incapacitações decorrentes da IC, o distúrbio cognitivo é comum e grave nessa população. A cognição é a capacidade que um indivíduo tem de pensar racionalmente, aprender, memorizar; envolve o ato ou o processo de conhecer. Já a aprendizagem é definida como uma atividade que resulta em conhecimento (GELOW et al., 2015). A relação da cognição com a aprendizagem expressa-se por meio do comportamento (YU et al., 2012), ou seja, remete à aquisição de conhecimento e mudança de conduta.

Pesquisas internacionais revelam que os déficits de aprendizagem acometem até 80% dos pacientes com IC internados em instituições de saúde e de 25% a 58% entre os residentes na comunidade (YU et al., 2012; ARSLANIAN-ENGOREN et al., 2014; DOLANSKI et al., 2016). Quando identificados em pacientes com IC, têm múltiplas etiologias e estão associados à manutenção deficiente do autocuidado (capacidade dos pacientes de aderir a medicamentos, dietas e consultas de acompanhamento) e a gestão (capacidade dos pacientes de avaliar e responder aos sintomas da IC), o que acarreta no aumento de risco de internação, incapacidade física progressiva e maior taxa de mortalidade (SCHPRECHMAN et al., 2013; GELOW et al., 2015).

Após análise dos estudos selecionados, os elementos essenciais da aprendizagem no contexto da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC foram identificados. Verificou-se, portanto, que a aprendizagem da pessoa com IC envolve três marcadores no contexto da vulnerabilidade em saúde: Aprendizagem significativa, Competência cognitiva e Letramento funcional em saúde.

5.2.3.1 Aprendizagem significativa

Conviver com uma doença crônica é um processo exigente; coexistir com a IC requer mudanças de atitudes físicas e mentais, pois, além das complicações causadas pela doença, seu tratamento demanda a compreensão e colaboração do indivíduo acometido, familiares, profissionais e serviços de saúde. Neste sentido, aceitar e enfrentar a IC, assim como buscar conhecer e entender suas próprias necessidades, devem ser os primeiros passos para se adaptar.

A cooperação ativa do paciente no seu tratamento só é possível quando possui o entendimento acerca da patologia que o acomete. O conhecimento da sua realidade (saberes

próprios e adquiridos) irá proporcionar e condicionar à aprendizagem, onde o indivíduo se transforma em sujeito da construção e reconstrução de saberes. Nessa perspectiva, é necessário que a aprendizagem seja significativa em conhecimentos, atitudes e comportamentos, tendo como desfecho o manejo adequado da IC, melhor qualidade de vida e aumento da sobrevida.

Aprendizagem significativa é o processo por meio do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no curso desse processo que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito (KIM et al., 2013). A aprendizagem ocorre à medida que os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva (SCHPRECHMAN et al., 2013).

Na IC, a aprendizagem significativa refere-se à incorporação do conhecimento apreendido. Implica colocar em prática os cuidados planejados para si juntamente com a equipe multidisciplinar, tendo como meta a estabilidade hemodinâmica e redução da ocorrência de complicações cardíacas e sistêmicas.

Reitera-se que ser adequadamente informado sobre a doença tem correlação direta com a adoção de comportamentos de saúde, gerenciamento de sintomas e melhoria da satisfação do paciente (YU et al., 2016). Autores corroboram que pacientes com IC satisfeitos com as informações fornecidas por seus médicos e enfermeiros são mais propensos a ter melhor saúde física e mental e qualidade de vida geral após alta hospitalar (BONIN et al., 2014; WU et al., 2016).

Para orientar o planejamento e implementação de estratégias educativas torna-se crucial explorar as necessidades de aprendizagem do indivíduo com IC. As necessidades de aprendizagem são definidas como o fosso entre as competências especificadas e o nível atual de desenvolvimento da pessoa. O elemento essencial na avaliação desta “lacuna” é a própria percepção do indivíduo sobre a discrepância entre onde estão agora e o que querem ser (KIM et al., 2013).

Pesquisas internacionais destacam a importância da criação e/ou utilização de instrumentos que possibilitem a avaliação das necessidades de aprendizagem direcionados à pessoa com IC. Em estudo metodológico realizado no Brasil buscou-se construir um questionário para avaliar o conhecimento e as necessidades de aprendizagem de pacientes com IC, participantes de programas de reabilitação cardíaca (BONIN et al., 2014). O

instrumento demonstrou índice de clareza satisfatório e de validade adequado, abrangendo 19 questões dispostas em dez áreas de importância para a educação do paciente.

Pesquisa desenvolvida na Coreia aplicou um inventário de necessidades de aprendizagem de IC em 121 pacientes acompanhados em ambulatório (KIM et al., 2013). As questões com pontuações mais altas foram relacionadas ao tratamento medicamentoso e o que o paciente deveria fazer na exacerbação dos sintomas. Esses dados corroboram com estudo realizado em Hong Kong, sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca das necessidades de aprendizagem de indivíduos com IC (YU et al., 2016). Os autores constataram que o gerenciamento de sintomas e a medicação são fatores que dificultam o manejo da doença e acrescentaram outros, como fatores de risco, prognóstico e ajuste de estilo de vida.

Na China, pesquisa realizada com 347 pacientes com IC buscou identificar suas necessidades de aprendizagem e examinar as relações entre estas e as características sociodemográficas dos pacientes. As informações sobre fatores de risco, prognóstico e medicamentos foram identificadas como os tópicos mais importantes, enquanto a modificação do estilo de vida e os fatores psicológicos foram considerados os menos importantes. A idade foi negativamente correlacionada com as necessidades de aprendizagem na atividade e informações de prognóstico. O nível educacional foi significativamente relacionado às necessidades de aprendizagem sobre fatores de risco (YU et al., 2012). Esses achados podem orientar o desenho das intervenções educacionais personalizadas.

A partir do exposto, entendemos a aprendizagem significativa mostra-se como relevante marcador da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC, pois possibilita o resgate das necessidades de aprendizagem e os saberes prévios e experiências desses indivíduos, elementos que fazem diferença no processo de aprender significativamente.

5.2.3.2 Competência cognitiva

Cognição é o ato de adquirir o conhecimento por meio da percepção, atenção, associação, memória, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem, ou seja, é o processo intelectual ou mental por meio do qual um organismo obtém conhecimento. A competência cognitiva de pessoas com IC relaciona-se com a capacidade mental destes indivíduos em integrar as informações apreendidas de uma forma significativa (TARAGHI et al., 2016).

A prevalência da disfunção cognitiva em adultos com IC é reconhecida como um fator que contribui para a complexidade do atendimento desses pacientes. A disfunção pode

afetar diversos domínios cognitivos, como atenção, concentração, memória funcional e prospectiva, velocidade psicomotora, linguagem, função executiva e visuoespacial. Independentemente do domínio cognitivo avaliado, interfere na capacidade de realizar procedimentos de autocuidado e as atividades instrumentais da vida diária e está associada ao risco aumentado de re-hospitalização e mortalidade (GELOW et al., 2015). Estudo destaca, ainda, a estreita relação entre a disfunção cognitiva com o conhecimento deficiente da IC (HAWKINS et al., 2016).

O desenvolvimento de disfunção cognitiva na IC é multifatorial. Pesquisas apontam como fatores predisponentes da disfunção nessa população a hipoperfusão, idade avançada, uso prévio de circulação extracorpórea, doença renal crônica, anemia, inatividade física, obesidade, doença vascular, acidentes vasculares cerebrais, depressão e a apolipoproteína E4 (HAWKINS et al., 2016; DOLANSKI et al., 2016). A existência de múltiplos fatores, muitas vezes co-ocorrentes, dificulta o rastreamento da disfunção e, assim, a implementação de estratégias preventivas.

Nos estudos avaliados, a competência cognitiva no contexto da vulnerabilidade da pessoa com IC trouxe como definições operacionais: apresentar atenção reduzida e apresentar diminuição da memória (trabalho, visual, verbal). Os déficits de memória são os tipos mais frequentes de deficiências cognitivas (HANON et al., 2014; HABOTA et al., 2015) e são preditores de mortalidade pela doença em um período de 12 meses, pois limitam as habilidades dos pacientes para aprender novos regimes de tratamento (CHOU et al., 2014).

Resultados de uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos apontam que pacientes com IC com déficits significativos nos domínios do aprendizado verbal, memória imediata e memória verbal atrasada não entenderão, ou vão esquecer, o que o prestador apenas instruiu a fazer logo depois de deixar o ambiente da clínica. Por extensão, as intervenções que dependem de modelos tradicionais de educação do paciente para melhorar a adesão provavelmente falhariam neste grupo de pacientes (HAWKINS et al., 2012).

O mecanismo subjacente à perda de memória não está claro, mas as causas mais prováveis incluem o baixo débito cardíaco e cerebral e a presença de microêmbolos, que levam à hipoperfusão e privação de oxigênio ao cérebro. Ademais, sexo, idade e comorbidades estão fortemente associadas ao déficit de memória em pacientes com IC. As mulheres apresentam maior comprometimento da memória quando comparadas aos homens, visto que o estrogênio afeta o desempenho da memória através da sua influência na estrutura e função do cérebro (CHOU et al., 2014).

Pesquisas recentes destacam o impacto que a IC causa na memória prospectiva, compreendida como a capacidade de executar intenções futuras. A memória prospectiva está relacionada com as atividades diárias que devem ser realizadas em um momento futuro apropriado, sem nenhuma instrução que recorde de forma permanente a necessidade da sua realização. É importante para a independência funcional e envolve a aplicação de múltiplos processos cognitivos (HANON et al., 2014). Em estudo realizado na Austrália, o comprometimento da memória prospectiva impôs exigências mínimas e moderadas em indivíduos com IC, como por exemplo a não adesão à terapêutica medicamentosa (HABOTA et al., 2015).

A relação entre déficits de memória e atenção e a adesão medicamentosa foi explorada em projeto prospectivo de coorte realizado com 309 pacientes com IC nos Estados Unidos. Os achados apontaram que deficiências na memória, função executiva e na atenção foram preditores da menor adesão à medicação (DOLANSKI et al., 2016). As implicações desses achados podem explicar a ocorrência ou não de comportamentos de autocuidado nesses pacientes.

Diante da elevada prevalência e repercussões causadas pelos distúrbios cognitivos em indivíduos com IC, fica clara a necessidade da realização de rastreio cognitivo nesses pacientes. Embora os déficits cognitivos sejam graves, esse rastreio ainda não é uma diretriz prática para o gerenciamento da IC, sendo geralmente subestimado por médicos (ADEBAYO et al., 2016). É precípua a identificação de ferramentas confiáveis de triagem cognitiva para avaliar possíveis dificuldades no manejo da doença.

Nesse sentido, pesquisa longitudinal realizada com 40 pacientes com IC buscou avaliar o impacto de uma intervenção de treinamento cognitivo (HAMMERS et al., 2013). Os autores utilizaram a CogState computadorizada, uma bateria de testes neuropsicológicos que consistem em uma série de sub-testes informatizados que avaliam vários domínios cognitivos em um período de tempo relativamente curto, incluindo medidas de velocidade de processamento psicomotor, atenção, memória funcional, aprendizagem visual e auditiva e aprendizagem associativa. Os resultados evidenciaram o CogState como uma ferramenta benéfica, de fácil aplicação e pontuação, que possibilitou monitorar de forma rápida e confiável o funcionamento da memória e o potencial de comportamento de autocuidado.

Em outra pesquisa internacional, o CogState foi utilizado para caracterizar a função cognitiva em 53 idosos hospitalizados por IC aguda e avaliar a existência de associação entre sintomas da doença e distúrbios cognitivos. Os autores verificaram que os pacientes com maior instabilidade hemodinâmica apresentaram velocidade de resposta

anormalmente lenta e diminuição da precisão dos domínios cognitivos. Dispnéia, dor, humor depressivo e fadiga foram associados à redução da atenção e da memória de trabalho (ARSLANIAN-ENGOREN et al., 2014). Esses achados enfatizam a importância do uso de ferramentas para monitorização da disfunção cognitiva.

Verificou-se na literatura a existência de evidências suficientes para o desenvolvimento de estratégias de rastreamento da função cognitiva em pacientes com IC. Logo, a competência cognitiva revelou-se como marcador relevante da aprendizagem no contexto da vulnerabilidade da pessoa com IC.

5.2.3.3 Letramento funcional em saúde

É crescente a busca por alternativas que possam reduzir as taxas de mortalidade e incapacidades da IC. Dentre elas, destacam-se as ações educacionais para prover aos indivíduos com a doença maior acesso ao conhecimento e permitir melhor compreensão sobre os procedimentos efetuados e sobre sua própria síndrome, contribuindo diretamente com o tratamento de sua enfermidade (BONIN et al., 2014).

Contudo, para que a educação em saúde seja considerada efetiva, requer das pessoas habilidades básicas de leitura e numeramento, com a intenção de que de fato compreendam seu significado, ou seja, é necessário que tenham adequado nível de letramento funcional em saúde (CHEN et al., 2013). O letramento funcional em saúde é a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde. Em termos práticos, uma pessoa com nível de letramento satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de letramento limitado, que teria menos noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação (SANTESMASES-MASANA et al., 2016; ZOU et al., 2016).

Numa perspectiva mais ampliada, o letramento funcional em saúde compreende três níveis: alfabetização funcional, que é o nível básico de habilidades de leitura e escrita que permitem que alguém funcione eficazmente em situações cotidianas; alfabetização comunicativa, que é a habilidade avançada que permite que uma pessoa extraia informações, obtenha significado de diferentes formas de comunicação e aplique informações novas às circunstâncias em mudança; e alfabetização crítica, que é a habilidade mais avançada para analisar criticamente informações e usar a informação para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida (MATSUOKA et al., 2016). Dessa forma, é significativa a avaliação do letramento funcional em saúde de forma mais abrangente, incluindo a

capacidade de acesso à informação, comunicação e avaliação crítica do informe recebido para que assim sejam capazes de fazer escolhas apropriadas de comportamentos de saúde.

A prevalência do letramento inadequado em saúde em pacientes com IC varia de 17,5% a 54% (CHEN et al., 2013; WU et al., 2013). Contudo, pesquisa multicêntrica realizada na Espanha trouxe dados ainda mais preocupantes: em 318 pacientes com IC atendidos na atenção primária, 79,6% apresentaram letramento funcional insuficiente para a compreensão das informações de saúde, tendo como fatores intervenientes o nível acadêmico primário, a classificação funcional III, o autocuidado e a idade (SANTESMASES-MASANA et al., 2016).

Quando voltado para indivíduos com IC, o letramento funcional em saúde teve como definições operacionais: compreender o problema que acomete o coração; conhecer o tratamento não medicamentoso; conhecer o tratamento medicamentoso; apresentar dificuldade para dar continuidade ao tratamento; considerar o efeito do tratamento lento; considerar o tratamento complexo.

O conhecimento é resultado da interpretação da informação e sua associação com as experiências vicárias de cada indivíduo (BONIN et al., 2014). Para muitos pacientes com IC, o conhecimento sobre sua doença é ilustrativo (refere-se ao saber meramente ilustrativo do problema que acomete o coração, como “coração fraco”, “inchado”, “grande”), diagnóstico (associa o problema do coração ao diagnóstico médico da doença, tal como “infarto”, “pressão alta”) e explicativo (uso de modelos explicativos para descrever a doença, como “sangue não circula no corpo”), sendo atribuídos muitos significados à doença (FREITAS et al., 2013).

O baixo letramento funcional em saúde está associado a resultados adversos à saúde, como aumento da taxa de hospitalização e morte relacionadas à IC. Estudo Norteamericano de coorte realizado com 595 adultos com IC evidenciou o aumento da taxa de incidência de hospitalização relacionada à doença em pacientes com baixo nível de letramento e sugeriu a implementação de estratégias destinadas a mitigar as disparidades relacionadas com o letramento nestes pacientes (WU et al., 2013). Achados semelhantes foram descritos em outros estudos, onde o menor letramento funcional esteve associado ao aumento do risco de morte após internação por IC aguda (McNAUGHTON et al., 2015; MOSER et al., 2015; WU et al., 2016).

O letramento funcional exerce influência, ainda, sobre a auto-eficácia, que abrange as crenças do indivíduo acerca da sua capacidade para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados resultados. Na IC, é poderoso preditor em

vários domínios em saúde, como parar de fumar, perder peso, controlar a dor e participação de programas de prevenção de complicações da doença (CHEN et al., 2014).

Essas associações reafirmam que ter conhecimento adequado da IC é crucial para se envolver no autocuidado e evitar complicações. A capacidade de uma pessoa de compreender e utilizar informações de saúde possibilita a promoção e manutenção da própria saúde. Assim, o letramento funcional em saúde, aliado a avaliação e preferências dos indivíduos com IC devem ser consideradas, pois é preciso dar-lhes oportunidade de tomar decisões adequadas sobre seu cuidado e tratamento.

5.2.4 Subdimensão: Saúde mental

Adoecer impacta diretamente no ritmo de vida de qualquer pessoa. Quando pensamos na IC e nas repercussões psicológicas, emocionais e cognitivas causadas pela mesma, remetemos ao estudo da saúde mental, definida pela *World Health Organization* (WHO) (2013) como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

Os marcadores que compuseram esta subdimensão foram: ansiedade, depressão, personalidade, autopercepção de saúde, crenças sobre o tratamento, espiritualidade, bem-estar, gratidão, otimismo disposicional, autoeficácia, senso de coerência, ativação do paciente, aceitação da doença.

Pacientes com IC crônica frequentemente são atingidos por uma complexa sintomatologia que determina mais do que os aspectos fisiopatológicos (BARBOSA et al., 2014; KHEIRBEK; ALEMI; FLETCHER, 2015). Os gastos com medicamentos, limitações impostas pela mudança no estilo de vida, incapacidade de exercer atividades cotidianas, hospitalizações frequentes, interrupção das atividades ocupacionais e consequente diminuição de renda são fatores que ocasionam sentimentos negativos (CAVALCANTI et al., 2013).

Já foi observado que pacientes com IC apresentam maior incidência de déficits cognitivos, ansiedade e depressão. Estudos têm apontado a ansiedade como um distúrbio psicobiológico que está relacionado a recorrentes hospitalizações, complicações intra-hospitalares e mortalidade (RETRUM et al., 2013; CHOU; PRESSLER; GIORDANI, 2014).

A ansiedade e a depressão estão associadas ao aumento da atividade do sistema nervoso simpático, ocasionando a elevação da pressão arterial e do esforço cardíaco, que resultam no aumento da demanda sanguínea do miocárdio doente. Quando relacionadas com a

IC, afetam negativamente o quadro clínico do paciente, proporcionando exacerbação dos sintomas (TULLY et al., 2015).

As DO dos marcadores Ansiedade e Depressão envolveram o paciente sentir-se agitado, irritado, inquieto, nervoso, aflito, tenso e aparecimento de movimento incomuns. Já as definições operacionais da depressão foram apresentar humor depressivo, sentir-se desestimulado para realização de atividades prazerosas, sentir medo da morte e tristeza em decorrência das limitações da doença.

A depressão pode desempenhar um papel significativo no desenvolvimento e progressão da IC. A incidência de sintomas depressivos clinicamente significativos na IC assintomática varia entre 11% a 45%; na IC sintomática varia de 36% a 65% (FREEDLAND et al., 2015; GRAVEN et al., 2015). Os fatores associados à ocorrência de depressão incluem aumento da idade, baixo suporte social, poucas horas de sono, fadiga e processo inflamatório. Em contraste, conflitos religiosos estão associados a índices elevados de depressão e prevê mais hospitalização na IC crônica (MILLS et al., 2015). Influencia negativamente a evolução da doença por estar associada a não adesão dos pacientes às recomendações para o autocuidado, contribuindo para o aumento das taxas de reinternações, dos custos com o tratamento e da mortalidade (FERREIRA et al., 2015).

Heo et al. (2014) ressaltam que para reduzir sintomas depressivos os profissionais da saúde devem estar atentos ao bem-estar físico e emocional do paciente com IC; devem estimulá-los a fazer parte de grupos de apoio e, sempre que possível, fortalecer as díades (paciente-familiar/cuidador).

No campo da psicologia médica, o estudo da personalidade dos pacientes é realizado para a identificação de características negativas. A literatura cita quatro tipos de personalidade (A, B, C e D), onde a D, também conhecida como personalidade afligida, é a combinação de afetividade negativa e traços de inibição social (DAMEN et al., 2014), ou seja, é a mais propensa a ter emoções negativas e não interagir/compartilhar seus pensamentos e emoções com os outros por medo de desaprovação (TULLY; SELKOW, 2014). As DO da Personalidade foram: reconhecer suas emoções; perceber quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza); compartilhar seus pensamentos e emoções com outros e interagir com outros.

Estudos corroboram com esses achados e acrescentam que pacientes com essa personalidade apresentaram maior probabilidade de ter menor auto-eficácia e não aderência à medicação (WU; MOSER, 2014; WU; SONG; MOSER, 2015), além de ansiedade e depressão (DAMEN et al., 2014). Pesquisa realizada por Kupper et al. (2013) demonstrou a

associação dessa personalidade à resposta inadequada ao estresse social agudo, caracterizada pela resposta cardíaca embotada.

Tendo em vista o comprometimento físico, psicológico, emocional e social causados pela IC, torna-se imperativo entender como esse paciente percebe sua saúde, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e importância dada a esta. A autopercepção da saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo um bom preditor de mortalidade e reflete a percepção individual, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ademais, a autopercepção pode sinalizar as concepções de vida saudável do paciente (ARRUDA et al., 2015).

Na mesma esfera de entendimento da autopercepção da saúde, a aceitação da doença desponta como um processo de adaptação à nova condição de vida; atenua as emoções negativas relacionadas à doença e seu tratamento, resulta em melhor adesão à medicação e autocuidado (BERG et al., 2015). À análise da literatura, as definições operacionais da Aceitação da doença do paciente com IC foram: sentir-se adaptado às modificações em sua vida pela IC e conseguir identificar as limitações inerentes à IC em várias esferas da vida.

Atrelada às expectativas e autopercepção do estado de saúde de pacientes, a aceitação é um determinante da qualidade de vida. Pesquisa desenvolvida na Polônia verificou que pacientes com baixo índice de aceitação da doença frequentemente apresentaram menor energia, dor mais intensa, reações emocionais negativas, distúrbios do sono, isolamento social e mobilidade limitada (OBLIEGO et al., 2016). Esses resultados evidenciam a aceitação da doença como um constituinte crucial do prognóstico da IC.

As crenças sobre a medicação influenciam sobremaneira a continuidade do tratamento. Na literatura, as DO das crenças estavam relacionadas à tomada de medicamentos prescritos mesmo na presença de sintomas como náuseas e tonturas; uso de medicamentos adicionais para aliviar os sintomas adversos; sentir que os medicamentos não são mais eficazes; e acreditar que os medicamentos prescritos causam alterações em outros órgãos.

As percepções dos pacientes sobre os efeitos que os medicamentos provocam podem gerar desconforto e ansiedade substanciais, o que leva à interrupção do tratamento temporária ou permanentemente ou o paciente pode tomar medicações adicionais em busca de conforto ou alívio (SMEDT et al., 2012). Essas atitudes podem aumentar a carga da doença e diminuir a qualidade de vida do paciente.

Nesse escopo, é indispensável que os profissionais da saúde identifiquem as crenças relativas às barreiras e benefícios do tratamento medicamentoso percebidos pelos pacientes. Saccomann, Cintra e Gallani (2014) verificaram a influência de variáveis

sociodemográficas e clínicas sobre essas crenças em 105 pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial em instituição de saúde situada no sudeste brasileiro. Os autores constaram que o automonitoramento do peso/edema diário era percebido pelos pacientes como estratégia que ajudava a mantê-los saudáveis, melhorava a qualidade de vida e diminuía a chance de reinternação.

O senso de coerência tem sido definido como a utilização de recursos internos para lidar com o estresse e as exigências da vida. Neste sentido, avaliar o senso de coerência de pacientes com IC descompensada possibilita melhor compreensão de como eles reagem à doença e ao tratamento, ampliando o nosso conhecimento sobre suas estratégias de enfrentamento ao estresse vivenciado (*coping*) (FERREIRA et al., 2015). Pacientes com IC descompensada requerem ajustamento Individual para que possam, gradualmente, modificar seus estilos de vida e ter um novo significado da sua situação em decorrência da doença e do tratamento (FERREIRA et al., 2015; GRAVEN; GRANT; GORDON, 2015; LINN; AZZOLIN; SOUZA, 2016).

No estudo desenvolvido por Ferreira et al. (2015), o senso de coerência surgiu como um preditor da afetividade em pacientes com IC, indicando que os atos mais elevados de senso de coerência funcionam como um tampão para o efeito emocional negativo do estresse da vida. Desde modo, estes resultados indicam que a promoção ativa de estratégias de enfrentamento em pacientes com IC deve ser considerada como uma abordagem possível para intervenções.

Diante do exposto, há interesse crescente em examinar associações entre atributos psicológicos positivos, como bem-estar, espiritualidade, gratidão e otimismo disposicional com resultados clínicos.

O vínculo entre saúde mental e o bem-estar são fundamentais para a nossa capacidade individual e coletiva como seres humanos para pensar, sentir, interagir e aproveitar a vida (WHO, 2013). Bem-estar é um estado ativo de estar saudável, com uma vida que promova a boa saúde física, mental e emocional. Os processos que auxiliam na percepção que cada um tem do próprio estado de bem-estar incluem ser (reconhecer-se como individual), pertencer (ser parte de um todo), vir a ser (crescer e desenvolver-se) e beneficiar-se (fazer escolhas pessoais para servir a si) (PARK et al., 2014).

Pesquisas sobre o bem-estar em pacientes com IC demonstraram que fatores psicossociais apresentaram maior associação com qualidade de vida quando comparados com fatores biomédicos (CHU et al., 2014; OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Autores destacam quatro dimensões de bem-estar em pacientes com IC: psicológica,

espiritual, social e física. O bem-estar social e físico está relacionado às exacerbações agudas; o bem-estar espiritual e psicológico tende a diminuir gradualmente nestes pacientes, visto que, cada vez mais, indagavam-se sobre o seu valor e lugar no mundo, procurando um significado para sua existência (PARK et al., 2014; PÉREZ-GARCÍA; OLIVÁN; BOVER, 2014).

Inúmeros fatores coadjuvam para o bem-estar. Sacco et al. (2014) citam alguns, identificados de 111 pacientes Norte-americanos com IC grave, como suporte social e familiar, gratidão, espiritualidade, religiosidade e a satisfação com vida. Sentimentos positivos de bem-estar são comuns em pacientes que estabelecem uma boa rotina de exercícios (ALBERT et al., 2015).

Essas variáveis foram percebidas na literatura científica nacional e internacional e, a partir da análise aprofundada dos artigos, foram descritas as definições operacionais do marcador: sentir-se satisfeito com a vida; possuir atitude positiva em relação a si mesmo; aceitar os múltiplos aspectos da doença; ser autodeterminado; avaliar seus valores pessoais, ter propósito e objetivos na vida, apesar da IC; perceber contínuo desenvolvimento pessoa e estar aberto a novas experiências.

Em estudo desenvolvido com 139 díades (cuidador/paciente) o melhor bem-estar psicológico e espiritual mostrou-se associado à boa relação da díade (BURTON et al., 2012). O bem-estar pode contribuir, ainda, para a menor ocorrência de ansiedade e sintomas depressivos (MILLS et al., 2015). Nesse ínterim, fica claro que o manejo da IC não deve estar voltado apenas para prolongar a vida, mas também, melhor o bem-estar.

A espiritualidade usualmente é utilizada para referir manifestações do divino ou experiências imbuídas de qualidades divinas. No contexto de pesquisas em saúde, espiritualidade refere-se geralmente a um sentido de paz. A paz pode refletir um senso de resolução em relação a conflitos interpessoais, aceitação da doença e sensação de conforto (PARK et al., 2016).

Autores corroboram que a espiritualidade tem se apresentado como importante fator de proteção à saúde física, psicológica e emocional do paciente com IC, contribuindo para redução dos números de óbitos, do desenvolvimento de algumas patologias e do impacto dessas sobre a vida do paciente (OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013; HOOKER et al., 2016). A espiritualidade pode, inclusive, influenciar a maneira com que os pacientes lidam com sua síndrome (ALVAREZ et al., 2016). Trouxemos como definições operacionais da espiritualidade: ter fé faz com que se sinta conformado com a IC e reduz o impacto da doença sobre a sua vida.

Percebe-se que a aproximação da espiritualidade e da IC centra-se na interação complexa de elementos psicoemocionais, sociais, espirituais, experienciais e comportamentais e seu impacto na saúde e no manuseio de doenças. Atualmente, o cuidado espiritual é considerado uma parte essencial do cuidado geral fornecido para melhorar a qualidade de vida para pacientes e familiares (ALVAREZ et al., 2016).

A gratidão é considerada um fator psicológico positivo que também tem sido associado com o bem-estar em algumas populações. É parte de uma orientação de vida mais ampla para perceber e apreciar os aspectos positivos da vida e tem origem teológica. A importância de seu desenvolvimento e prática é enfatizada na maioria das religiões do mundo. A frequência de oração foi encontrada para aumentar a gratidão e, dessa forma, pode servir como um caminho pelo qual a espiritualidade exerce seus conhecidos efeitos positivos sobre a saúde física e mental (MILLS et al., 2015). No paciente com IC e nos transplantados, sentimentos de gratidão e admiração facilitam percepções e cognições que vão além do foco da doença e incluem aspectos positivos de sua realidade pessoal e interpessoal mesmo em face da doença (O'BRIEN et al., 2014; SACCO et al., 2014).

Pesquisa Norte-americana desenvolvida com 186 pacientes com IC estágio B assintomático, a gratidão apresentou relação com melhor estado de humor, sono, menos fadiga e mais auto-eficácia. A gratidão reduziu, ainda, os marcadores inflamatório por meio de mudanças nas percepções afetivas da vida diária (MILLS et al., 2015). Esses resultados evidenciam o potencial valor clínico da gratidão e estimulam a adoção de intervenções direcionadas para o seu aumento.

Ainda dentro dos fatores psicológicos que podem desempenhar papel fundamental no desenvolvimento da IC, o otimismo disposicional, definido por Kim, Smith e Kubzansky (2014) como a expectativa generalizada de que coisas boas acontecerão, tem sido associado a uma série de benefícios cardiovasculares. Os autores demonstraram que pacientes que acreditaram que aderir ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) preveniria a evolução da doença apresentaram melhores desfechos clínicos e menos episódios de exacerbação.

Os atributos psicológicos positivos descritos são relevantes para o desfecho clínico da pessoa com IC. Contudo, o indivíduo só poderá alterar o comportamento negativo para sua saúde quando realizar mudanças positivas em seus estilos de vida (CHAVES; PARK, 2016). Nesse aspecto, frisamos os demais marcadores encontrados nesta subdimensão, como ativação do paciente e auto-eficácia.

A ativação do paciente envolve o grau em que a pessoa está disposta e é capaz de se engajar em mudança de comportamento de saúde e gerenciar sua própria saúde (LEE et al., 2015). Young, Barnason e Kupzyk (2016) e Chaves e Park (2016) atestam que níveis mais altos de ativação do paciente contribuíram para o maior envolvimento de comportamentos de autogestão.

As DO foram: buscar informações sobre a IC; sentir-se capaz de entrar em contato de forma independente com a equipe médica em casos de emergência; sentir-se preparado para gerenciar sua própria saúde; sentir-se disposto a mudar seu comportamento de saúde; engajar-se em comportamentos que ajudem a manter a estabilidade hemodinâmica; e engajar-se em comportamentos que ajudem a controlar os sinais e sintomas da IC.

A auto-eficácia é a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinadas atividades (BUCK et al., 2015). Relacionada à IC, a auto-eficácia é definida como a confiança ou crença na capacidade de uma pessoa para gerenciar vários aspectos da doença e alcançar resultados de saúde desejáveis (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016).

Tem como DO: sentir-se motivado pelo desejo de evitar descompensação da doença; sentir-se motivado a manter a vida; acreditar ser capaz de aderir aos tratamentos da IC, parar de fumar, perder peso, controlar a dor e participar de programas de apoio.

Chen et al. (2014) demonstraram que a auto-eficácia influenciou a adesão ao autocuidado em 63 pacientes Norte-americanos com IC em acompanhamento ambulatorial. Young, Barnason e Kupzyk (2016) acrescentam que a auto-eficácia contribui para o engajamento da auto-gestão por meio do seu efeito na ativação do paciente. Lou et al. (2016) somam ao constatarem que a auto-eficácia é um preditor de qualidade de vida e tem relação inversa com a depressão (LOU et al., 2016). Assim, é correta a concepção do planejamento de estratégias que promovam tanto auto-eficácia como ativação do paciente.

A partir do que foi discutido, apreendemos que a saúde mental do paciente com IC não deve ser um aspecto esquecido. Os resultados indicam a utilização de estratégias que integram sentimentos positivos aceitáveis e que possam melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

5.2.5 Subdimensão: Comportamentos de saúde

Comportamentos saudáveis são resultados que descrevem atitudes, compreensão e práticas relacionadas à saúde que subjazem as ações tomadas pelos indivíduos com vistas a

proteger, promover ou manter a saúde, sendo eles: conhecimento e adesão do regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso), comportamento de aceitação, controle dos sintomas e estilo de vida saudável (CHAVES; PARK, 2016). Compreender que os comportamentos de cuidados de saúde de cada indivíduo funcionam como determinantes do seu estado de saúde (DOUKKY et al., 2016), remete ao entendimento de que a adoção de comportamentos preventivos e protetores dos indivíduos com IC são relevantes para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Os comportamentos de saúde representam parte importante do tratamento da pessoa com IC e ocorrem a medida que o indivíduo se percebe como suscetível a determinada doença ou agravamento de enfermidade já existente (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016). A leitura aprofundada dos artigos selecionados permitiu a identificação dos elementos essenciais da vulnerabilidade comportamental da pessoa com IC: autocuidado e adesão ao tratamento, autogestão, resolução de problemas e estilo de vida.

Dentre os marcadores elencados, o autocuidado revelou-se na grande maioria dos artigos e foi definido como um processo de tomada de decisão; uma função reguladora que permite ao indivíduo desempenhar atividades que visem à preservação da vida, saúde, desenvolvimento e bem-estar. É um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (CONCEIÇÃO et al., 2015). Nesse processo, o indivíduo com IC empreende atitudes para prevenir os sintomas e responder a eles na medida em que ocorrem (CHEN et al., 2013; BASHI; WINDSOR; DOUGLAS, 2016).

O autocuidado é a chave dos cuidados de saúde. Desta forma, é considerado um componente integral da gestão da IC e da preservação de um nível integral aceitável de funcionalidade. Ressalta-se que o autocuidado é precedido pela autopercepção do indivíduo, em nível cognitivo, psicossocial, físico, demográfico e sociocultural (BARELLO et al., 2015). Assim, o significado que as pessoas com IC atribuem ao autocuidado é diferente consoante os seus valores, crenças e atitudes perante a vida (NASCIMENTO et al., 2013; DEEK; CHANG; NOUREDDINE, 2016).

O autocuidado trouxe DO relacionadas aos hábitos alimentares (redução da ingesta hídrica, do consumo de alimentos gordurosos, sal e açúcar; aumento do consumo de frutas e verduras e realizar 5 a 6 refeições diárias), prática de atividade física, comportamento (monitoração do peso, aferir pressão arterial, seguir calendário de vacinação, ir às consultas marcadas), estilo de vida (escolhas de estilo de vida que garantam a saúde adequada, como

alimentação saudável, manter o bem-estar físico, emocional e espiritual) e adesão aos tratamentos (farmacológico e não farmacológico).

As escolhas alimentares podem levar à descompensação hemodinâmica e agravar o quadro clínico da pessoa com IC. Apesar dos benefícios da dieta adequada, estudos demonstram que muitos pacientes permanecem com dieta com alto teor de sódio e pobre em vitaminas, minerais e fibras (ALVES et al., 2012; RETRUM et al., 2013; CHUNG et al., 2015; WODA et al., 2015; SHETTY et al., 2015; MIRÓ et al., 2016). Esses dados corroboram com achados de pesquisa realizada com africanos que buscou descrever os hábitos alimentares e as deficiências nutricionais potenciais, constatou-se que o consumo do açúcar (75% acima do valor recomendado), bebidas doces e lanches salgados afetaram negativamente a saúde cardiovascular. O sal consumido pelos participantes da pesquisa estavam 470% do valor recomendado para homens e 294% para mulheres (PRETORIUS et al., 2012). Reitera-se, portanto, a importância de programas de orientações nutricionais baseadas no conhecimento nutricional dos alimentos e adesão às diretrizes voltadas para a qualidade dietética, nacionais e internacionais, de pacientes com IC.

O monitoramento do peso é uma tarefa simples e pode auxiliar na evolução do estado volêmico e resposta à terapia diurética de pacientes com IC. Somado ao controle do peso durante a internação, torna-se fundamental fornecer orientações relacionadas a esse cuidado, ensinando a paciente que alterações de peso para mais em um curto período de tempo indica sinais de hipervolemia (EDWARDS; LOPRINZI, 2016). A restrição hídrica deve ser de acordo com a condição clínica do paciente, valorizando a dose de diuréticos (RABELO et al., 2012).

As DO identificadas despertaram para a existência da conexão entre os marcadores. Inseridos no contexto do autocuidado, a adesão à terapêutica e o estilo de vida apresentaram estreita relação e definições operacionais interligadas. O estilo de vida remete à padrão de comportamento que envolve escolhas saudáveis, enquanto que a adesão à terapêutica compreende a cooperação voluntária do paciente em seu tratamento.

A combinação da alta qualidade dietética, atividade física, IMC e não tabagismo, está associada a um risco progressivamente decrescente de instabilidade hemodinâmica em indivíduos com IC (AGHA et al., 2014; DOUKKY et al., 2016). Nesse interim, por compreendermos que a melhoria da qualidade de vida e saúde está atrelada ao estilo de vida e à adoção de hábitos saudáveis, as definições operacionais do estilo de vida da pessoa com IC e adesão à terapêutica inserem-se no autocuidado, uma vez que este representa um olhar para si e a escolha de ações individuais para o cuidado com a saúde.

A adesão ao tratamento pode ser influenciada por diversos fatores que incluem personalidade (WU et al., 2015), sexo (AGHA et al., 2014; FERREIRA et al., 2015), idade (BHATTARAI; HICKMAN; PHILLIPS, 2016), cidadania (BUJA et al., 2016), etnia e raça (ZHANG et al., 2013; DICKSON; KNAFL; RIEGEL, 2015), senso de coerência (LINN et al., 2016), autoeficácia (CHEN et al., 2014; SIENNICKA et al., 2016), capacidade funcional (UCHMANOWICA; LEKLIK; GOBBENS, 2015), apoio social (CENE et al., 2015), espiritualidade (ALVAREZ et al., 2016), comparecer às consultas de enfermagem (SILVA et al., 2015), letramento funcional em saúde do indivíduo (CHEN et al., 2013; MATSUOKA et al., 2016), presença de comorbidades e depressão (GRAVEN et al., 2015), levando à não manutenção do autocuidado e gestão inadequada da doença.

Em estudo de coorte prospectivo desenvolvido com 592 pacientes com IC nos Estados Unidos, a baixa aderência à medicação mostrou-se associada ao aumento de todas as causas de hospitalizações, mortalidade, maior tempo de permanência no hospital, elevados custos com a saúde e ocorrência de complicações cardíacas (WU et al., 2013).

Outro marcador dos comportamentos de saúde elencado no contexto de cuidar de si é a autogestão, que guarda estreita relação com o autocuidado. A autogestão pode ser definida com uma competência e um processo que as pessoas utilizam numa tentativa consciente de alcançarem o controle da sua doença, em vez de serem controlados por ela (TRIVEDI et al., 2016). A autogestão do paciente com IC trouxe como DO a colaboração deste com os profissionais de saúde no planejamento do cuidado.

A estreita colaboração com os profissionais, ao invés de simplesmente seguir rigidamente a regra prescrita, tem como finalidade minimizar o impacto da doença. As atividades de autogestão envolvem administrar sintomas, enfrentar as consequências físicas e psicológicas intrínsecas, com objetivo de fazer mudanças no estilo de vida e na convivência com a doença (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016). Nessa perspectiva, o suporte de autogestão pode ser uma ferramenta para melhorar a colaboração entre os pacientes, familiares, cuidadores e profissionais da saúde (DEEK et al., 2016).

O marcador resolução de problemas abrange a situação de aprendizagem que envolve a seleção de uma alternativa, entre várias, para se atingir um objetivo específico. A resolução de problemas possibilita o enfrentamento da doença por meio de ações, planejamento, participação ativa e busca de soluções para eventuais ocorrências, a fim de fazer o possível para auxiliar a situação (GRAVEN et al., 2015). Na IC, a resolução de problemas trouxe como DO a busca por apoio social e o estabelecimento de uma rotina de cuidados para si.

A resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas têm sido examinados em diabéticos e pacientes em hemodiálise, com o uso dessas habilidades encontradas independentemente associadas a comportamentos de auto-gestão específicos da doença, como dieta e exercício. Para o paciente com IC, a resolução de problemas contribuiu para melhores comportamentos de saúde, pois os pacientes buscaram apoio social e utilizaram estratégias racionais para solucionar sintomas indicativos de instabilidade hemodinâmica (GRAVEN et al., 2015).

A otimização do autocuidado é um dos focos dos sistemas de saúde no intuito de promover a sobrevivência e o bem-estar, assim como prevenir hospitalizações. A adesão dos pacientes aos comportamentos saudáveis recomendados varia muito e é geralmente pobre. Pesquisa multicêntrica realizada com 5.964 pacientes com IC procedentes dos Estados Unidos, Europa, Austrália e América do Sul buscou identificar os comportamentos de saúde nessa população. Entre todos os participantes, a maioria relatou tomar seus medicamentos conforme prescrito, mas o controle do peso e a realização de atividade física foi baixa. O seguimento do calendário de vacinação e a dieta com baixo teor de sódio apresentaram maior variação entre os países (JAARSMA et al., 2013).

Com a finalidade de contribuir e estimular a adoção de comportamentos saudáveis, as intervenções educativas dirigidas às pessoas com IC incluem diversas estratégias, entre elas: encontros educativos, uso de materiais educativos impressos, visita domiciliar e acompanhamento telefônico, que não somente melhoram o conhecimento da doença pelo paciente, bem como incidem na autogestão de sua enfermidade (RODRIGUEZ-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTES, 2012; SACCOMANN et al., 2014).

A visita domiciliar e a monitorização por telefone já foram testadas com benefícios comprovados para a adoção de comportamentos saudáveis. Na perspectiva da visita domiciliar, essa é uma estratégia que comprovadamente facilita a abordagem dos pacientes e de suas famílias a respeito de orientações sobre a IC e também em relação ao autocuidado. Inclui o reforço e o acompanhamento de orientações previamente fornecidas em internações hospitalares e a avaliação sistemática da adesão ao tratamento e ao reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação (MANTOVANI et al., 2015).

Em ensaio clínico com 200 pacientes randomizados (101 intervenção e 99 controle), as visitas domiciliares e contatos telefônicos para reforço das orientações, em seis meses de acompanhamento, promoveram melhora significativa no conhecimento, autocuidado e desfechos clínicos (MUSSI et al., 2013). Outro estudo destacou os benefícios da visita

domiciliar em questões como controle e manutenção do peso e ingestão hídrica restrita (MANTOVANI et al., 2015).

A associação de contato telefônico com um folheto educativo também apresentou melhora na adesão ao tratamento, qualidade de vida relacionada à saúde e estado psicológico de pessoas com IC (YU et al., 2015).

Outra estratégia educativa utilizada em pacientes com IC é a entrevista motivacional, um tipo de abordagem baseada em aconselhamento centrado no cliente, terapia comportamental cognitiva e terapia cognitiva social, que tem como objetivo desenvolver estratégias que possibilitem a mudança de comportamento (CREBER et al., 2016). Pacientes com IC que receberam a entrevista motivacional tiveram melhorias significativas na manutenção do autocuidado por um período de 90 dias (CREBER et al., 2015), o que destaca a eficácia dessa intervenção para melhores resultados clínicos.

Programas educacionais, tais como treinamentos da gerência do esforço, exercícios e atividades físicas, nutrição e estilo de vida saudável mostraram-se eficazes na adesão de comportamentos saudáveis, bem como na promoção do bem-estar físico e mental (NAVIDIAN et al., 2015).

O uso de teorias para embasar intervenções que promovam comportamentos saudáveis tem sido explorado por pesquisadores Norte-americanos. Uma nova abordagem utilizada tem sido a Teoria da Resposta ao Significado, que envolve as construções de repostas de significado para explicar a compreensão atual do comportamento de tomar medicamentos, por meio da introdução de conexões intencionais entre medicamentos e resposta a sintomas. Desta forma, o paciente é treinado para responder rapidamente e adequadamente às mudanças nos sintomas, o que pode resultar em comportamentos saudáveis (GRANGER et al., 2015).

A Teoria da Autodeterminação promove a autonomia na prática do autocuidado e sugere que três necessidades básicas: competência percebida, motivação autônoma e relação percebida, que determinam os comportamentos humanos. Intervenções adequadas podem ajudar os pacientes a interiorizar sua motivação para adotar práticas de autocuidado, de modo que elas emanem de dentro e não de pressão externa (COSSETTE et al., 2016).

Ainda no escopo das intervenções para promoção de comportamentos saudáveis da pessoa com IC, destacamos o uso de recursos tecnológicos, como a tecnologia de informação e comunicação (TIC) e a engenharia de fatores humanos (EFH). Um exemplo de TIC é o *Motivate4Change*, um programa interativo que estimula o paciente com IC à adesão em atividades físicas e medicação após a alta hospitalar (OOSTEROM-CALO et al., 2014).

Outra TIC utilizada no campo da saúde e que pode ser aplicada aos pacientes com IC é o aplicativo baseado na *Web*, tecnologia de baixo custo que facilita o acesso à educação e melhora as habilidades de autocuidado (BASHI; WINDSOR; DOUGLAS, 2016).

Já a EFH é uma abordagem baseada em sistema sociotécnicos utilizadas para entender e melhorar o desempenho clínico; ela une a engenharia e a engenharia biomédica. Em pesquisa realizada com 30 pacientes norte-americanos a EFH possibilitou a identificação das fontes de barreiras de autocuidado, destacando-o como recurso amplo e eficaz (HOLDEN et al., 2015).

Os resultados dessas intervenções supracitadas mostram que as suas implementações merecem ser consideradas, visando-se reduzir as complicações cardíacas e, assim, evitar internações não planejadas.

5.3 SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DAS CO-PRESENÇAS

Dentre os elementos da vulnerabilidade em saúde, as co-presenças justificam-se na imprescindível correlação da pessoa humana com os outros (HEIDEGGER, 2005), envolvendo tudo aquilo com que lidam, como os vínculos familiares e as relações sociais. Nessa perspectiva, compreende-se o crescente reconhecimento das co-presenças como incentivo à motivação, manutenção e melhor gerenciamento do autocuidado, bem-estar e qualidade de vida da pessoa com IC.

Identificaram-se sete marcadores essenciais da vulnerabilidade em saúde relativos à dimensão das co-presenças, que foram distribuídos e organizados em duas subdimensões: apoio social (suporte emocional, suporte instrumental, suporte informacional e suporte da autonomia) e vínculos familiares (relações familiares, acompanhamento familiar e funcionamento familiar).

5.3.1 Subdimensão: Apoio Social

O apoio social é um conceito multidimensional, com inúmeras definições, embora a grande maioria faça referência à prestação de assistência ou orientação ao indivíduo com alguma necessidade (DURANT et al., 2013). Indica uma variedade de recursos reais ou percebidos disponíveis a um indivíduo por meio de seus laços com outros. Por incorporar

componentes físicos e emocionais e, potencialmente, a qualidade das relações, assume destaque e relevância em uma condição específica como a IC (GALLAGHER et al., 2016).

No contexto da IC, a literatura científica destaca quatro tipos essenciais de suporte social: (1) emocional; (2) tangível ou instrumental; (3) informacional; e (4) para a autonomia (CENÉ et al., 2015; CENÉ et al., 2013; MAEDA et al., 2013). Estes suportes têm sido alvo de programas de gestão multifacetada de doenças crônicas, visto que podem melhorar a qualidade de vida e a gerenciar eficazmente os sintomas das doenças (HEO et al., 2014).

Quando relacionada à IC, a existência do apoio social adequado ajuda a pessoa a percorrer a vida, mostrando-se essencial para o bem-estar físico e emocional, enquanto sua ausência está associada à carga sintomática mais grave, sendo considerada preditora de mortalidade e reinternações frequentes (BARUTCU et al., 2013).

Nos estudos analisados, o suporte emocional envolveu a adoção de medidas de conforto, bem como o alívio de emoções negativas (ZOU et al., 2016; SALES et al., 2013; MAEDA et al., 2013; WODA et al., 2015). Ter uma pessoa (amigo, familiar ou profissionais da saúde) que se disponha a ouvir as preocupações do paciente com IC; compartilhe alegrias e tristezas; motive a família e amigos; ajude a implementar medidas de enfrentamento e gerência do estresse; e que dê informações sobre a existência de grupos de apoio, afeta positivamente os comportamentos de enfrentamento e influi no bem-estar psicológico geral e na qualidade de vida.

Em pesquisa desenvolvida com dez indivíduos com IC, de classes funcionais II e III, os participantes descreveram que a presença de amigos exercia influência positiva no dia-a-dia, pois a companhia amigável evocava o riso, sentimentos de abrandamento e felicidade; fornecia a distração da preocupação; e estimulava os participantes a se juntarem para a realização de atividades físicas e socialização saudável (WODA et al., 2015).

Como se apreende, a vulnerabilidade é processo dinâmico, estabelecido pela interação dos elementos que a compõem, e não apenas por características intrínsecas à pessoa humana (CESTARI et al., 2017). Desta forma, as relações interpessoais estabelecidas no cotidiano das pessoas com IC podem contribuir para o engajamento e tomada de decisões relacionadas aos comportamentos de autogestão da doença.

O suporte instrumental se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos e ajuda financeira (HEO et al., 2014; GALLAGHER et al., 2016; DURANT et al., 2013). Nos estudos selecionados, o suporte instrumental voltado ao indivíduo com IC envolveu atitudes como receber ajuda para

interpretar as prescrições e ter profissionais/cuidadores que participassem na rotina de exercícios com os pacientes.

A presença do apoio instrumental adequado mostrou-se diretamente associado à aderência do tratamento medicamentoso e ao seguimento de uma dieta pobre em sódio em pesquisa realizada com 379 pacientes com IC, acompanhados em um ambulatório nos Estados Unidos (CHUNG et al., 2015). Esse tipo de apoio torna-se particularmente importante quando os indivíduos são incapazes de satisfazer suas próprias necessidades por conta de limitações físicas ou recursos inadequados para lidar com a doença.

Esses achados foram observados em pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, onde os agentes comunitários de saúde notaram que os indivíduos com IC que possuíam rede de apoio social com suporte instrumental adequada não faltavam às consultas clínicas, não sofriam com a falta dos medicamentos prescritos e, em casa, recebiam ajuda para as atividades domésticas diárias (DURANT et al., 2013).

O suporte informacional compreende a oferta de informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e resolvê-los (CENÉ et al., 2013; BAHRAMI et al., 2014). Quando relacionada ao indivíduo com IC, o suporte informacional apresentou-se como: ser informado sobre os recursos da comunidade local, sobre como navegar no sistema de saúde e nas agências de serviços sociais; receber educação em saúde sobre a doença e medidas de autocuidado.

Em pesquisa internacional que teve como objetivo explorar as necessidades informacionais de pacientes com IC, verificou-se que a falta de conhecimento relacionado ao cuidado, a inacessibilidade à fonte responsável de informação e a falta de orientação da equipe de saúde destacam-se como importantes barreiras para o cuidado (BAHRAMI et al., 2014). Esses resultados apontam a premência em se desenvolver programas educativos e de apoio eficazes no intuito de promover maior suporte informacional e, assim, facilitar o cuidado.

A educação em saúde caracteriza-se por ser um instrumento de transformação social e reformulação de hábitos e, quando orientada à pessoa com IC, torna-se uma ferramenta imperiosa para o ensino e aprendizagem dos cuidados voltados para o controle da doença. A utilização desse instrumento auxilia na adaptação do indivíduo frente aos sintomas advindos da doença, evitando complicações; possibilita que o paciente realize a terapia prescrita e esteja apto para solucionar problemas quando confrontados com novas situações (DURANT et al., 2013; BOCCHI et al., 2012). Dessa forma, a educação em saúde permite o

protagonismo de todos os envolvidos no processo educativo, consolidando o saber empírico do indivíduo e propiciando novos saberes.

No escopo da vulnerabilidade como busca da síntese dos contextos de uma dada realidade e como ferramenta para a definição de estratégias de prevenção e promoção da saúde, o delineamento de intervenções ao paciente com IC abarcam respostas mais potentes, buscando o desenvolvimento de processos emancipatórios dos envolvidos, tomando a autonomia como conceito chave.

O suporte para a autonomia ocorre quando profissionais da saúde, familiares, cuidadores ou amigos proporcionam incentivo ao paciente para torná-lo um co-gestor de sua saúde (STAMP et al., 2014). Na IC, o suporte para a autonomia esteve presente em ações que permitiram ao paciente participar do seu regime de cuidados de acordo com a própria percepção de importância; quando era dada ao paciente a liberdade para escolher a melhor terapêutica dentre as oferecidas; e quando profissionais e familiares encorajavam para o autocuidado, de forma que o paciente pudesse sentir que pode cuidar de si, mesmo quando estava sozinho.

O suporte para a autonomia possibilita que indivíduos com IC participem no seu regime de cuidados de acordo com a sua percepção de importância e escolha, em vez de aderirem ao seu regime prescrito devido ao controle de demandas ou ameaças de um familiar/cuidador ou prestador de saúde (GALLAGHER et al., 2016). Outros exemplos desse tipo de suporte são: ouvir a perspectiva do paciente, encorajar a auto-iniciação, oferecer alternativas, minimizar a pressão e aceitar as decisões de saúde do paciente com IC.

O apoio social e seus marcadores mostraram-se relevantes no contexto das co-presenças da pessoa com IC por apresentarem relação positiva com o gerenciamento da doença, manutenção do autocuidado e melhoria da qualidade de vida. Determinar e promover as redes de suporte nessa população deve ser uma parte essencial na prática dos profissionais da saúde, uma vez que auxiliam a adoção de comportamentos em saúde necessários para manutenção do bem-estar físico e emocional desses pacientes.

5.3.2 Subdimensão: Vínculos familiares

A família é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. Em condições de disfuncionalidade, como no caso da IC, o vínculo familiar pode contribuir de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo, por

proporcionar apoio e motivação, vitais para o manejo da doença (KAASALAINEN et al., 2013; ANDREU et al., 2015). Destarte, o apoio familiar pode afetar diretamente a experiência da doença e seu desfecho.

As diretrizes e recomendações nacionais e internacionais de prática clínica sobre o manejo de pacientes com IC inclui, como elemento-chave, educar os pacientes e seus familiares para promover o autocuidado, juntamente com o planejamento da alta hospitalar e acompanhamento domiciliar (BOCCHI et al., 2012; PONIKOWSKI et al., 2016). Acredita-se que as relações familiares são relevantes no processo de readaptação à nova realidade e a compreensão da busca pelo controle da situação geradas pela doença, pois influenciam de maneira significativa as atitudes, crenças e comportamentos da pessoa (WODA et al., 2015). O apoio familiar abrangem propicia, ainda, efeito positivo sobre a qualidade de vida no domínio emocional, melhorando os níveis cognitivos (GALLAGHER et al., 2016) e diminuição do fardo da doença, visto que familiares são vistos como a chave para a recuperação (FRY et al., 2016).

A falta do apoio familiar para pacientes com IC mostrou-se associada ao aumento do número de hospitalizações e da ocorrência de depressão. Ademais, pacientes com IC que vivem sozinhos ou que estão socialmente isolados tendem a ser mais vulneráveis e a apresentar comportamento de autocuidado deficiente (ANDREU et al., 2015).

Ainda que as influências familiares no tratamento da IC sejam consideradas pertinentes para a recuperação da pessoa com IC, existem poucas evidências disponíveis sobre as relações entre o contexto familiar e resultados específicos para pacientes com esta doença (STAMP et al., 2014). A partir da leitura dos artigos selecionados, o apoio familiar envolveu três marcadores interrelacionados: relações familiares, acompanhamento familiar e funcionamento familiar.

As relações familiares podem ser definidas como as interações comportamentais, psicológicas e sociais entre os membros da família (ANDREU et al., 2015; KAASALAINEN et al., 2013). As alterações causadas pelas IC podem gerar rompimento dos laços afetivos independente da estrutura e a dinâmica familiar, comportamento de todos os membros da família e suas crenças e valores (STROM et al., 2015).

Relações familiares adequadas ao paciente com IC incluem poder falar sobre os problemas com a família; ter uma pessoa especial na vida que se preocupe com os sentimentos; ter alguém por perto para ajudar nas necessidades e que seja uma fonte de conforto; ter com quem compartilhar as alegrias e tristezas; e receber ajuda e apoio emocional da família.

No contexto dessas relações, autores destacam o apego como fator protetor de complicações na IC. O apego diz respeito a funções interpessoais que aumentam o senso de segurança emocional, fornecendo um "refúgio seguro" emocional em tempos de angústia e uma "base segura" para iniciar atividade independente. Nessa conjuntura, pesquisa desenvolvida no Canadá com 40 pacientes com IC evidenciou que a relação de apego com o cônjuge é mais protetora quando comparada aos demais membros familiares (MAUNDER et al., 2015).

Um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos com 611 pacientes com IC, onde 303 vivam com familiares e 242 viviam sozinhos ou em uma instituição, corrobora com estes resultados ao destacarem que aqueles pacientes que possuíam um cônjuge ou companheiro de vida apresentaram menor taxa de readmissão e mortalidade e uma maior sobrevida livre de complicações (LU et al., 2016).

O acompanhamento familiar destaca-se como uma forma de suporte social, preditivo de resultados cardiovasculares (CENÉ et al., 2015). Quando relacionado à IC, o acompanhamento familiar abrangeu ter alguém que acompanhe nas consultas, que conheça sobre a doença, para conversar sobre a doença e ter uma família que esteja disposta a ajudar a tomar decisões.

Assim, a família pode partilhar ou assumir a responsabilidade no preparo das refeições com baixo teor de sódio, monitorização regular do peso e/ou podem estabelecer cronogramas de medicamentos e preenchimentos (KAAISALAINEN et al., 2013). Em pesquisa transversal desenvolvida nos Estados Unidos com 379 pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial, verificou-se que a aderência familiar a um programa de redução de sódio na dieta mostrou que viver com um cônjuge ou outro membro da família melhorou a adesão do paciente (CHUNG et al., 2015). Percebe-se, portanto, que as intervenções destinadas à díade paciente-familiar são essenciais para estabilidade do paciente.

O acompanhamento familiar pode influir na adesão do paciente às consultas com os profissionais da saúde. Pesquisa recente objetivou analisar a associação entre o acompanhamento de membros da família às visitas médicas e a manutenção e manejo do autocuidado (CENÉ et al., 2015). Os resultados mostraram associação significativa, o que demonstra a importância em se determinar melhores maneiras de envolver pacientes e familiares durante as visitas médicas.

A estrutura da família e os componentes do funcionamento da família (isto é, a forma como a família se comunica, se adapta a problemas e novas situações e resolve problemas) também podem afetar as respostas psicológicas e comportamentais dos pacientes

com IC, incluindo o autocuidado (DUNBAR et al., 2013). Quando o funcionamento da família não é o ideal, a depressão é a complicação mais frequentemente observada (STAMP et al., 2014).

Nos estudos, o funcionamento familiar de indivíduos com IC mostrou-se atrelado à tomada de decisões em família; ter confiança uns nos outros; poder expressar os sentimentos em família; sentir-se aceito pela família; ter familiares que se envolvam nos problemas ocasionados pela IC; poder recorrer aos familiares em tempos de crise; poder discutir medos e preocupações com familiares; ter uma família que encoraje suas decisões, ofereça alternativas, minimize a pressão sofrida, ofereça alternativas de tratamento e aceite as decisões.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com 117 pacientes com IC, no intuito de examinar a relação entre funcionamento familiar e apoio à autonomia, verificou-se que quanto maior a capacidade da família e do paciente se adaptarem à doença, menor é a ocorrência de sintomas depressivos e melhor a qualidade de vida (STAMP et al., 2014). Este achado aponta para a necessidade de uma maior avaliação familiar para orientar o planejamento de ações focadas na família.

Na concepção humanística que se propõe a discutir a vulnerabilidade, não se buscam elementos transitórios ou ocasionais, e sim, a permanência e proximidade para a constituição de vínculos. O vínculo familiar pode servir como um moderador na atenuação dos efeitos negativos da IC, promovendo ao indivíduo um ambiente facilitador para o enfrentamento da doença. Nessa perspectiva, seus marcadores articulam a concepção de família como uma unidade de cuidado, o que torna imperioso conhecer seu funcionamento e, assim, pensar estratégias capazes de prover o preparo e bem-estar familiar.

5.4 SUBDIMENSÕES E MARCADORES RELACIONADOS À DIMENSÃO DO CUIDADO

5.4.1 Subdimensão: Tecnologias em Saúde

Nesta subdimensão destacamos as tecnologias do cuidado em saúde utilizadas na assistência multiprofissional à pessoa com IC. Salientamos que a tecnologia não se refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também aos saberes acumulados para a geração de produtos e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana (MERHY, 2002).

Mehry (1997, 2002), o trabalho em saúde não pode ser expresso apenas nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois suas ações mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção, operando como tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas em leves, leve-duras e duras; e estão inter-relacionadas de modo a produzir o trabalho vivo em ato. Descrevemos, a seguir, os três marcadores desta subdimensão.

5.4.1.1 Tecnologias leves

São as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Nunca é escassa, pois está sempre em processo, em produção (MERHY, 1997). Nos artigos analisados, as tecnologias encontradas voltadas exclusivamente para o paciente com IC foram as interações diádicas, relações interpessoais e a confiança.

As DO elaboradas a partir das constitutivas: manter bom relacionamento com os profissionais da saúde; existir mutualidade (paciente e cuidador) nos cuidados; compartilhar com o cuidador a responsabilidade por diferentes aspectos de seu tratamento; aceitar ajuda do cuidador ao perceber a deterioração de sua condição; perceber que o profissional de saúde que o acompanha faz o possível para que tenha o cuidado do qual precisa; ter uma equipe multidisciplinar cuidadosa e atenta às suas necessidades; sentir que os profissionais são totalmente honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para sua doença; confiar nas decisões do seu médico sobre os melhores tratamentos para você.

As relações ou interações diádicas configuram quando duas pessoas estão atentas às atividades umas das outras ou delas participam. A literatura sugere quatro categorias básicas de prestação de cuidados: díades orientadas ao paciente, díades orientadas para o cuidador, díades colaborativas e díades complementares. Nos dois primeiros tipos - paciente ou cuidador orientado - ou o paciente ou o cuidador assume a responsabilidade exclusiva para HF cuidados com a aquiescência da outra pessoa. Nos dois últimos tipos - colaborativos e complementares - a díade gerencia juntos. Na díade colaborativa, o paciente e o cuidador trabalham juntos nas mesmas decisões e tarefas para gerenciar o cuidado. Enquanto na díade complementar o paciente e o cuidador negociaram esferas de responsabilidade não sobrepostas (por exemplo, uma gerencia medicamentos enquanto a outra gerencia a dieta) (BUCK; KITKO; HUPCEY, 2013; BIDWELL et al., 2015).

As díades paciente-cuidador são fundamentais para manutenção do autocuidado e gerenciamento da doença, conforme evidenciado por Bidwell et al. (2015) e Chung et al. (2015). Os autores verificaram que a interdependências diádicas formadas influenciaram positivamente a adesão diária ao tratamento, mudança no estilo de vida, monitoramento dos sintomas e reconhecimento apropriado e resposta aos sintomas. Buck et al. (2015) acrescentam que as díades promovem suporte ao paciente, diminuindo a ocorrência de distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, e aumentando a autoconfiança.

Para chegar a esses resultados, Lee et al. (2015) reiteram que a relação diádica deve incorporar o planejamento dos cuidados da IC. Os cuidadores devem contribuir para o autocuidado e auxiliar os paciente a preparar refeições com baixo teor de sódio, desenvolver sistemas para tomar todos os medicamentos conforme prescrição e que sejam incluídos em todas as consultas com os profissionais da saúde.

Aprendemos que as interações diádicas colaboram para o manejo adequado da IC, o que demonstra a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que se proponham a investigar melhor a formação e funcionamento das díades e suas incongruências, no intuito de guiar o planejamento de intervenções que levarão a resultados mais satisfatórios.

As relações interpessoais podem ser definidas como a interação recíproca de duas ou mais pessoas (SAUNDERS, 2014). Ressalta-se que o manejo do indivíduo com doença crônica como a IC requer uma relação efetiva paciente-profissional-sistema de saúde como um todo. Nesse aspecto, a confiança é a base desse relacionamento, visto que representa uma sensação de conforto que vem da crença de que o paciente pode confiar no profissional e na organização para realizar com competência, responsabilidade e de maneira atenciosa os interesses do paciente. Logo, configura-se como um elemento essencial do diagnóstico, tratamento e cura (GUPTA et al., 2014).

Barello et al. (2015) comprovaram que as relações médico-paciente de alta qualidade têm sido associadas a níveis mais elevados de adesão aos planos de tratamento, auto-gestão da doença, maior lembrança de informações importantes sobre o tratamento e melhor estado geral de saúde física e mental. Essas relações tem como base a consulta que reforça a capacidade do paciente para o autocuidado e estimula comportamentos positivos de saúde.

Considerando a vulnerabilidade profunda criada pela doença e pelo tratamento, a relação interpessoal adequada, pautada na responsabilidade, confiabilidade, honestidade e respeito, pode potencializar as ações de cuidado e, assim, promover saúde.

5.4.1.2 Tecnologias leve-duras

Envolvem os saberes bem estruturados/normatizados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo (MERHY, 1997). Foram identificadas as seguintes tecnologias leve-duras: educação em saúde, cuidados paliativos, cuidado sistematizado de enfermagem, engenharia de fatores humanos, terapia cognitivo-comportamental, visita domiciliar, acompanhamento ambulatorial e construção de instrumentos.

As DO elaboradas foram: possuir tratamento individualizado e direcionado para seus sintomas; receber cuidados de profissionais capacitados; receber visita da equipe multiprofissional em seu domicílio; ser acompanhado no ambulatório; participar de atividades educativas com os profissionais; e receber cuidados paliativos.

Frente à dor física e emocional, às decisões médicas complexas e múltiplas hospitalizações sofridas pelos pacientes com IC, os cuidados paliativos surgem como estratégia promissora no enfrentamento dos desafios impostos pela doença. A WHO (2016) define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente à problemas associados a doenças com risco de vida, pela prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos são destinados a melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam doenças que limitam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento; é apropriado ao longo do curso da doença em conjunto com terapias dirigidas a prolongar a vida (METZGER et al., 2013; HANCOCK et al., 2014) e diminuir a carga de sintomas (JORGENSEN et al., 2016). Um modelo colaborativo de atendimento de cuidados paliativos pode atender melhor às necessidades complexas desses indivíduos.

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos buscou descrever as percepções quanto à consulta de cuidados paliativos entre 24 pacientes com IC de fase tardia (METZGER et al., 2013). Por meio das 40 entrevistas semi-estruturadas, os autores constataram que a consulta de cuidados paliativos foi uma manifestação concreta de apoio emocional na forma de estar presente, ouvir, proporcionar segurança; foi um momento onde os profissionais forneceram informações sobre opções de tratamento/cuidados, resultados prováveis de opções e o que esperar. Os pacientes relataram, ainda, que a equipe dos cuidados paliativos estava envolvida em atividades como: advogar para eles com outras instituições e profissionais,

coordenar cuidados, organizar e conduzir reuniões familiares e ajudar na superação de obstáculos.

Apesar de ser um recurso que traz benefícios, uma pesquisa de coorte multicêntrica desenvolvida dos Estados Unidos, com 85 pacientes hospitalizados por IC avançada, a consulta de cuidados paliativos não se mostrou associado ao maior conforto quando comparada aos cuidados habituais (HOPP et al., 2016). Esses achados alertam para a relevância de planejamento e implementação de intervenções mais robustas na consulta de cuidados paliativos, de forma a satisfazer as necessidades do paciente.

Bakitas et al. (2013) recomendam um modelo consistindo em cuidados paliativos concomitante com o cuidado padrão. Os autores afirmam que as barreiras para o encaminhamento oportuno de pacientes com IC para cuidados paliativos incluem incerteza prognóstica, falta de formação de prestadores de cuidados de saúde em cuidados paliativos, atraso de encaminhamento até que todas as terapias de IC tenham sido esgotadas, falta de tomada de decisão partilhada e ausência de planejamento de cuidados avançados.

Apenas uma fração dos pacientes com IC que estão em alto risco de mortalidade recebem serviços da equipe de cuidados paliativos. Grenner et al. (2014) revelaram que, entre janeiro de 2005 a junho de 2010, de 2.647 admissões por IC, cerca de 6% foram encaminhados para consulta de cuidados paliativos, onde os determinantes associados à referência foram: diagnóstico secundário de doença de Alzheimer, recepção de toracocentese, permanência em unidade de terapia intensiva e internações prévias relacionadas à doença. Frente a essa realidade, Dionne-Odom et al. (2014) alertam para a importância do encaminhamento às consultas de cuidados paliativos mais precocemente na trajetória da doença.

A educação do paciente é definida como o processo de influenciar o comportamento e produzir mudanças nos conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para manter ou melhorar a saúde (YU et al., 2015). Os benefícios das intervenções educativas sobre os comportamentos de saúde da pessoa com IC são inúmeros e possibilitam melhor adaptação à doença.

As intervenções educativas dirigidas às pessoas com o IC incluem diversas estratégias, entre elas: encontros educativos, uso de materiais educativos impressos entregues nas sessões, visita domiciliar e acompanhamento telefônico, que não somente melhoram o conhecimento da doença pelo paciente, mas, também, incidem na autogestão (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUN; HERRERA-CORTÊS, 2012). As intervenções podem ocorrer tanto a nível institucional, como no domicílio (FERNANDES et al., 2013) e

direcionadas aos pacientes, familiares ou ambos (TRIVEDI et al., 2016; SHAHRIARI; ALIMOHAMMADI; AHMADI, 2016).

Rodriguez-Gazquez, Arredondo-Holgun e Herrera-Cortês (2012) desenvolveram um programa educativo de enfermagem, com duração de nove meses, nos quais foram feitos encontros educativos em grupo, sessões de tele-enfermagem e visitas domiciliares, com o apoio de cartilhas educativas. Os autores constataram que as pessoas que receberam a intervenção tiveram substancial mudança comparada com o grupo controle.

Outro tipo de intervenção educativa identificado na literatura foi o de apoio à autonomia por meio do uso da teoria da autodeterminação. Dunbar et al. (2013) realizaram educação familiar baseada no apoio à autonomia em 117 díades (paciente-família) no intuito de reduzir o sódio dietético e aumentar a adesão ao regime terapêutico. O suporte, caracterizado pela empatia, escolha, resolução de problemas e controle da linguagem resultou no controle da glicose nos diabéticos, perda de peso, cessação de tabagismo e adesão à medicação. Contudo, o efeito da intervenção durou três meses, o que indica a necessidade de intervenção mais prolongada para manter a mudança de comportamento.

O uso de modelos cognitivos também é válido para sustentar intervenções educativas. Nesse escopo, o modelo CAP (conhecimento-atitude-prática) postula que indivíduos adquirem conhecimentos relacionados a uma prática e, com esse conhecimento, desenvolvem uma atitude positiva que, por sua vez, induz mudanças de comportamento. O desenvolvimento de estratégias educativas fundamentadas no CAP mostrou-se eficaz na influência de comportamentos dos pacientes aumentando seus conhecimentos, conscientização da doença e estratégias de autogestão (YU et al., 2015; REILLY et al., 2015; NAVIDIAN et al., 2015).

A terapia cognitivo-comportamental baseia-se na hipótese de vulnerabilidade cognitiva como modelo de transtorno emocional. É uma abordagem focada no problema atual do paciente e explica que o que nos afeta é a forma na qual interpretamos os acontecimentos. É uma terapia que se mostrou eficaz para reduzir ocorrência de depressão, ansiedade e fadiga, melhores funcionamento social e qualidade de vida relacionada à saúde (FREEDLAND et al., 2015).

A educação terapêutica do paciente ajuda o paciente a adquirir ou manter as habilidades necessárias para melhor gerenciar suas vidas diante de uma condição crônica, como a IC. Faz parte das recomendações para o tratamento da doença e exige a participação ativa do paciente nos processos de cuidados e acompanhamento da doença. Essa estratégia

melhora as relações de cuidado entre os profissionais de saúde e entre estes e os pacientes e seus familiares (GARBACZ et al., 2015).

Ainda na perspectiva de intervenções educativas para o autocuidado, destacamos o uso da teoria da resposta ao significado, que adicionam às teorias existentes conexões intencionais entre medicamentos e resposta a sintomas. Essas associações podem ser usadas para reformular a medicação, levando de "carga" e "trabalho" para responsabilidade compartilhada e parceria com os prestadores de cuidados (GRANGER et al., 2015).

Outra teoria utilizada para embasar intervenções educativas é a da autodeterminação, destinada a promover autonomia na prática do autocuidado por meio de três necessidades básicas: competência percebida, motivação autônoma e relação percebida. A primeira necessidade, a "competência percebida" para realizar autocuidado, pode ser melhorada através da educação dos pacientes e do fornecimento de informações, bem como oferecer oportunidades de prática - por exemplo, o cálculo da ingestão de líquidos e sais. A segunda necessidade, "motivação autônoma", refere-se ao desejo de realizar atividades de autocuidado para si mesmo, e não a pedido de outros. A terceira necessidade, "relação percebida", é um fator chave no presente estudo. Relacionamento refere-se a uma necessidade humana universal de se conectar e ser apoiado por outros (COSSETTE et al., 2016). A teoria mostrou-se ser um meio viável e aceitável de apoio à prática do autocuidado em pacientes com IC.

Tendo como enfoque o raciocínio clínico, compreendido aqui como os processos mentais envolvidos no atendimento aos usuários dos sistemas de saúde, lançamos mão de práticas assistenciais sistematizadas. Na enfermagem, o cuidado sistematizado por meio da utilização das taxonomias ganha espaço com vistas a uniformizar uma linguagem que classifique a avaliação diagnóstica, as intervenções e os resultados esperados mediante uma abordagem de enfermagem baseada em evidências (LINHARES et al., 2016).

Azzolin et al. (2012) relatam que o consenso entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem subsidiam a prática clínica e o processo de cuidado. Seja o cuidado de enfermagem planejado e implementado por meio da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) ou pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013), apreendemos que a sistematização possibilita o tratamento individualizado e direcionado para os sintomas do indivíduo e facilita o pensamento crítico, raciocínio clínico e a tomada de decisão.

O acompanhamento ambulatorial consistente, pautado no apoio ao processo de adaptação da condição crônica e em ações emancipatórias, abrange a adoção de recursos que

favoreçam melhor qualidade de vida. Para Conceição et al. (2015) e Selim et al. (2015) quando o acompanhamento ambulatorial conjunto (médico e enfermeiro) é realizado, o paciente apresenta manejo e confiança do autocuidado satisfatórios. Ademais, aumenta a probabilidade de níveis elevados de FEVE e diminui as reinternações por complicações da doença (ARANOW et al., 2012).

Estudo realizado com 382.118 pacientes alemães com IC indicou que o acompanhamento ambulatorial orientou a prática de diretrizes médicas apropriadas, menos hospitalizações, melhor adesão aos tratamentos e menor uso de departamentos de emergência (VOGT; KOLLER; SUNDMACHER, 2016). Esses dados evidenciam o acompanhamento ambulatoriais como um fator chave para assegurar o manejo adequado dos pacientes.

No contexto da saúde, cultura e aspectos sociais da pessoa com IC, a visita domiciliar ganha espaço por se constituir como uma prática clínica implementada em ambiente real (MUSSI et al., 2013; SAUNDERS, 2014). O cuidado domiciliar inclui o reforço, o acompanhamento e a reavaliação de orientações previamente fornecidas sobre a doença e o autocuidado, a adesão aos medicamentos prescritos e, principalmente, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação pelos pacientes e seus familiares/cuidadores (AZZOLIN et al., 2012).

Autores corroboram que o cuidado domiciliar está associado a custos de saúde significativamente menores, atribuível ao manejo eficaz da doença e, assim, menos ocorrência hospitalização (STEWART et al., 2012); número menor de mortes por todas as causas e menos dias de internação hospitalar a longo prazo (STEWART et al., 2014); e ao reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação (MANTOVANI et al., 2015).

Sales et al. (2013) desenvolveram um programa de treinamento de cuidadores no domicílio para a coordenação do cuidado e gestão da IC. A proposta incluía a monitorização e gestão de fluidos (gestão do congestionamento clínico e monitorização hemodinâmica), modificações terapêuticas sustentadas (otimização da prescrição e doses de fármaco) e educação do paciente (melhora da adesão à medicação, dieta e autogestão). O programa resultou em mudanças no comportamento de saúde e menor ocorrência de complicações da doença.

Pesquisa desenvolvida com 200 brasileiros revelou que, após seis meses de visitas domiciliares e contatos telefônicos, a intervenção melhorou significativamente o conhecimento e o autocuidado (MUSSI et al., 2013). O acompanhamento no domicílio possibilita, ainda, a conscientização e mudanças de atitudes frente à doença (NAVIDIAN et

al., 2015) e implementação de cuidados paliativos (SHALEN; BOMAN; BRANNSTROM, 2016).

O desenvolvimento de instrumentos é válido como tecnologia por possibilitar a organização de estratégias abrangentes e sensíveis ao contexto no qual o indivíduo está inserido. Partindo dessa premissa, vários instrumentos, como escalas e questionários, são criados e validados para pacientes com IC. O uso dessas ferramentas pode padronizar e subsidiar as decisões dos profissionais da saúde.

Identificamos alguns instrumentos, como: escala rápida de triagem para avaliar as necessidades de apoio do paciente com IC em cuidados paliativos (WALLER et al., 2013); modelo prognóstico para prever mortalidade, uso e custos dos recursos médicos (LI et al., 2014; WIJEYSUNDERA et al., 2014); questionário de conhecimentos da IC (BONIN et al., 2014); modelo de rentabilidade de medicamentos (GRIFFITHS et al., 2014); modelo de análise econômica de intervenções de gerenciamento de pacientes com IC (REED et al., 2015); questionário sobre o bem-estar física subjetivo (TAHIROVIC et al., 2015); manejo de comorbidades (STEWART et al., 2016); instrumento de avaliação e gerenciamento dos cuidados (BANOFF et al., 2016); mensuração de contribuições dos cuidadores (HARKNESS et al., 2016).

Percebemos que o cuidado bem estruturado ampara o indivíduo com IC, por viabilizar sua capacidade para lidar e se adaptar à complexidade dessa síndrome. Salientamos, portanto, a relevância de aprofundamento teórico e científico para apoiar as decisões clínicas e sistematizar a assistência.

5.4.1.3 Tecnologias duras

Abrange os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 1997). As tecnologias duras voltadas para o paciente com IC são: sistema de gestão de doenças e apoio à decisão clínica, *eHealth*, criação de websites, uso de suporte circulatório mecânico e dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca.

A partir das tecnologias duras, elaboramos as definições operacionais: faz ou faz uso de suporte circulatório mecânico; fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca; ser monitorado em sua residência; receber telefonemas dos profissionais da saúde para acompanhamento de sua condição; receber telemensagens com dicas sobre como manter boa saúde; e ter acesso a websites que contenham informações sobre a IC.

Sistemas de informação para computadores podem integrar informações clínicas dos pacientes e prover apoio para tomada de decisão de cuidados. Para Viers et al. (2013), o sistema de apoio à decisão clínica é um *software* baseado em cuidados de saúde que auxiliam médicos e enfermeiros na tomada de decisões e desenvolvimento de solução, podendo ser utilizado em situações complexas.

Apesar dos benefícios, Kraai et al. (2016) citam como barreiras para o uso do software envolvem: experiência anterior com sistemas de computador disfuncional, potenciais danos à relação médico-paciente, responsabilidades pouco claras, ameaças à autonomia dos clínicos e carga de trabalho extra.

O uso de tecnologias para tratamento e gerenciamento de sintomas tem sido amplamente discutido na literatura científica nacional e internacional. A *eHealth* (eSaúde) consiste na utilização das TIC em saúde para promover saúde. Um dos elementos do eSaúde é *mobile health* (saúde móvel) ou *mHealth*, que se baseia na prática médica ou de saúde pública mediada por dispositivos móveis, tais como telefones celulares, dispositivos de monitoramento e assistentes digitais pessoais (WHO, 2011).

A saúde móvel é uma ferramenta potencialmente útil por oportunizar às pessoas o gerenciamento adequado da doença, pois facilita a rotina de auto-monitoramento. A telemonitorização por um período de 70 meses de 541 pacientes Norte-americanos com IC reduziu significativamente a probabilidade de admissão por todas as causas, readmissão de 30 e 90 dias e custo dos cuidados (MAENG et al., 2014).

A monitorização telefônica para gerenciamento de fatores de risco usando chamadas de resposta de voz interativa foi outro exemplo de *mHealth* identificado na literatura. Piette et al. (2015) realizaram uma pesquisa com 331 pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial. Os pacientes foram acompanhados por um período de 12 meses, com chamadas semanais de resposta de voz interativa, incluindo perguntas sobre sua saúde e auto-gestão. Com base nas respostas dos pacientes, eles recebiam conselhos sobre auto-gestão individualizados de uma equipe multidisciplinar. A intervenção melhorou a adesão dos pacientes e a comunicação com o cuidador, além do controle de sinais e sintomas da doença, como dispneia e ganho de peso.

O uso de dispositivos para monitorar sinais vitais de pacientes com IC tem se mostrado benéfico por permitir maior acesso aos cuidados, indica previamente exacerbações da doença, aumenta os níveis de conhecimento acerca da doença e nuances (HALL et al., 2014). Na China, o acompanhamento telefônico esteve atrelado aos comportamentos de saúde de pacientes com IC, além de melhorar o bem-estar psicológico (YU et al., 2015).

No escopo das doenças cardíacas, a telecardiologia ou telemetria cardíaca é o uso de tecnologias de informação que permitem prolongar a sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e reduzir custos na saúde (PÉREZ-RODRIGUEZ et al., 2015). Essa tecnologia pode ser aplicada tanto nas instituições de saúde como na residência do paciente.

Em ambiente hospitalar, destacamos o *E-care*, uma plataforma comunicativa inteligente desenvolvida e implantada por Andrès et al. (2015) em um hospital universitário da França. O sistema foi implantado numa unidade de 20 leitos, onde transmitia o sinal do eletrocardiograma, sons cardíacos, peso, pressão arterial, saturação de oxigênio e ergonomia do paciente por meio de sensores não-invasivos. Para cada paciente, o *E-care* processava em tempo real os dados pessoais coletados pelos sensores, analisando-os em conjunto com as ontologias de domínio que descrevem suas patologias, medicamentos e sintomas. Os autores constataram que o sistema proporcionou auxílio aos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, por fornecer o processamento automatizado dos dados transmitidos pelos sensores na detecção de comprometimento cardíaco.

Para exemplificar um programa de telemetria cardíaca desenvolvido na residência de pacientes com IC, destacamos o estudo de Pérez-Rodriguez, realizado no México. Os autores monitoraram pressão arterial, frequência cardíaca e peso corporal de 40 pacientes com IC, por meio de sensores equipados com sistema bluetooth para transmissão de voz e dados. Quando os parâmetros excediam o valor de referência, os profissionais indicavam mudanças na dieta e/ou tratamento, no intuito de retardar o progresso da descompensação, evitando internações desnecessárias para a sala de emergência. Durante o período de 12 meses de seguimento, nenhum paciente necessitou de cuidados de emergência.

No entanto, o sucesso depende em grande parte da proximidade da tecnologia com as necessidades e preocupações dos pacientes e dos seus prestadores de cuidados de saúde (RADHAKRISHNAN; JACELON; ROCHE, 2012; BLUM et al., 2014). A telessaúde contribui com avaliações objetivas, informações oportunas sobre o estado do paciente, gera sensação de segurança e responsabilidade no paciente. As barreiras para o uso da telessaúde incluíram o treinamento inadequado do pessoal, falta de diretrizes para o encaminhamento dos pacientes e integração da estratégia no fluxo de trabalho dos profissionais, falta de confiança na técnica. Hall et al. (2014) acrescentam como barreiras o custo financeiro, problemas de acesso, desconfiança da tecnologia e confiabilidade na gestão. A saúde móvel é um meio eficiente para gerenciar os pacientes, aumentando o acesso aos cuidados, especialmente quando surgem sinais de alerta de uma exacerbação iminente da condição do paciente.

A internet é uma excelente ferramenta interativa virtual para promover saúde. Na pesquisa de Cavalcanti et al. (2014), o *website* mostrou-se como intervenção alternativa para o aumento da adesão e melhoria da qualidade de vida de pacientes com IC, por possibilitar a divulgação de informações e educação da população.

Na tentativa de identificar pacientes em risco de hospitalização, os dispositivos de estimulação cardíaca, como desfibriladores de cardioversão implantáveis e os de ressincronização cardíaca, coletam uma série de parâmetros de diagnóstico que tem o potencial de sinalizar risco de descompensação hemodinâmica (RICKARD et al., 2015).

Sharma et al. (2015) acompanharam 775 pacientes com IC com esses dispositivos no intuito de estratificar risco de hospitalização pela doença. Os parâmetros coletados pelo dispositivo incluíram atividade e frequência cardíaca diurna e noturna, taquicardia atrial/fibrilação atrial, taxa média de taquicardia/fibrilação, porcentagem de estimulação dos dispositivos, número de choques e impedância intratorácica. Os dispositivos destacaram-se como métodos eficazes na estratificação de pacientes com risco de hospitalização.

Ainda na conjuntura das tecnologias duras, apontamos para o emprego do suporte circulatório mecânico (SCM). Em pacientes com diagnóstico terminal de insuficiência cardíaca refratária não responsiva a terapêutica farmacológica e com prognóstico reservado, é indicada a realização do transplante cardíaco (TC). Quando uma criteriosa seleção é utilizada para a escolha do doador e do receptor, há um significativo aumento na sobrevida, na capacidade de exercício, no retorno ao trabalho e na qualidade de vida (BARBARA et al., 2013).

Contudo, ante o descompasso entre potenciais doadores e doações efetivas e diante da necessidade de correção imediata da instabilidade hemodinâmica, o transplante torna-se inviável, o que determina a utilização de um SCM, sendo este, em muitos casos, a única chance de sobrevida. A assistência circulatória pode ser definida como o conjunto de técnicas e equipamentos capazes de manter as condições hemodinâmicas dos pacientes por períodos prolongados e substituir total, ou parcialmente, de forma temporária ou definitiva, as funções de bombeamento do coração (RAMIREZ; RILEY; JOYCE, 2016).

Os SCM podem ser classificados em quatro categorias: aparelhos de contra-pulsção (balão de contra pulsção aórtico); funcionamento centrífugo (dispositivo *Extracorporeal Membrane Oxygenation* – ECMO – e os Dispositivos de Assistência Ventricular – DAV); fluxo pulsátil; e fluxo axial (GELAPE; PHAM, 2012). Independente dos tipos suporte, estes são utilizados como ponte em cinco situações: decisão, candidatura, transplante, destino e recuperação (CANÊO et al., 2015).

O balão intra-aórtico (BIA) é o dispositivo de suporte circulatório mais amplamente utilizado em cirurgia cardíaca, por resultar em uma relação oferta/demanda mais favorável ao coração em falência (BOCCHI et al., 2012). A indicação principal é o uso perioperatório no tratamento do baixo débito cardíaco refratário ao suporte inotrópico usual. Em estudo de coorte retrospectivo com 80 casos de pacientes com IC que necessitaram do BIA no trans ou pós-operatório de cirurgia cardíaca, a sobrevida em um ano foi de 43,6% (PIVATTO JÚNIOR, 2012), demonstrando uma boa sobrevida em médio prazo.

O efeito hemodinâmico e metabólico do BIA e seu impacto sobre a mortalidade em 30 dias em pacientes com IC foi avaliado em estudo retrospectivo, unicêntrico, realizado no Brasil. Foram analisadas as variações na saturação venosa central de oxigênio, lactato arterial e uso de fármacos vasoativos 48 horas após inalação do dispositivo. Nas primeiras 48 horas de utilização, o BIA promoveu mudanças no uso de fármacos vasoativos e melhora da perfusão tecidual, mostrando-se como opção eficaz de SCM em pacientes candidatos a TC (BEZERRA et al., 2016).

O BIA também é uma opção válida como suporte para o DAV. A estabilização com BIA como ponte para DAV foi avaliada em pesquisa desenvolvida por Sintek et al. (2015), onde os autores confirmaram ter efeitos benéficos em alguns parâmetros hemodinâmicos e, assim, a melhora da performance cardíaca.

A IC refratária representa cerca de 10% dos pacientes e está relacionada à baixa qualidade de vida e múltiplas internações. A taxa de mortalidade desses pacientes gira em torno de 50% em um ano, sendo o transplante cardíaco o tratamento definitivo (KNOBEL; BISELLI; FERNANDES, 2016). Nesse cenário, é crescente o interesse pelo uso dos DAV em pacientes com necessidade de estabilidade hemodinâmica, reverter disfunções orgânicas causadas pela IC refratária e aumento da sobrevida enquanto aguardam um doador compatível.

Apesar da existência de complicações associadas aos DAV, como sangramento, infecção e arritmias (SEN et al., 2016), o do DAV como ponte para transplante está relacionado a uma taxa de 70% de sobrevivência, por promover estabilidade clínica e hemodinâmica, além de possibilitar a recuperação de órgãos-alvo e tornar o paciente elegível para o TC (MANKAD et al., 2012; AYUB-FERREIRA et al., 2016).

Uma outra técnica de suporte cardíaco que está em ascensão Brasil é a ECMO, que tem como finalidade auxiliar o pulmão e/ou o coração, quando os mesmos entram em falência não responsiva às terapias convencionais. É um procedimento não fisiológico e de

grande complexidade, associado à diminuição da mortalidade intra-hospitalar (KARAGIANNIDIS et al., 2016), melhora da sobrevida precoce e tardia (LIMA et al., 2015).

A partir dos artigos analisados, averiguamos que as inovações tecnológicas empreendidas no cuidado ao paciente com IC trouxe notáveis contribuições para a sobrevida e melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, o uso das tecnologias duras deve ser estimulado, principalmente quando associadas ao bem-estar e conforto dos pacientes.

5.4.2 Subdimensão: Custos de saúde

O ônus da IC é significativo quando consideramos que quase 50,0% de todos os pacientes internados com a doença são readmitidos dentro de 90 dias após a alta hospitalar e que essa readmissão é um dos principais fatores de risco para morte nesta síndrome (AXON et al., 2016). A partir da literatura consultada os marcadores elencados para essa subdimensão da vulnerabilidade foram: internações hospitalares, cuidado formal, cuidado informal, terapia medicamentosa e despesas pessoais.

O custo relacionado aos cuidados com a doença, principalmente à internação hospitalar, é bastante elevado, independente da sua apresentação – IC com fração de ejeção reduzida, na faixa média ou preservada (MESQUITA et al., 2017). Nos Estados Unidos, as despesas com a doença giram em torno de 33,2 bilhões de dólares ao ano e tem aumentado significativamente. Estima-se que nos próximos dez anos haverá crescimento de mais de 50,0% nas taxas de pacientes com mais de 75 anos, o que reitera a IC como doença de crescente ônus para os provedores de saúde (GREINER et al., 2012; SHAN et al., 2016).

Pesquisa transversal Norte-americana revelou que a idade mais jovem, maior percentual de obesidade, fibrilação atrial, doença pulmonar, distúrbios de fluidos / eletrólitos, insuficiência renal e maior número de procedimentos cardíacos / não cardíacos foram observados em estadias com custos mais altos (ZIAEIAN et al., 2015). Os autores reiteram que a compreensão dos fatores do paciente e do sistema de saúde associados às hospitalizações de gastos maiores pode auxiliar os pesquisadores de serviços de saúde e decisores políticos a desenvolver estratégias para fornecer cuidados de alta qualidade e orientados pelo valor.

No Brasil, Kaufman et al. (2015) revelam que, no período de 2001 a 2012, a média de permanência do paciente com IC foi de 5,8 dias em 2001 para 6,6 dias em 2012; a taxa de mortalidade esteve em ascensão, iniciando com 6,6% em 2001 e chegando a 9,5% em

2012 (aumento de 46,1%). O custo da autorização para internação hospitalar (AIH) média aumentou de R\$519,54 em 2001 para R\$1.209,56 em 2012 (aumento de 132,8%).

Dentre os tipos de cuidado, o formal provê cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função de sua profissão e competência originadas de treinamentos específicos. Os cuidadores formais recebem compensação financeira por seus serviços (JOO et al., 2015). Dentre os custos com cuidados formais, pesquisas apontam que as clínicas multidisciplinares especializadas no cuidado ao paciente com IC podem potencialmente resultar em cuidados mais eficazes em termos de custos (WIJEYSUNDERA et al., 2014).

Já o cuidador informal provê cuidados e assistência para outros, mas sem remuneração. Autores corroboram que o cuidado informal é uma expressão de amor e carinho de membros familiares e amigos (JOO et al., 2015). Os cuidadores informais estão integralmente envolvidos no manejo da IC, particularmente quando os pacientes experimentam sintomas mais graves (RETRUM; NOWELS; BEKELMAN, 2013).

Ter apoio de familiares, amigos ou vizinhos para a realização do cuidado é essencial para o paciente com IC, pois a doença possui elevado potencial incapacitante, seja físico ou psicológico.

Para pacientes com estágios avançados da doença, a melhoria dos cuidados médicos pode levar a uma maior expectativa de vida, mas os pacientes podem não ser capazes de realizar atividades de vida diária e precisam de cuidados formais e informais. Assim, menores taxas de mortalidade podem aumentar a necessidade de cuidados formais e informais. O cuidado informal intensivo pode ajudar a reduzir as taxas de hospitalização e reduzir os custos médicos diretos, mas pode levar a uma maior carga informal de cuidados. Por exemplo, a adesão às diretrizes de tratamento da insuficiência cardíaca pode diminuir as taxas de hospitalização, mas pode exigir mais uso de cuidados informais. Em pesquisa desenvolvida com 943 americanos com IC não institucionalizados, O custo do cuidado informal foi substancial e deve ser incluído na estimativa do fardo econômico da insuficiência cardíaca (JOO et al., 2015).

Com relação à terapia medicamentosa, inúmeros fármacos são utilizados como estratégia de tratamento da IC. Apesar das múltiplas opções de tratamento farmacológico com a capacidade de melhorar o prognóstico dos pacientes, a doença ainda apresenta morbidade e letalidade elevadas (LEE et al., 2014). Nesse escopo, é válida a busca por medicamentos com valores aceitáveis e que melhorem a sobrevida dos pacientes.

Nessa perspectiva, inúmeros fármacos são avaliados quanto ao seu custo-benefício. O bloqueio de aldosterona com eplerenona diminuiu a mortalidade e hospitalização

em pacientes com sintomas leves. A relação custo-eficácia da eplerenona no tratamento destes doentes no Reino Unido e na Espanha foi avaliada na pesquisa de Lee et al. (2014). Os autores verificaram que a eplerenone diminuiu os custos em saúde e aumentou a qualidade de vida dos pacientes, sendo considerada a terapia média ideal e rentável.

Outra terapêutica que teve a relação custo-eficácia avaliada foi a Ivabradina, medicamento específica para redução do ritmo cardíaco. Griffiths et al. (2014) estimaram a rentabilidade do medicamento e seus resultados sugeriram que sua utilização foi 95% mais rentável e o paciente apresentou melhor qualidade de vida.

Um ponto importante do tratamento farmacológico destacado por Griffiths et al., (2014) é o controle inadequado da doença, seja pela oferta excessiva de medicamentos, que pode aumentar os custos de saúde e riscos de toxicidade, como o fornecimento inadequado, que pode levar à ocorrência de descompensação hemodinâmica, aumento do risco de hospitalização e morte e IC é uma doença que requer a mobilização de uma quantidade considerável de recursos. A quantificação do uso de recursos de atenção à saúde na Espanha foi avaliada por Delgado et al. (2014). Os autores acompanharam 374 pacientes com IC sintomática por um período de 12 meses e verificaram que o maior custo foi com o cuidado informal (59,1% a 69,8%), seguidos pelos cuidados de saúde (26,7% a 37,4%) e profissional (3,5%). Dos custos totais de saúde, o maior item correspondia aos custos hospitalares, seguidos de medicação. Em estudo desenvolvido com 197 pacientes hospitalizados em hospital universitário de Atenas, a maior parte das despesas (79%) foi atribuída à hospitalização (enfermaria), enquanto as investigações laboratoriais e tratamento médico representaram 17% e 4%, respectivamente (PARISSIS et al., 2015).

Em estudo desenvolvido na Suécia com 208 pacientes hospitalizados por IC, após 8 a 12 anos de seguimento, 72% morreram (mediana de sobrevivência de 4,6 anos). Os principais fatores que impulsionaram a despesa em saúde foram as internações não cardíacas (40%) e cardíacas (29%), as visitas aos centros de atenção primária (16%) e os ambulatórios hospitalares (15%). Em média, as despesas de saúde foram de 36.447 euros por paciente durante o acompanhamento. O custo médio anual por paciente foi de cerca de 5.700 euros, em contraste com o consumo estimado de cuidados primários e hospitalares na população em geral: 1.956 euros em 65-74 anos e 2.701 euros em 75 a 84 anos (MEJHERT et al., 2013).

Hospitais são penalizados financeiramente por altas taxas de readmissão de 30 dias para diagnósticos específicos, incluindo insuficiência cardíaca. O imperativo econômico existe para melhor gerenciar a população com insuficiência cardíaca e os prestadores de

cuidados agudos precisam de ferramentas adequadas para auxiliar seus esforços (BANOFF et al., 2016; HOLLINGWORTH et al., 2016).

No intuito de avaliar o custos e uso de recursos médicos dispendidos no cuidado ao paciente com IC, Li et al. (2015) proporam a criação de um modelo linear generalizado para examinar o impacto relativo da IC. Os autores constataram que o aumento de escores no modelo estava associado a mais hospitalização, mais dias de internação, maiores custos de internação e custos médicos totais.

Nesse cenário, é relevante destacar o desenvolvimento e uso de tecnologias que permitam o fornecimento de informações mais específicas para os profissionais de saúde, tendo como intuito a detecção precoce de exacerbações da IC, estímulo ao autocuidado e melhorar o conhecimento do paciente sobre a doença (YU et al., 2015; REILLY et al., 2015; ANDRÈS et al., 2015; KRAAI et al., 2016). A telemetria cardíaca, uso sensores cardíacos, aplicativos educativos são exemplos de tecnologias emergentes que oferecem oportunidades para diminuir as demandas quanto os encargos associados ao autocuidado. Ademais, estão associadas à redução das taxas de rehospitalização, mortalidade e custos em saúde (HALL et al., 2014; BLUM; GOTTLIEB, 2014; PÉREZ-RODRIGUES et al., 2015).

As tecnologias de análise econômica, que envolve programas de gerenciamento da doença, pode influenciar o uso de recursos médicos e a sobrevivência ajustada à qualidade. Segundo Reed et al. (2015), essas ferramentas possibilitam a condução de análises de custo-efetividade a longo prazo de programas de manejo da IC.

No que tange às despesas pessoais, a IC gera múltiplos encargos financeiros para as famílias. A doença impõe ao paciente a necessidade de reprogramação financeira de forma permanente, alterando não só a rotina deste, como de toda a família (OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Nos Estados Unidos, as famílias que cuidam de membros que têm doenças crônicas relataram que gastavam mais de 10% de seus rendimentos anuais em despesas pessoais para serviços de saúde. Entre os que têm baixos rendimentos, 37% relatam preocupações com as facturas médicas familiares, sublinhando as limitações do seguro privado, por si só, para proteger as pessoas dos elevados custos do tratamento de doenças crônicas (PIAMJARIYAKUL et al., 2015).

Em particular, os pacientes com IC e suas famílias muitas vezes pagam mais para o seguro (plano) de saúde para cobrir seus serviços de saúde múltiplos e especializados, o que pode colocar um encargo desproporcional (SHAHRIARI; ALIMOHAMMADI; AHMADI, 2016). As despesas pessoais também podem incluir suprimentos de cuidados domiciliários compra de medicamentos prescritos necessários, necessidades dietéticas específicas, como

alimentos com baixo teor de sódio e custos de transporte para os serviços de saúde (PIAMJARIYAKUL et al., 2014).

Numa época em que os recursos de saúde se tornam ainda mais escassos e os sistemas de saúde têm de gerenciar os serviços de saúde da maneira mais eficiente, particularmente quando se consideram síndromes com prevalência significativa e grandes gastos como a IC, a implementação de políticas de saúde adequadas parece imperativa (PARISSIS et al., 2015).

5.4.3 Subdimensão: Serviços de saúde

A partir da literatura estudada, a subdimensão Serviços de Saúde, envolveu cinco marcadores relacionados: acesso aos serviços de saúde, confiança no sistema de saúde, fragmentação do cuidado, continuidade relacional e alta hospitalar planejada.

O acesso aos serviços de saúde é objeto de análise na literatura nacional e internacional (ASSIS; JESUS, 2012; ZOU et al., 2016). No Brasil, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. Considerando que acesso é um conceito complexo, abordando dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica) e específicas (disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade (ASSIS; JESUS, 2012).

As DO relacionadas ao acesso aos serviços de saúde foram: ter uma instituição de saúde na sua regional; observar que o funcionamento do sistema de saúde é seguido pelos profissionais; a instituição de saúde facilita a marcação de consultas, realiza o acolhimento, encaminha o paciente para outras instituições, possui profissionais capacitados e recursos para prestar cuidado de qualidade; na instituição há possibilidade do atendimento a consultas não-agendada; e receber do sistema de saúde as medicações prescritas.

Close et al. (2013) alertam que as barreiras individuais, organizacionais e atitudinais limitam o acesso dos pacientes com IC aos serviços de saúde. No que tange às organizacionais, remetemos à relação de confiança que deve existir entre a instituição/organização de saúde e paciente e familiares.

Para Gupta et al. (2014) o sistema de saúde deve fazer o possível para melhorar saúde e qualidade de vida dos pacientes; deve possuir profissionais capacitados, que assistam o paciente em sua integralidade; e tem o compromisso de ofertar o mesmo tratamento médico, independente de raça, etnia, posição social.

Dentro desse contexto e tendo como meta o melhor seguimento do paciente com IC, Bocchi et al. (2012) e Simmonds et al. (2015) corroboram que o sistema de saúde, a instituição e os profissionais devem ser capazes de fornecer assistência integral ao paciente, levando em consideração o conjunto de determinantes: biológico, psicológico e social.

Atrelada à integralidade do cuidado, a continuidade relacional voltada para o paciente com IC caracteriza-se pela relação contínua dos cuidados clínicos e a estratégias de gestão da doença, como ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar que favoreça o acesso aos serviços de saúde e que haja integração entre esses profissionais (SIMMONDS et al., 2015). Assim, a continuidade garante a qualidade assistencial e diminuição dos custos, beneficiando pacientes, familiares e o próprio sistema de saúde.

Outro marcador relativo à subdimensão em análise e essencial no manejo da doença é a alta hospitalar. Esta constitui o momento pelo qual o paciente deve receber cuidados contínuos no ambiente extra-hospitalar e/ou a nível ambulatorial (BOCCHI et al., 2012). É indispensável o planejamento de um plano de cuidados ao paciente que se encontra em iminência da alta, no intuito de permitir transferência segura deste para seu domicílio, minimizando possíveis dificuldades, reinternações, assim como para ter maior controle de custos pela prevenção de internação prolongada e desnecessária (LASKEY et al., 2015).

Nessa perspectiva, a alta hospitalar necessita de planejamento com ênfase na multidisciplinaridade, onde o trabalho em equipe representará o diferencial na assistência ao paciente com IC. Para tal, o plano de alta deve conter informações relativas aos sinais e sintomas da doença, alimentação, ingesta hídrica, sono, repouso, autocuidado. Por meio de orientações simplificadas, claras e objetivas, de forma a possibilitar a compreensão do paciente e família (SOUZA; QUELUCI, 2014)

É imperativo que o paciente faça parte do planejamento da alta e que tenha a data de retorno marcada. O agendamento de consulta no período imediato de pós-alta (nos primeiros 30 dias) é marcador internacionalmente aceito de qualidade assistência. No entanto, a periodicidade das consultas não é aspecto definido pela literatura, contudo, estudos sugerem que acompanhamento intensivo por médicos ou enfermeiros pode reduzir a morbidade da doença (BOCCHI et al., 2012; BHATTARAI; HICKMAN; PHILLIPS, 2016).

5.5 CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO TRAÇO LATENTE “VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA PESSOA COM IC”

Após a delimitação das definições constitutivas e operacionais dos marcadores essenciais, foram construídos 114 itens (Quadro 14), delineados considerando a representação comportamental do construto. Em suma, foram elaborados 67 itens da dimensão da pessoa humana, 16 da dimensão das co-presenças e 31 do cuidado. Em seguida, o instrumento foi submetido para validação de conteúdo.

Quadro 14 – Itens que representam o traço latente “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca”, oriundos da revisão integrativa.

(continua)

PESSOA HUMANA		
Situação econômica e demográfica	1)	Qual o seu sexo?
	2)	Qual a sua idade?
	3)	Qual sua cor?
	4)	Qual a sua nacionalidade?
	5)	Você é procedente de qual região do Brasil?
	6)	Qual a sua escolaridade?
	7)	Qual a sua renda mensal?
	8)	Você teve/tem necessidade de ajuste financeiro em decorrência da IC?
Aprendizagem	9)	Você compreende o problema que acomete o seu coração?
	10)	Você conhece os tratamentos farmacológicos prescritos?
	11)	Você conhece os tratamentos não farmacológicos prescritos?
	12)	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considerá-lo lento?
	13)	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considerá-lo complexo?
	14)	Quanto às orientações sobre a doença recebidas de profissionais da saúde, você consegue incorporá-las no seu dia-a-dia?
	15)	Você apresentou ou tem apresentado atenção geral diminuída?
	16)	Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória (no trabalho, visual ou verbal)?
Perfil clínico	17)	Sente cansaço diariamente?
	18)	Tem dificuldades para respirar?
	19)	Percebeu edema em alguma parte do corpo (braços, pernas, barriga)?
	20)	Percebeu aumento de peso no último mês?
	21)	Tem dificuldades para dormir à noite?
	22)	Tem prejuízos associados às poucas horas de sono (sonolência diurna, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)? (continuação)
	23)	Você apresenta três ou mais sinais e sintomas da doença ao mesmo tempo?
	24)	Você tem dificuldade em realizar suas atividades do dia-a-dia?
	25)	Tem dificuldades para realizar atividade sexual?

	26)	Apresenta perda de apetite?
	27)	Apresentou perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses?
	28)	Você notou piora da doença (exacerbação dos sinais e sintomas, reinternações frequentes)?
	29)	Apresenta outras doenças (diabetes, hipertensão, insuficiência renal)?
	30)	Qual sua classe funcional?
	31)	Qual sua fração de ejeção?
Comportamentos de saúde	32)	Com o início do tratamento para a IC, o(a) senhor(a) passou a realizar atividade física (caminhada ou outro exercício) por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana?
	33)	Diminuiu a ingestão de líquidos, conforme as recomendações do profissional de saúde?
	34)	Diminuiu o consumo de alimentos gordurosos da dieta, conforme as recomendações do profissional de saúde?
	35)	Diminuiu o consumo de sal dos alimentos?
	36)	Consome frutas e verduras?
	37)	Diminuiu o consumo de bebidas alcoólicas?
	38)	Você evita fumar?
	39)	Sente dificuldades para manter uma alimentação saudável?
	40)	Segue rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC?
	41)	Segue rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC?
	42)	Você mede a pressão arterial regularmente?
	43)	Segue o calendário de vacinação?
	44)	Você diminuiu o consumo de açúcar diariamente?
	45)	Realiza 5 a 6 refeições diárias?
	46)	Você monitora seu peso diariamente?
	47)	Você vai às consultas marcadas?
	48)	Você toma os medicamentos para IC nos horários estabelecidos?
	49)	Você toma os medicamentos para a IC conforme a dose prescrita?
50)	Você colabora com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado?	
51)	Você implementa os cuidados planejados para si?	
Saúde mental	52)	Você realiza atividades de lazer?
	53)	Você reconhece suas necessidades de saúde?
	54)	Você acredita que os medicamentos são eficazes?
	55)	Você acredita que os medicamentos podem causar complicações nos rins ou no fígado?
	56)	Você acredita que existe uma força maior?
	57)	Você se preocupa com seu estado de saúde? (continuação)
	58)	Você consegue manter um propósito e objetivos na vida, apesar da IC?
	59)	Sente-se satisfeito com a vida?
	60)	Você se esforça para perceber os acontecimentos da vida diária como

		eventos positivos?
	61)	Você procura identificar as barreiras para lidar com a IC?
	62)	Você consegue identificar as limitações causadas pela IC na sua vida?
	63)	Você busca informações sobre a IC?
	64)	Em caso de emergência, sente-se capaz de entrar em contato com a equipe médica por si só?
	65)	Você percebe quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza)?
	66)	Você apresenta sinais de ansiedade (agitação, irritabilidade, nervosismo, aflição, tensão e movimentos repetitivos)?
	67)	Você apresenta sinais de depressão (humor deprimido, falta de estímulo, medo, tristeza)?
CO-PRESENCAS		
Apoio social	68)	Você foi informado sobre os recursos da comunidade local?
	69)	Você recebeu informações sobre a existência de grupos de apoio?
	70)	Você foi informado sobre como funciona o sistema de saúde?
	71)	Você foi informado sobre como funcionam as agências de serviços sociais?
	72)	Tem alguém para ouvir suas preocupações?
	73)	Tem alguém que dê apoio à sua família e amigos?
	74)	Tem alguém que ajude a lidar com o estresse?
	75)	Tem alguém para compartilhar alegrias e tristezas?
Vínculos familiares	76)	Tem alguém que lhe ajude a adotar medidas de enfrentamento da doença?
	77)	Algum familiar o acompanha nas consultas?
	78)	Você pode falar dos seus problemas com sua família?
	79)	Você recebe apoio emocional da família?
	80)	Sente-se aceito pela sua família?
	81)	Você pode recorrer aos seus familiares em tempos de crise da doença?
	82)	Seus familiares aceitam suas decisões relacionadas à doença?
	83)	Seus familiares compreendem a sua doença?
CUIDADO		
Tecnologias em saúde	84)	Você mantém bom relacionamento com os profissionais de saúde?
	85)	Você acredita que o profissional de saúde que o acompanha fará o possível para que tenha o cuidado do qual precisa?
	86)	Você acredita que o profissional de saúde tem habilidade e competência para cuidar de sua saúde?
	87)	Você é cuidado por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, psicológico, assistente social, fisioterapeuta, dentista)?
	88)	Você sente que os profissionais são honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para a IC?
	89)	Você possui tratamento individualizado e direcionado para seus sintomas?
	90)	Você recebe visita da equipe multiprofissional em sua casa?
	91)	Você é acompanhado em um ambulatório de IC?

	92)	Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre a IC?
	93)	Você recebe cuidados paliativos voltados para a IC?
	94)	Você fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico (dispositivo de assistência ventricular, circulação por membrana extracorpórea, balão intra-aórtico)?
	95)	Você fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca (marca-passo, desfibrilador cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca)?
	96)	Você participa de algum programa de monitoramento na sua casa para acompanhamento da IC?
	97)	Você recebe mensagens em seu celular com dicas sobre como manter uma boa saúde?
	98)	Você tem acesso a sites que contenham informações sobre a IC?
Custos de saúde	99)	Você precisa ser internado com frequência?
	100)	Você possui plano de saúde?
	101)	Você precisa contratar cuidadores profissionais para cuidar de sua saúde?
	102)	Você precisa comprar os medicamentos que o médico receita?
	103)	Você possui condições financeiras para comprar alimentos saudáveis?
	104)	Você precisa pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde?
Serviços de saúde	105)	Tem uma instituição de saúde na sua regional?
	106)	A instituição na qual é atendido facilita a marcação de consultas?
	107)	A instituição de saúde na qual é atendido o encaminha para outras instituições, caso necessário?
	108)	Na instituição de saúde na qual é atendido há possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas?
	109)	A instituição de saúde na qual é atendido possui recursos para prestar um atendimento de qualidade?
	110)	Você acredita que o sistema de saúde faz o possível para tornar sua saúde melhor?
	111)	Você participa do seu planejamento de alta hospitalar?
	112)	A alta hospitalar é realizada por todos os membros da equipe multidisciplinar?
	113)	Foi marcada a data de retorno na instituição no momento de sua alta hospitalar?
	114)	A equipe multiprofissional deu orientações sobre o manejo da doença no domicílio no momento de sua alta hospitalar?

Fonte: elaboração própria.

5.5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

5.6.1 Análise dos especialistas

A validação das definições constitutivas e operacionais dos marcadores e itens do instrumento foi realizada por profissionais da saúde acadêmicos e clínicos. A Tabela 1 apresenta a pontuação obtida, evidenciando o grau de perícia de cada especialista.

Tabela 1 – Escore dos especialistas segundo critérios adotados.

	Clínicos									
Especialista	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Escore	7,0	10,0	10,0	10,0	8,0	8,0	8,0	9,0	7,0	7,0
	Acadêmicos									
Especialista	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	
Escore	8,0	10,0	10,0	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	9,0	

Fonte: elaboração própria.

No que tange à caracterização dos especialistas (Tabela 2), observou-se que a maioria era do sexo feminino (13; 68,4%). A idade mínima foi de 25 anos e máxima de 56 anos, com média de $35,5 \pm 8,3$ anos; a faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais prevalente (08; 42,1%). Quando à cidade de residência, 11 (57,9%) dos especialistas eram oriundos de Fortaleza, dois (10,5%) eram de Ribeirão Preto, dois (10,5%) eram do Rio de Janeiro, um era do Crato (5,3%), um era de Salvador (5,3%), um era de São Paulo (5,3%) e um era de Santa Catarina (5,3%).

Os especialistas que participaram do processo de validação de conteúdo dos marcadores e itens do instrumento tinham profissões variadas: 13 (68,4%) eram enfermeiros, três (15,8%) eram educadores físicos, um (5,3%) era médico, um (5,3%) era nutricionista e um (5,3%) era psicólogo.

Tabela 2 – Caracterização dos especialistas.

(continua)

Variáveis	<i>f</i>	%
Sexo		
Feminino	13	68,4
Masculino	06	31,6
Idade ($35,6 \pm 8,3$ anos)		
25 – 29 anos	05	26,3
30 – 39 anos	08	42,1

≥ 40 anos	06	31,6
Cidades em que residem		
Fortaleza	11	57,9
Crato	01	5,3
Salvador	01	5,3
Ribeirão Preto	02	10,5
São Paulo	01	5,3
Rio de Janeiro	02	10,5
Santa Catarina	01	5,3
Categoria profissional		
Enfermeiro	13	68,4
Educador físico	03	15,8
Médico	01	5,3
Psicólogo	01	5,3
Nutricionista	01	5,3
Maior titulação		
Doutorado	06	31,6
Mestrado	07	36,8
Especialização	06	31,6
Tempo de formado (Md = 10,0 anos)		
≤ 10 anos	10	52,6
11 – 19 anos	06	31,6
≥ 20 anos	03	15,8
Experiência assistencial		
< 5 anos	06	31,6
5 – 9 anos	06	31,6
> 10 anos	07	36,8
Ocupação atual		
Docentes/Pesquisadores	09	47,4
Assistenciais	10	52,6
Área de conhecimento		
Insuficiência cardíaca	17	89,4
Vulnerabilidade	01	5,3
Instrumento	01	5,3

Fonte: elaboração própria.

Ainda em análise à Tabela 2, observamos diversificação na titulação, ocupação atual e área de conhecimento dos especialistas. Todos os especialistas eram titulados, sendo a maioria mestres (07; 36,8%), com tempo de formado inferior ou igual a 10 anos e experiência assistencial igual ou maior que 10 anos. A quase totalidade dos especialistas possuíam conhecimento aprofundado em IC (17; 89,4%); um (5,3%) era especialista em vulnerabilidade

e um (5,3%) em construção e validação de instrumentos. Essa variabilidade contribuiu para maior abrangência na avaliação dos itens e melhor compreensão do construto.

A análise de conteúdo envolvendo um grupo de especialistas é uma técnica consolidada nos estudos de validação, visto que ajuízam a extensão com que cada item do instrumento representa o fenômeno de interesse (BORGES, 2016; MEDEIROS et al., 2015; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; MELO et al., 2011).

Carvalho et al. (2011) afirmam que a seleção de especialistas de diferentes regiões permite a adaptação do instrumento construído para o contexto do país como um todo, considerando a diversidade cultural das dimensões continentais do Brasil, que não podem ser desprezadas. A análise de conteúdo foi realizada por um grupo de especialistas em IC/vulnerabilidade em saúde/construção de instrumentos, de diferentes regiões do Brasil, com a finalidade de obter um instrumento com linguagem mais abrangente e superar o viés do regionalismo. Desta forma, o instrumento pode ser compreendido em outras regiões.

5.6.2 Análise de conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores

A realização da revisão integrativa da literatura permitiu que elencássemos marcadores inter-relacionados e complexos e guiou para a elaboração das definições constitutivas e operacionais, que foram avaliadas pelos especialistas quanto à pertinência e coerência com o traço latente “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC”.

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam os IVC das DCt e DO construídas de cada marcador, de acordo com a dimensão ao qual pertence. A dimensão da pessoa-humana abrangeu cinco subdimensões: situação socioeconômica e demográfica, perfil clínico, aprendizagem, comportamentos de saúde e saúde mental. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 0,99 e 0,97, respectivamente. A dimensão das co-presenças envolveu duas subdimensões: apoio social e apoio familiar. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 0,98 cada. A dimensão do cuidado comportou três subdimensões: tecnologias em saúde, custos com a saúde e serviços de saúde. As definições constitutivas e operacionais foram validadas com IVC de 1,00 e 0,97, respectivamente.

Tabela 3 – Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão da pessoa humana.

(continua)

PESSOA HUMANA				
Marcadores	IVC Definições constitutivas	Teste Binomial	IVC Definições operacionais	Teste Binomial
Situação socioeconômica e demográfica	1,0		1,0	
Características socioeconômicas e demográficas	1,0	0,000	1,0	0,000
Perfil clínico	0,99		0,97	
Classificação funcional	1,0	0,000	1,0	0,000
Fração de ejeção	1,0	0,000	1,0	0,000
Sinais e sintomas	1,0	0,000	1,0	0,000
Conjunto de sintomas	1,0	0,000	1,0	0,000
Capacidade funcional	1,0	0,000	1,0	0,000
Fragilidade	0,94	0,000	0,89	0,001
Estado nutricional	1,0	0,000	0,84	0,004
Progressão da doença	1,0	0,000	1,0	0,000
Comorbidades	1,0	0,000	1,0	0,000
Aprendizagem	1,0		0,96	
Letramento funcional em saúde	1,0	0,000	1,0	0,000
Aprendizagem significativa	1,0	0,000	1,0	0,000
Competência cognitiva	1,0	0,000	0,89	0,001
Comportamentos de saúde	1,0		0,98	
Autocuidado e adesão ao tratamento	1,0	0,000	1,0	0,000
Autogestão	1,0	0,000	1,0	0,000
Resolução de problemas	1,0	0,000	1,0	0,000
Estilo de vida	1,0	0,000	0,94	0,000
Saúde mental	0,97		0,97	
Autopercepção de saúde	1,0	0,000	1,0	0,004
Crenças sobre o tratamento	1,0	0,000	1,0	0,000
Espiritualidade	1,0	0,000	1,0	0,000
Bem-estar	1,0	0,000	1,0	0,000
Gratidão	1,0	0,000	0,94	0,000
Otimismo disposicional	1,0	0,000	1,0	0,000
Autoeficácia	0,94	0,000	1,0	0,000

Senso de coerência	0,78	0,000	0,78	0,000
Ativação do paciente	0,94	0,019	1,0	0,000
Aceitação da doença	0,94	0,000	0,94	0,019
Personalidade	1,0	0,000	1,0	0,000
Ansiedade	1,0	0,000	1,0	0,000
Depressão	1,0	0,000	1,0	0,000
IVC	0,99		0,97	

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4 – Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão das co-presenças.

CO-PRESENÇAS				
Marcadores	Definições constitutivas	Teste Binomial	Definições operacionais	Teste Binomial
Apoio social	0,97		0,97	
Suporte instrumental	0,89	0,000	0,89	0,000
Suporte informacional	1,0	0,000	1,0	0,000
Suporte emocional	1,0	0,000	1,0	0,000
Suporte para a autonomia	1,0	0,001	1,0	0,000
Apoio familiar	1,0		1,0	
Relações familiares	1,0	0,000	1,0	0,001
Acompanhamento familiar	1,0	0,000	1,0	0,000
Funcionamento familiar	1,0	0,000	1,0	0,000
IVC	0,98		0,98	

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5 – Índice de Validade de Conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores relativos à dimensão do cuidado.

(continua)

CUIDADO				
Marcadores	Definições constitutivas	Teste Binomial	Definições operacionais	Teste Binomial
Tecnologias em saúde	1,0		0,98	
Tecnologias leves	1,0	0,000	0,94	0,000
Tecnologias leve-duras	1,0	0,000	1,0	0,000
Tecnologias duras	1,0	0,000	1,0	0,000
Custos com a doença	1,0		0,97	
Internações hospitalares	1,0	0,000	1,0	0,000
Cuidado formal	1,0	0,000	1,0	0,000
Cuidado informal	1,0	0,000	1,0	0,000
Terapia medicamentosa	1,0	0,000	0,89	0,000

Despesas pessoais	1,0	0,000	1,0	0,000
Serviços de saúde	1,0		0,98	
Acesso aos serviços de saúde	1,0	0,000	1,0	0,000
Confiança no sistema de saúde	1,0	0,000	1,0	0,000
Integralidade do cuidado	1,0	0,000	1,0	0,000
Continuidade relacional	1,0	0,000	0,94	0,001
Alta hospitalar planejada	1,0	0,000	1,0	0,000
IVC	1,0		0,97	

Fonte: elaboração própria.

Reitera-se que alguns especialistas solicitaram que o marcador ‘Fragilidade’ fosse enquadrado dentro do marcador de ‘Capacidade funcional’, visto que a fragilidade é um estado que envolve a perda de algum domínio do funcionamento humano. Os especialistas também solicitaram a modificação do marcador ‘Fatores socioeconômicos e demográficos’ para ‘Características socioeconômicas e demográficas’, pois o termo fator está atrelado ao conceito de risco.

Desta forma, o produto final dos marcadores, dimensões e subdimensões da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC apresentou da seguinte forma: na dimensão da pessoa humana, obtivemos 29 marcadores repartidos em cinco subdimensões; a dimensão das co-presenças abrangeu sete marcadores distribuídos em duas subdimensões; e a dimensão do cuidado apresentou treze marcadores divididos em três dimensões.

A validação de conteúdo das definições constitutivas e operacionais dos marcadores elencados obtiveram excelentes IVC ($\geq 0,78$). Esse resultado demonstra que o processo de desvelamento dos marcadores e construção das definições foi fundado em sólido conhecimento, compilado a partir de estudos nacionais e internacionais, o que possibilitou abarcar o traço latente, confirmando-se tal fato na análise dos especialistas.

A condição de vulnerabilidade se materializa em diferentes dimensões. Estudar uma questão de saúde na perspectiva da vulnerabilidade é buscar um modo de compreender melhor, ou apreender outros modos um problema de saúde (AYRES, 2014). Quando analisamos a vulnerabilidade da pessoa com IC a partir das subdimensões e marcadores elencados, percebe-se que há uma ruptura do cuidado tradicional e nos aproximamos da condição humana e das circunstâncias que permeiam a trajetória existencial desses indivíduos.

5.6.3 Análise de conteúdo dos itens do traço latente “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC”

A validação de conteúdo evidenciou todos os itens com excelentes IVC ($\geq 0,78$), conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Índice de Validade de Conteúdo dos itens do instrumento “Vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC. (continua)

Itens		IVCi ^a	p ^b
1)	Qual o seu sexo?	1,0	0,000
2)	Qual a sua idade?	1,0	0,000
3)	Qual sua cor?	1,0	0,000
4)	Qual a sua nacionalidade?	1,0	0,000
5)	Você é procedente de qual região do Brasil?	1,0	0,000
6)	Qual a sua escolaridade?	1,0	0,000
7)	Qual a sua renda mensal?	1,0	0,000
8)	Você teve/tem necessidade de ajuste financeiro em decorrência da IC?	1,0	0,000
9)	Você compreende o problema que acomete o seu coração?	1,0	0,000
10)	Você conhece os tratamentos farmacológicos prescritos?	1,0	0,000
11)	Você conhece os tratamentos não farmacológicos prescritos?	1,0	0,000
12)	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considerá-lo lento?	0,94	0,000
13)	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considerá-lo complexo?	1,0	0,000
14)	Quanto às orientações sobre a doença recebidas de profissionais da saúde, você consegue incorporá-las no seu dia-a-dia?	1,0	0,000
15)	Você apresentou ou tem apresentado atenção geral diminuída?	0,84	0,001
16)	Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória (no trabalho, visual ou verbal)?	0,84	0,000
17)	Sente cansaço diariamente?	1,0	0,000
18)	Tem dificuldades para respirar?	1,0	0,000
19)	Percebeu edema em alguma parte do corpo (braços, pernas, barriga)?	1,0	0,000
20)	Percebeu aumento de peso no último mês?	1,0	0,000
21)	Tem dificuldades para dormir à noite?	1,0	0,000
22)	Tem prejuízos associados às poucas horas de sono (sonolência diurna, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)?	1,0	0,000
23)	Você apresenta três ou mais sinais e sintomas da doença ao mesmo tempo?	1,0	0,000
24)	Você tem dificuldade em realizar suas atividades do dia-a-dia?	1,0	0,000
25)	Tem dificuldades para realizar atividade sexual?	0,89	0,001
26)	Apresenta perda de apetite?	1,0	0,000
27)	Apresentou perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses?	1,0	0,000

28)	Você notou piora da doença (exacerbação dos sinais e sintomas, reinternações frequentes)?	1,0	0,000
29)	Apresenta outras doenças (diabetes, hipertensão, insuficiência renal)?	1,0	0,000 (continuação)
30)	Qual sua classe funcional?	0,78	0,019
31)	Qual sua fração de ejeção?	0,78	0,019
32)	Com o início do tratamento para a IC, o(a) senhor(a) passou a realizar atividade física (caminhada ou outro exercício) por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana?	1,0	0,000
33)	Diminuiu a ingestão de líquidos, conforme as recomendações do profissional de saúde?	1,0	0,000
34)	Diminuiu o consumo de alimentos gordurosos da dieta, conforme as recomendações do profissional de saúde?	1,0	0,000
35)	Diminuiu o consumo de sal dos alimentos?	1,0	0,000
36)	Consome frutas e verduras?	1,0	0,000
37)	Diminuiu o consumo de bebidas alcoólicas?	1,0	0,000
38)	Você evita fumar?	1,0	0,000
39)	Sente dificuldades para manter uma alimentação saudável?	1,0	0,000
40)	Segue rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC?	1,0	0,000
41)	Segue rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC?	1,0	0,000
42)	Você mede a pressão arterial regularmente?	1,0	0,000
43)	Segue o calendário de vacinação?	1,0	0,000
44)	Você diminuiu o consumo de açúcar diariamente?	0,94	0,000
45)	Realiza 5 a 6 refeições diárias?	1,0	0,000
46)	Você monitora seu peso diariamente?	1,0	0,000
47)	Você vai às consultas marcadas?	1,0	0,000
48)	Você toma os medicamentos para IC nos horários estabelecidos?	1,0	0,000
49)	Você toma os medicamentos para a IC conforme a dose prescrita?	1,0	0,000
50)	Você colabora com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado?	1,0	0,000
51)	Você implementa os cuidados planejados para si?	0,89	0,001
52)	Você realiza atividades de lazer?	1,0	0,000
53)	Você reconhece suas necessidades de saúde?	1,0	0,000
54)	Você acredita que os medicamentos são eficazes?	0,89	0,000
55)	Você acredita que os medicamentos podem causar complicações nos rins ou no fígado?	0,89	0,001
56)	Você acredita que existe uma força maior?	0,84	0,004
57)	Você se preocupa com seu estado de saúde?	1,0	0,000
58)	Você consegue manter um propósito e objetivos na vida, apesar da IC?	0,89	0,001
59)	Sente-se satisfeito com a vida?	1,0	0,000
60)	Você se esforça para perceber os acontecimentos da vida diária como eventos positivos?	0,89	0,001
61)	Você procura identificar as barreiras para lidar com a IC?	1,0	0,000

62)	Você consegue identificar as limitações causadas pela IC na sua vida?	1,0	0,000
63)	Você busca informações sobre a IC?	1,0 (continuação)	0,000
64)	Em caso de emergência, sente-se capaz de entrar em contato com a equipe médica por si só?	1,0	0,000
65)	Você percebe quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza)?	1,0	0,000
66)	Você apresenta sinais de ansiedade (agitação, irritabilidade, nervosismo, aflição, tensão e movimentos repetitivos)?	1,0	0,000
67)	Você apresenta sinais de depressão (humor deprimido, falta de estímulo, medo, tristeza)?	1,0	0,000
68)	Você foi informado sobre os recursos da comunidade local?	0,84	0,004
69)	Você recebeu informações sobre a existência de grupos de apoio?	0,94	0,000
70)	Você foi informado sobre como funciona o sistema de saúde?	1,0	0,000
71)	Você foi informado sobre como funcionam as agências de serviços sociais?	1,0	0,000
72)	Tem alguém para ouvir suas preocupações?	0,89	0,001
73)	Tem alguém que dê apoio à sua família e amigos?	1,0	0,000
74)	Tem alguém que ajude a lidar com o estresse?	0,94	0,000
75)	Tem alguém para compartilhar alegrias e tristezas?	0,89	0,001
76)	Tem alguém que lhe ajude a adotar medidas de enfrentamento da doença?	1,0	0,000
77)	Algum familiar o acompanha nas consultas?	1,0	0,000
78)	Você pode falar dos seus problemas com sua família?	1,0	0,000
79)	Você recebe apoio emocional da família?	0,94	0,000
80)	Sente-se aceito pela sua família?	0,89	0,001
81)	Você pode recorrer aos seus familiares em tempos de crise da doença?	0,94	0,000
82)	Seus familiares aceitam suas decisões relacionadas à doença?	0,94	0,000
83)	Seus familiares compreendem a sua doença?	1,0	0,000
84)	Você mantém bom relacionamento com os profissionais de saúde?	1,0	0,000
85)	Você acredita que o profissional de saúde que o acompanha fará o possível para que tenha o cuidado do qual precisa?	1,0	0,000
86)	Você acredita que o profissional de saúde tem habilidade e competência para cuidar de sua saúde?	1,0	0,000
87)	Você é cuidado por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, psicológico, assistente social, fisioterapeuta, dentista)?	1,0	0,000
88)	Você sente que os profissionais são honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para a IC?	1,0	0,000
89)	Você possui tratamento individualizado e direcionado para seus sintomas?	1,0	0,000
90)	Você recebe visita da equipe multiprofissional em sua casa?	0,94	0,000
91)	Você é acompanhado em um ambulatório de IC?	1,0	0,000

92)	Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre a IC?	1,0	0,000
93)	Você recebe cuidados paliativos voltados para a IC?	1,0	0,000
94)	Você fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico (dispositivo de assistência ventricular, circulação por membrana extracorpórea, balão intra-aórtico)?	1,0	0,000
95)	Você fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca (marca-passo, desfibrilador cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca)?	1,0	0,000
96)	Você participa de algum programa de monitoramento na sua casa para acompanhamento da IC?	1,0	0,000
97)	Você recebe mensagens em seu celular com dicas sobre como manter uma boa saúde?	1,0	0,000
98)	Você tem acesso a sites que contenham informações sobre a IC?	1,0	0,000
99)	Você precisa ser internado com frequência?	1,0	0,000
100)	Você possui plano de saúde?	0,89	0,001
101)	Você precisa contratar cuidadores profissionais para cuidar de sua saúde?	0,94	0,000
102)	Você precisa comprar os medicamentos que o médico receita?	1,0	0,000
103)	Você possui condições financeiras para comprar alimentos saudáveis?	1,0	0,000
104)	Você precisa pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde?	1,0	0,000
105)	Tem uma instituição de saúde na sua regional?	1,0	0,000
106)	A instituição na qual é atendido facilita a marcação de consultas?	0,94	0,000
107)	A instituição de saúde na qual é atendido o encaminha para outras instituições, caso necessário?	1,0	0,000
108)	Na instituição de saúde na qual é atendido há possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas?	1,0	0,000
109)	A instituição de saúde na qual é atendido possui recursos para prestar um atendimento de qualidade?	1,0	0,000
110)	Você acredita que o sistema de saúde faz o possível para tornar sua saúde melhor?	1,0	0,000
111)	Você participa do seu planejamento de alta hospitalar?	1,0	0,000
112)	A alta hospitalar é realizada por todos os membros da equipe multidisciplinar?	1,0	0,000
113)	Foi marcada a data de retorno na instituição no momento de sua alta hospitalar?	1,0	0,000
114)	A equipe multiprofissional deu orientações sobre o manejo da doença no domicílio no momento de sua alta hospitalar?	1,0	0,000

a: Índice de Validação de Conteúdo do item; b: Teste Binomial

Fonte: elaboração própria.

No processo de análise de conteúdo, alguns especialistas solicitaram alterações na grafia de alguns itens e junção de itens (Quadro 15): no item 5 foi sugerido substituir a palavra “precedente” por “mora”; no item 8, as palavras “ajuste” e “decorrência” foram substituídos por “ajuda” e “por causa”; os itens 12 e 13 formaram um único item; o item 14 foi reformulado de forma a possibilitar maior entendimento; no item 15, o termo “atenção geral diminuída” foi substituído por “diminuição da concentração; no item 19, trocar “edema” por “inchaço”; no item 22, trocar “prejuízos associados” por “problemas por causa” e “redução” por “diminuição” e clarificar melhor os termos “sonolência” e “isolamento social”; sugeriu-se que o item 36 fosse dividido em dois itens; refazer os itens 37 e 38; e juntar os itens 94 e 95 em um único item.

Quadro 15 – Itens do instrumento que sofreram alterações na avaliação de conteúdo.

(continua)

Item	Sem alterações	Com alterações
5	Você é precedente de qual região do Brasil?	Você mora em qual região do Brasil?
8	Você teve/tem necessidade de ajuste financeiro em decorrência da IC?	Você teve/tem necessidade de ajuda financeira por causa da IC?
12	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considera-lo lento?	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento?
13	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considera-lo complexo?	
14	Quanto às orientações sobre a doença recebidas de profissionais da saúde, você consegue incorporá-las no seu dia a dia?	Você consegue seguir as orientações sobre a doença recebidas pelos profissionais da saúde?
15	Você apresentou ou tem apresentado atenção geral diminuída?	Você apresentou ou tem apresentado diminuição da concentração?
19	Percebeu edema em alguma parte do seu corpo (braços, pernas, barriga)?	Percebeu inchaço em alguma parte do seu corpo (braços, pernas, barriga)?
22	Você tem prejuízos associados às poucas horas de sono (sonolência diurna, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)?	Você tem problemas por causa das poucas horas de sono (sono durante o dia, depressão, dificuldade de concentração, não consegue se relacionar com outras pessoas, diminuição da qualidade de vida)?
36	Consome frutas e verduras diariamente?	Com qual frequência você consome frutas? Com qual frequência você consome verduras?

37	Diminuiu o consumo de bebidas alcoólicas?	Faz uso de bebida alcoólica?
38	Você evita fumar?	Faz uso de cigarro?
43	Você segue o calendário de vacinação?	Está com as vacinas em dia?
48	Você toma os medicamentos para IC nos horários estabelecidos?	Você toma os medicamentos para IC como estão na receita?
49	Você toma os medicamentos para a IC conforme a dose prescrita?	
94	Você fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico (dispositivo de assistência ventricular, circulação por membrana extracorpórea, balão intra-aórtico)?	Você fez ou faz uso de algum aparelho que faça seu coração funcionar melhor?
95	Você fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca (marca-passo, desfibrilador cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca)?	

Fonte: elaboração própria.

5.7 ANÁLISE SEMÂNTICA – TESTE PILOTO

O instrumento foi aplicado a 31 pacientes com IC, entre os quais 21 (67,7%) eram homens, com média de idade de 53,4 (\pm 14,7) anos. No que tange à escolaridade, seis (19,4%) não tinham grau de instrução, 12 (38,7%) tinham o ensino fundamental, nove (29%) tinham o ensino médio e quatro (12,9%) tinham o ensino superior.

Para a análise semântica, foram realizadas entrevistas individuais com os pacientes. Os resultados estão apresentados no Quadro 16.

Quadro 16 – Itens que sofreram alterações na análise semântica. (continua)

Item	Sem alterações	Com alterações
9	Você compreende o problema que acomete o seu coração?	Você entende o problema que afeta o seu coração?
10	Você conhece os tratamentos farmacológicos prescritos?	Você conhece os medicamentos prescritos?
11	Você conhece os tratamentos não farmacológicos prescritos?	Você conhece os tratamentos além dos remédios?
16	Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória (no trabalho, visual ou verbal)?	Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória?

25	Você tem dificuldade para realizar atividade sexual?	Você tem relações sexuais?
27	Apresentou perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses?	Perdeu peso nos últimos três meses?
28	Você notou piora da doença (exacerbação dos sinais e sintomas, reinternações frequentes)?	Você notou piora da doença (aumento dos sinais e sintomas)?
33	Diminuiu a ingestão de líquidos, conforme as recomendações do profissional de saúde?	Está bebendo menos água e outros líquidos?
34	Diminuiu o consumo de alimentos gordurosos da dieta, conforme as recomendações do profissional de saúde?	Segue as orientações de como se alimentar corretamente, conforme as recomendações do nutricionista ou profissional de saúde?
50	Você colabora com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado?	Você participa com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado?
51	Você implementa os cuidados planejados para si?	Realiza os cuidados que foram planejados para si?
54	Você acredita que os medicamentos são eficazes?	Você acredita que os medicamentos fazem efeito?
76	Tem alguém que lhe ajude a adotar medidas de enfrentamento da doença?	Tem alguém que lhe ajude a ter meios para enfrentar a doença?
89	Você possui tratamento individualizado e direcionado para seus sintomas?	Possui tratamento próprio para você?
98	Você tem acesso a sites que contenham informações sobre a IC?	Você tem acesso a informações na internet sobre a IC?
114	A equipe multiprofissional deu orientações sobre o manejo da doença no domicílio no momento de sua alta hospitalar?	Ao receber alta do hospital, os profissionais da saúde orientaram os cuidados que deve realizar em casa?

Fonte: elaboração própria.

A análise semântica foi importante por demonstrar a compreensão dos itens do instrumento pela população alvo, desde o estrato mais baixo ao mais sofisticado. Borges (2016) refere que a análise semântica é imprescindível por ser o elo entre a correspondência empírica e teórica do instrumento, além de permitir avaliar aspectos do processo de medida, que poderiam afetar a coleta de dados. Nessa perspectiva, alguns itens sofreram modificações de palavras, termos e estrutura da pergunta.

5.8 VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO

Uma vez realizada as propriedades psicométricas e as alterações solicitadas pelos especialistas e população alvo, o instrumento contou com 112 itens (QUADRO 17).

Quadro 17 – Versão final dos itens.

(continua)

Itens	
1)	Qual o seu sexo?
2)	Qual a sua idade?
3)	Qual sua cor?
4)	Qual a sua nacionalidade?
5)	Você mora qual região do Brasil?
6)	Qual a sua escolaridade?
7)	Qual a sua renda mensal?
8)	Você teve/tem necessidade de ajuda financeira por causa da IC?
9)	Você entende o problema que afeta o seu coração?
10)	Você conhece os medicamentos prescritos?
11)	Você conhece os medicamentos além dos remédios?
12)	Apresenta dificuldade para seguir o tratamento
13)	Você consegue seguir as orientações sobre a doença recebidas pelos profissionais da saúde?
14)	Você apresentou ou tem apresentado diminuição da concentração?
15)	Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória?
16)	Sente cansaço diariamente?
17)	Tem dificuldades para respirar?
18)	Percebeu inchaço em alguma parte do corpo (braços, pernas, barriga)?
19)	Percebeu aumento de peso no último mês?
20)	Tem dificuldades para dormir à noite?
21)	Você tem problemas por conta das poucas horas de sono (sono durante o dia, depressão, dificuldade de concentração, não consegue se relacionar com outras pessoas, diminuição da qualidade de vida)?
22)	Você apresenta três ou mais sinais e sintomas da doença ao mesmo tempo?
23)	Você tem dificuldade em realizar suas atividades do dia-a-dia?
24)	Você tem relações sexuais?
25)	Apresenta perda de apetite?
26)	Perdeu peso nos últimos três meses?
27)	Você notou piora da doença (aumento dos sinais e sintomas)?
28)	Apresenta outras doenças (diabetes, hipertensão, insuficiência renal)?
29)	Qual sua classe funcional?
30)	Qual sua fração de ejeção?
31)	Com o início do tratamento para a IC, o(a) senhor(a) passou a realizar atividade física (caminhada ou outro exercício) por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana?
32)	Está bebendo menos água e outros líquidos
33)	Segue as orientações de como se alimentar corretamente, conforme recomendações

-
- do nutricionista ou profissional de saúde?
- 34) Diminuiu o consumo de sal dos alimentos?
 - 35) Com qual frequência você consome frutas?
 - 36) Com qual frequência você consome verduras?
 - 37) Faz uso de bebida alcoólica?
 - 38) Faz uso de cigarro?
 - 39) Sente dificuldades para manter uma alimentação saudável?
 - 40) Segue rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC?
 - 41) Segue rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC?
 - 42) Você mede a pressão arterial regularmente?
 - 43) Segue o calendário de vacinação?
 - 44) Você diminuiu o consumo de açúcar diariamente?
 - 45) Realiza 5 a 6 refeições diárias?
 - 46) Você monitora seu peso diariamente?
 - 47) Você vai às consultas marcadas?
 - 48) Você toma os medicamentos para IC como estão na receita?
 - 49) Você participa com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado?
 - 50) Realiza os cuidados que foram planejados para si?
 - 51) Você realiza atividades de lazer?
 - 52) Você reconhece suas necessidades de saúde?
 - 53) Você acredita que os medicamentos fazem efeito?
 - 54) Você acredita que os medicamentos podem causar complicações nos rins ou no fígado?
 - 55) Você acredita que existe uma força maior?
 - 56) Você se preocupa com seu estado de saúde?
 - 57) Você consegue manter um propósito e objetivos na vida, apesar da IC?
 - 58) Sente-se satisfeito com a vida?
 - 59) Você se esforça para perceber os acontecimentos da vida diária como eventos positivos?
 - 60) Você procura identificar as barreiras para lidar com a IC?
 - 61) Você consegue identificar as limitações causadas pela IC na sua vida?
 - 62) Você busca informações sobre a IC?
 - 63) Em caso de emergência, sente-se capaz de entrar em contato com a equipe médica por si só?
 - 64) Você percebe quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza)?
 - 65) Você apresenta sinais de ansiedade (agitação, irritabilidade, nervosismo, aflição, tensão e movimentos repetitivos)?
 - 66) Você apresenta sinais de depressão (humor deprimido, falta de estímulo, medo, tristeza)?
 - 67) Você foi informado sobre os recursos da comunidade local?
 - 68) Você recebeu informações sobre a existência de grupos de apoio?
 - 69) Você foi informado sobre como funciona o sistema de saúde?
 - 70) Você foi informado sobre como funcionam as agências de serviços sociais?
-

-
- 71) Tem alguém para ouvir suas preocupações?
 - 72) Tem alguém que dê apoio à sua família e amigos?
 - 73) Tem alguém que ajude a lidar com o estresse?
 - 74) Tem alguém para compartilhar alegrias e tristezas?
 - 75) Tem alguém que lhe ajude a ter meios de enfrentar a doença?
 - 76) Algum familiar o acompanha nas consultas?
 - 77) Você pode falar dos seus problemas com sua família?
 - 78) Você recebe apoio emocional da família?
 - 79) Sente-se aceito pela sua família?
 - 80) Você pode recorrer aos seus familiares em tempos de crise da doença?
 - 81) Seus familiares aceitam suas decisões relacionadas à doença?
 - 82) Seus familiares compreendem a sua doença?
 - 83) Você mantém bom relacionamento com os profissionais de saúde?
 - 84) Você acredita que o profissional de saúde que o acompanha fará o possível para que tenha o cuidado do qual precisa?
 - 85) Você acredita que o profissional de saúde tem habilidade e competência para cuidar de sua saúde?
 - 86) Você é cuidado por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, psicológico, assistente social, fisioterapeuta, dentista)?
 - 87) Você sente que os profissionais são honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para a IC?
 - 88) Possui tratamento próprio para você?
 - 89) Você recebe visita da equipe multiprofissional em sua casa?
 - 90) Você é acompanhado em um ambulatório de IC?
 - 91) Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre a IC?
 - 92) Você recebe cuidados paliativos voltados para a IC?
 - 93) Você fez ou faz uso de algum aparelho que faça seu coração funcionar melhor?
 - 94) Você participa de algum programa de monitoramento na sua casa para acompanhamento da IC?
 - 95) Você recebe mensagens em seu celular com dicas sobre como manter uma boa saúde?
 - 96) Você tem acesso a informações na internet sobre a IC?
 - 97) Você precisa ser internado com frequência?
 - 98) Você possui plano de saúde?
 - 99) Você precisa contratar cuidadores profissionais para cuidar de sua saúde?
 - 100) Você precisa comprar os medicamentos que o médico receita?
 - 101) Você possui condições financeiras para comprar alimentos saudáveis?
 - 102) Você precisa pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde?
 - 103) Tem uma instituição de saúde na sua regional?
 - 104) A instituição na qual é atendido facilita a marcação de consultas?
 - 105) A instituição de saúde na qual é atendido o encaminha para outras instituições, caso necessário?
 - 106) Na instituição de saúde na qual é atendido há possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas?
-

-
- 107) A instituição de saúde na qual é atendido possui recursos para prestar um atendimento de qualidade?
- 108) Você acredita que o sistema de saúde faz o possível para tornar sua saúde melhor?
- 109) Você participa do seu planejamento de alta hospitalar?
- 110) A alta hospitalar é realizada por todos os membros da equipe multidisciplinar?
- 111) Foi marcada a data de retorno na instituição no momento de sua alta hospitalar?
- 112) Ao receber alta do hospital, os profissionais da saúde orientaram os cuidados que deve realizar em casa?
-

Fonte: elaboração própria.

Em síntese, o processo de construção do instrumento apresentou IVC e Alfa de Cronbach excelentes para as DCt e DO, como para os itens, representando o construto em termos teóricos (Tabela 7). A validação de conteúdo, composta pela análise de conteúdo e análise semântica, foi adequada devido aos critérios adotados.

Tabela 7 – Índice de Validação de Conteúdo e Alfa de Cronbach das definições constitutivas e operacionais e itens.

	Definições constitutivas	Definições operacionais	Itens
IVC total	0,99	0,98	0,99
Alfa de Cronbach	0,93	0,92	0,93

Fonte: elaboração própria.

Quanto à consistência interna, a versão final do instrumento apresentou Alfa de Cronbach de 0,93. O alfa é uma medida diagnóstica amplamente utilizada e seus valores devem estar entre 0,70 e 0,95, onde valores menores que 0,70 indicam baixa correlação entre os itens e maiores do que 0,95 uma correlação muito forte, sugerindo redundância entre os itens (TAVAKOL; DENNICK, 2011). De acordo com a literatura, os valores obtidos indicam boa consistência interna entre os itens do instrumento.

A partir dos resultados obtidos, este estudo desenvolveu a construção de um instrumento válido de mensuração da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC. A elaboração do instrumento foi embasada na ampla revisão de literatura acerca sobre a doença e vulnerabilidade, evidenciando o aprofundamento teórico.

6 CONCLUSÃO

Os procedimentos realizados para a construção de um instrumento mensurador da vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC permitiram a identificação e validação de marcadores e elaboração de itens que contribuem para a definição da vulnerabilidade nessa população, fundamentado na Psicometria.

Para a construção do instrumento foi essencial a compreensão ampliada da vulnerabilidade e da IC, alcançada pela revisão integrativa da literatura, método complexo que possibilita a integração do conhecimento produzido sobre determinada temática e fornece subsídios para a prática profissional.

No processo de desenvolvimento do instrumento, elencamos os elementos constituintes do traço latente vulnerabilidade em saúde da pessoa com IC. A releitura da vulnerabilidade em saúde a partir das dimensões Pessoa humana, Co-presenças e Cuidado, potencializou a percepção da vulnerabilidade e enlaçou a diversidade e particularidades da pessoa com IC.

Os marcadores foram agrupados e organizados em subdimensões. Na dimensão da pessoa humana, os marcadores foram distribuídos entre as subdimensões Situação socioeconômica e demográfica, Perfil clínico, Comportamentos de saúde, Aprendizagem e Saúde mental. Na dimensão das co-presenças, as subdimensões elucidadas foram Apoio social e Vínculos familiares. Na dimensão do cuidado, os marcadores foram agrupados nas subdimensões Tecnologias em saúde, Custos de Saúde e Serviços de saúde.

Uma vez listados os marcadores, identificamos suas definições constitutivas e operacionais, que guiaram para a construção dos itens do instrumento piloto. O processo de validação foi realizado por 19 especialistas e obtivemos IVC total indicativo de excelente formulação teórica. A partir do exposto, concluímos que os marcadores e itens permitiram a operacionalização do fenômeno de interesse.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o cuidado clínico voltado à pessoa com IC, por revelar esse paciente como um ser vulnerável nas suas diferentes dimensões, e oferecer um instrumento integral e multidimensional. Pretende-se, ainda, promover reflexão e amplificar a compreensão dos profissionais da saúde acerca da doença, além de possibilitar o planejamento de ações baseadas nos constituintes da vulnerabilidade, valorizando o indivíduo e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

- ACLE, S.; ORMAECHEA, G.; ÁLVAREZ, P. Síndrome cardio-renal-anemia en la insuficiencia cardíaca sistólica. **Arch Med Interna**, v.36, p.3, p.95-100, 2014.
- ADEBAYO, P.B. et al. Profile and determinants of neurocognitive dysfunction in a sample of adult nigerians with heart failure. **J Cardiovasc Nurs.**, v.31, n.6, p.535-44, 2016.
- ADLER, Y. et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: the task force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). **Eur Heart J.**, v.36, n.42, p.2921-64, 2015.
- AGARWAL, S.K. et al. Temporal trends in hospitalization for acute decompensated heart failure in the United States, 1998-2011. **Am J Epidemiol**, v.183, n.5, p.462-70, 2016.
- AGHA, G. et al. Healthy lifestyle and decreasing risk of heart failure in women. **J Am Coll Cardiol.**, v.64, p.1777-85, 2014.
- AGUILAR-PALACIO, I.; GIL-LACRUZ, M.; FIL-LACRUZ, A.I. Vulnerable population and health status in a neighbourhood in Zaragoza (Spain). **Health Soc Care Comm**, v.20, n.6, p.625-34, 2012.
- AKERMAN, M.; FISCHER, A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – promoção da saúde. **Saúde Soc São Paulo**, v.23, n.1, p.180-90, 2014.
- ALBERT, N.M. et al. Understanding physical activity and exercise behaviors in patients with heart failure. **Heart Lung**, v.44, p.2-8, 2015.
- ALBUQUERQUE, D.C. et al. O. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq Bras Cardiol.**, v.104, n.6, p.433-42, 2015.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUZI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-8, 2011.
- ALEXANDRE, T.S. et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.3, p.378-89, 2014.
- ALITI, G.B. et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.3, p.590-5, 2011.
- ALMEIDA, C.M.T.; RODRIGUES, V.M.C.P.; ESCOLA, J.J.J. A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde – construção e validação de uma escala. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.21, n.esp, 09 telas, 2013.

ALVAREZ, J.S. et al. Association between spirituality and adherence to management in outpatients with heart failure. **Arq Bras Cardiol.**, v.106, n.6, p.491-501, 2016.

ALVES, F.D. et al. Nutritional orientation, knowledge and quality of diet in heart failure; randomized clinical trial. **Nutr Hosp**, v.27, n.2, p:441-448, 2012.

AMARE, H.; HAMA, L.; ASEFA, H. Malnutrition and associated factors among heart failure patients on follow up at Jimma university specialized hospital, Ethiopia. **BMC Cardiovasc Disorders**, v.15, p.128-33, 2015.

ANDRÈS, E. et al. e-Health: a promising solution for optimizing management of chronic diseases. Example of the national e-health project e-care based on an e-platform in the context of chronic heart failure. **Eur Research Telemed.**, v.4, p.87-94, 2015.

ANDREU, E.T. et al. Effects and consequences of caring for persons with heart failure: (ECCUPENIC study) a nested case-control study. **J Adv Nurs.**, v.71, n.12, p.2987-97, 2015.

ARAÚJO, A.A.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. **Rev Esc Enferm USP.**, v.47, n.2, p.385-92, 2013.

ARAÚJO, A.A. et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. **Rev Enferm UFPE online**. v.8, n.3, p.509-13, 2014.

ARONOW, W.S. et al. In-hospital cardiology consultation and evidence-based care for nursing home residents with heart failure. **JAMDA**, v.13, p.448-52, 2012.

ARRUDA, G.O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev Esc Enferm USP.**, v.49, n.1, p.61-68.

ARSLANIAN-ENGOREN, C. et al. Cognitive dysfunction in older adults hospitalized for acute heart failure. **J Card Fail.**, v.20, p.669-78, 2014.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-75, 2012.

AXON, R.N. et al. Dual health care system use is associated with higher rates of hospitalization and hospital readmission among veterans with heart failure. **Am Heart J.**, v.174, p.157-63, 2016.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p.50-71.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. [S.l]: HUCITEC, 2012.

AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERNANDES, J.J.S. (Orgs). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri, SP: Manole, 2014.

AYUB-FERREIRA, S.M. et al. Diretriz de assistência circulatória mecânica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol.**, v.197, n.2, supl.2, p.1-33, 2016.

AZEVEDO, I.G. et al. Correlação entre sono e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca. **Fisioter Pesq.**, v.22, n.2, p148-54, 2015.

AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.4, p.56-63, 2012.

BAHRAMI, M. et al. Informational needs and related problems of Family caregivers of heart failure patients: a qualitative study. **J Educ Health Promot.**, v.3, n.1, p.113-8, 2014.

BAKITAS, M. et al. Palliative care consultations for heart failure patients: how many, when and why? **J Cardiac Fail.**, v.19, n.3, p.193-201, 2013.

BALAN, M.A.J. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. 2008. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2008.

BARBARA, D.W. et al. The perioperative management of patients with left ventricular assist devices undergoing noncardiac surgery. **Mayo Clin Proc.**,v.88, p.674-82, 2013.

BARBOSA, R.R. et al. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca. **Rev Bras Cardiol.**, v.47, n.2, p.97-103, 2014.

BARELLO, S. et al. Engage me in taking care of my heart: a grounded theory study on patient-cardiologist relationship in the hospital management of heart failure. **BMJ Open**, v.5, p.1-11, 2015.

BARROS, L.C.N. et al. Insuficiência renal aguda em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada – REINCADE. **J Bras Nefrol**, v.34, n.2, p.122-9, 2012.

BARUTCU, C.D.; MERT, H. The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. **J Pak Med Assoc**, v.63, n.4, p.463-7, 2013.

BARUZZI, A.C.A. et al. Atualização do diagnóstico e tratamento do tromboembolismo pulmonar. **Rev SOCESP**, v.26, n.1, p.46-55, 2016.

BASTOS, J.F. et al. Goal-directed therapy for decompensated heart failure and renal dysfunction: a pilot randomized clinical trial. **MedicalExpress**, v.3, n.2, p.2-8, 2016.

BASHI, N; WINDSOR, C; DOUGLAS, C. Evaluating a Web-Based Self-Management Intervention in Heart Failure Patients: A Pilot Study. **Jmir Research Protocols**, v.5, n.2, p.116-122, 2016.

BELLATO, R. et al. The family experience of care in chronic situation. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, p.81-8, 2016.

BANOFF, K.M. et al. Assessment of a novel tool for identifying hospitalized patients with heart failure at risk for 30-day readmission, high cost, and longer length of stay. **Nurs Economic**, v.34, n.4, p.172-81, 2016.

BERARDINELLI, L.M.M.et al. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. **Rev Enferm UERJ**, v.19, n.4, p.541-6, 2011.

BERG, J. et al. Determinants of utility based on the EuroQol Five-Dimensional Questionnaire in patients with chronic heart failure and their change over time: results from the swedish heart failure registry. **Value Health**, v.18, n.4, p.439-48, 2015.

BERNAL, R.T.I. et al. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. **Epidemiol Serv Saúde**, v.25, n.3, p.455-66, 2016.

BEZERRA, C.G. et al. Terapia de contrapulsção aórtica em pacientes com insuficiência cardíaca avançada: análise do registro TBRIDGE. **Arq Bras Cardiol.**, v.106, n.1, p.26-32, 2016.

BLUM, K.; GOTTLIEB, S.S. The effect of a randomized trial of home telemonitoring on medical costs, 30-day readmissions, mortality and health-related quality of life in a cohort of community-dwelling heart failure patients. **J Cardiac Fail**, v.20, n.7, p.513-21, 2014.

BHATTARAI, P.; HICKMAN, L.; PHILLIPS, J.L. Pain among hospitalized older people with heart failure and their preparation to manage this symptom on discharge: a descriptive-observational study. **Contemp Nurse**, v.52, n.2-3, p.204-15, 2016.

BIDWELL, J.T. et al. Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: a dyadic analysis. **Res Nurs Health**, v.38, n.5, p.392-402, 2015.

BIENERT, I.R.C. et al. Avaliação temporal dos procedimentos de revascularização coronariana pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: um panorama de 20 anos. **Int J Cardiovasc Sciences**, v.30, n.5, p.380-90, 2017.

BOCCHI, E.A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. **Arq Bras Cardiol.**, v.98, n.1, supl.1, 2012.

BODENMANN, P. et al. Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. **J Equity Health**, v.15, p.146-56, 2015.

BONIN, C.D.B. et al. Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol.**, v.102, n.4, p.364-73, 2014.

BORGES, J.W.P. **Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial:** desenvolvimento e validação de conteúdo. 2012. 217f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

BORGES, J.W.P. **Relação interpessoal no cuidado de enfermagem:** elaboração e validação de um instrumento por meio da teoria de resposta ao item. 2016. 211f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus:** mortalidade – 1996 a 2012, pela CID 10 – Brasil. Brasília, DF: MS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.466/12.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUCK, H.G.; KITKO, L.; HUPCEY, J.E. Dyadic heart failure care types: qualitative evidence for a novel typology. **J Cardiovasc Nurs**, v.28, n.6, p.37-46, 2013.

BUCK, H.G. et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: a modelo f comorbidity self-efficacy and self-care. **In J Nurs Stud.**, v.52, n.1, p.1714-22, 2015.

BUJA, A. et al. Prevalence of heart failure and adherence to process indicators: which socio-demographic determinants are involved? **Int J Environ Res Public Health**, v.13, p.238-50, 2016.

BURTON, A.M. et al. Burden and well-being among a diverse sample of câncer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonar disease caregivers. **J Pain Symptom Manage**, v.44, n.3, p.410-20, 2012.

CANÊO, L.F. et al. Use of short-term circulatory support as a bridge in pediatric heart transplantation. **Arq Bras Cardiol.**, v.104, n.1, p.78-84, 2015.

CARRASCO-SÁNCHEZ, F.J. et al. Association between type-2 diabetes mellitus and post-discharge outcomes in heart failure patients: findings from the RICA registry. **Diabetes Research Clin Pract.**, v.104, p.410-9, 2014.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CAVALCANTI, A.C.D. et al. Estudo observacional de validação clínica do diagnóstico de enfermagem ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. **Enferm Global**, v.30, p.41-53.

CAVALCANTI, D.A.C. et al. Web site de insuficiencia cardiaca como propuesta de educacion en salud. **Rev Enferm Global**, v.13, n.34, p.194-205, 2014.

CENÉ, C.W. et al. Self-care confidence mediates the relationship between perceived social support and self-care maintenance in adults with heart failure. **J Cardiac Fail.**, v.19, n.3, p.202-10, 2013.

CENÉ, C.W. et al. Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients. **Chronic Illness**, v.11, n.1, p.21-32, 2015.

CESTARI, V.R.F. et al. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.70 n.5, p. 1171-6, 2017.

CHASE, S.C. et al. Impact of chronic systolic heart failure on lung structure-function relationships in large airways. **Physiol Reports**, v.3, n.13, p.e12867, 2016.

CHAVES, C.; PARK, CL. Differential pathways of positive and negative health behavior change in congestive heart failure patients. **J Health Psychol.**, v.21, n.8, p.1728-38, 2016.

CHEN, A.M.H. et al. Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. **Nurs Research Pract.**, v.2013, p.1-8, 2013.

CHEN, A.M.H. et al. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy and self-care adherence. **Res Social Adm Pharm**, v.10, n.2, p.378-86, 2014.

CHOU, C.C.; PRESSLER, S.J.; GIORDANI, B. Predictors of memory performance among taiwanese postmenopausal women with heart failure. **J Cardiac Failure**, v.20, n.9, p.679-88, 2014.

CHU, S.H. et al. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. **Japan J Nurs Science**, v.11, p.54-64, 2014.

CHUNG, M.L. et al. Adherence to the low sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet: a multicenter observational study. **J Cardiovasc Nurs.**, v.30, n.1, p.44-50, 2015.

CLOSE, H. et al. “It’s somebody else’s responsibility” – perceptions of general practitioners, health failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study. **BMC Geriatrics**, v.13, p.69-76, 2013.

- CONCEIÇÃO, A.P. et al. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.23, n.4, p.578-86, 2015.
- CORRÊA, A.G. et al. Análise de diretriz de tratamento versus protocolo assistencial em pacientes internados por insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol.**, v.106, n.3, p.210-7, 2016.
- CORVOISIER, P.L. et al. Functional status and co-morbidities are associated with in-hospital mortality among older patients with acute decompensated heart failure: a multicenter prospective cohort study. **Age Ageing**, v.44, p.225-31, 2015.
- COSSETTE, S. et al. Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart failure patients: a randomized pilot trial. **Pilot Feasibility Studies**, v.2, p.34-43, 2016.
- CREBER, R.M. et al. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. **Pat Educ Coenseling**, v, 99, n.2, p. 256-264, 2016.
- DAMEN, N.L. et al. The distressed (type D) personality mediates the relationship between remembered parenting and psychological distress in cardiac patients. **Psy Health**, v.29, n.3, 2014.
- DANTAS, C.N.; SANTOS, V.E.P.; TOURINHO, F.S.V. Nursing consultation as a technology for care in light of the thoughts of Bacon and Galimberti. **Texto Contexto Enferm.**, v.25, n.1, 2016.
- DATASUS. **Internações hospitalares do SUS – por local de internação – Ceará.** Tabwin. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 20 de novembro de 2017.
- DEEK, H. et al. A family-focused intervention for heart failure self-care: conceptual underpinnings of a culturally appropriate intervention. **J Advanced Nurs**, v.72, n.2, p.434–450, 2015.
- DELGADO, J.F. et al. Costes sanitários y no sanitários de personas que padecen insuficiencia cardíaca crónica sintomática en España. **Rev Esp Cardiol.**, v.67, n.8, p.643-50, 2014.
- DICKSON, V.V.; KNAFL, G.J.; RIEGEL, B. Predictors of medication nonadherence differ among black and white patients with heart failure. **Research Nurs Health**, v.38, p.289-300, 2015.
- DILOKTHORNSAKUL, P. et al. The effects of medication supply on hospitalizations and health-care costs in patients with chronic heart failure. **Value Health**, v.15, p.9-14, 2012.
- DIONNE-ODOM, J.N. et al. Translating and testing the ENABLE: CHF-PC concurrent palliative care model for older adults with heart failure and their family caregivers. **J Palliative Med.**, v.17, n.9, p.995-1004, 2014.
- DOLANSKI, M.A. et al. Association between poorer cognitive function and reduced objectively monitored medication adherence in patients with heart failure. **Circ Heart Fail.**, v.9, p.1-9, 2016.

DOUKKY, R. et al. Impact of physical inactivity on mortality in patients with heart failure. **Am J Cardiol.**, v.117, p.1135-43, 2016.

DUARTE, M.R.; ROCHA, S.S. As contribuições da fenomenologia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare enferm.**, v.16, n.2, p.361-4, 2011.

DUNBAR, S.B. et al. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. **J Cardiac Fail.**, v.19, n.12, p.829-41, 2013.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v.46, p.126-34, 2012.

DURANT, R.A. et al. Social support among African americans with heart failure: is there a role for community health advisors? **Heart Lung**, v.42, n.1, p.19-25, 2013.

EDWARDS, M.K.; LOPRINZI, P.D. Sedentary behavior and health-related quality of life among congestive heart failure patients. **Int J Cardiol.**, v.220, p.520-3, 2016.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference.** Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association, 1994, p.55-62.

FERNANDES, A.M.S. et al. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Bras Cardiol.**, v.26, n.2, p.106-11, 2013.

FERREIRA, V.M.P. et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.3, p.388-94, 2015.

FREEDLAND, K.E. et al. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. **JAMA Intern Med**, v.175, n.11, p.1773-82, 2015.

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

FRY, M. et al. The implications of living with heart failure; the impact on everyday life, family support, co-morbidities and access to health care: a secondary qualitative analysis. **BMC Family Practice**, v.17, p.237-49, 2016.

GALLAGHER, R. et al. Quality of life, social support and cognitive impairment in heart failure patients without diagnosed dementia. **Int J Nurs Pract.**, v.22, n.1, p.179-88, 2016.

GARBACZ, L. et al. Perception of therapeutic patient education in heart failure by healthcare providers. **Arch Cardiovasc Disease**, v.108, p.446-52, 2015.

GAUI, E.N.; OLIVEIRA, G.M.M.; KLEIN, C.H. Mortalidade por insuficiência cardíaca e doença isquêmica do coração no Brasil de 1996 a 2011. **Arq Bras Cardiol**, v.102, n.6, p.557-565, 2014.

GELAPE, C.L.; PHAM, S.M. Avanços no suporte circulatório mecânico no tratamento da insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol.**, v.98, n.2, 2012.

GELOW, J.J.M. et al. Usefulness of cognitive dysfunction in heart failure to predict cardiovascular risk at 180 days. **Am J Cardiol**, v.115, p.778-82, 2015.

GERGES, M. et al. Pulmonary hypertension in heart failure: epidemiology, right ventricular function and survival. **Am J Resp Critical Care Med.**, v.192, n.10, p.1234-46, 2015.

GRABOVSKI, C.; LOIGNON, C.; FORTIN, M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v.13, p.94, 2013.

GRANGER, B.B. et al. Results of the chronic heart failure intervention to improve medication adherence study: a randomized intervention in high-risk patients. **Am Heart J**, v.169, p.539-48, 2015.

GRAVEN, L.J. et al. Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. **Am J Health Behav.**, v.39, n.1, p.77-887, 2015.

GRAVEN, L.J.; GRANT, J.S.; GORDON, G. Symptomatology and coping resources predict self-care behaviors in middle to older age patients with heart failure. **Nurs Research Practice**, v.1, p.1-8, 2015.

GREENER, D.T. et al. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. **J Palliative Med.**, v.17, n.10, p.1115-20, 2014.

GREINER, M.A. et al. Predicting costs among medicare beneficiaries with heart failure. **Am J Cardiol**, v.109, p.705-11, 2012.

GRIFFITHS, A. et al. The cost effectiveness of ivabrandine in the treatment of chronic heart failure from the UK National Health Service perspective. **Heart Fail.**, v.100, p.1031-6, 2014.

GO, A.S. et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2014 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v.129, n.3, p.28-292, 2014.

GOUVEIA, L.A.G.; OLIVEIRA, A. Risco nutricional e fatores associados em idosos com insuficiência cardíaca crônica admitidos em hospital especializado em cardiologia no Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.17, n.2, p.265-74, 2014.

GUPTA, C. et al. Predictors of healthcare system and physician distrust in hospitalized cardiac patients. **J Health Commun.**, v.19, n.2, p.44-60, 2014.

GURE, T.R. et al. Predictors of self-report of heart failure in a population-based survey of older adults. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v.5, p.396-402, 2012.

HABOTA, T. et al. Prospective memory impairment in chronic heart failure. **J Int Neuropsychol Soc**, v.21, n.3, p.183-92, 2015.

HALL, A.K. et al. Heart failure patients' perceptions and use of technology to manage disease symptoms. **Telemedicine e-Health**, v.20, n.4, p.324-31, 2014.

HAMMERS, D.B. et al. Clinical utility of auditory memory testing in a heart failure population. **J Cardiovasc Nurs**, v.20, n.5, p.444-52, 2013.

HANCOCK, H.C. et al. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure have not changed in the past 10 years: a qualitative study and national survey. **BMJ Open**, v.4, p.1-11, 2014.

HANON, O. et al. Prevalence of memory disorders in ambulatory patients aged ≥ 70 years with chronic heart failure (from the EFICARE study). **Am J Cardiol.**, v.113, p.1205-10, 2014.

HASIN, T. et al. Heart after myocardial infarction is associated with increased risk of cancer. **J Am Coll Cardiol.**, v.68, p.265-71, 2016.

HAWKINS, L.A. et al. Cognitive impairment and medication adherence in outpatients with heart failure. **Heart Lung**, v.41, n.6, p.572-82, 2012.

HAWKINS, M.A.W. et al. Cognitive function and health literacy are independently associated with heart failure knowledge. **Heart Lung**, v.45, p.386-91, 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo: parte 1. 5.** ed. São Paulo: Editora Vozes; 2005. 325p.

HEO, S. et al. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: a cross-sectional study. **Int J Nurs Studies**, v.51, p.1482-90, 2014a.

HEO, S. et al. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. **Heart Lung**, v.43, p.299-305, 2014b.

HERR, J.K. et al. Heart failure symptom clusters and functional status – a cross-sectional study. **J Adv Nurs.**, v.71, n.6, p.1274-87, 2015.

HOLDEN, R.J. et al. Self-care barriers reported by emergency department patients with acute heart failure: a sociotechnical systems-based approach. **Ann Emerg Med**, v.66, n.1, p.1-12, 2015.

HOLLINGWORTH, W. et al. The healthcare costs of heart failure during the last five years of life: a retrospective cohort study. **Int J Cardiol.**, v.224, p.132-8, 2016.

HOPP, F. et al. Results of a hospital-based palliative care intervention for patients with an acute exacerbation of chronic heart failure. **J Cardiac Fail.**, v.22, n.1, p.1033-6, 2016.

HOWIE-ESUIVEL, J.; SPICER, J.G. Association of partner status and disposition with rehospitalization in heart failure patients. **Am J Critical Care**, v.21, n.3, p.65-73, 2012.

- JAARSMA, T. et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. **Patient Educ Counseling**, v. 92, p.114–120, 2013.
- JAVADI, N. et al. Survey of sleep status and its related factor among hospitalized patients with heart failure. **J The Univ Heart Cir.**, v.10, n.1, p.9-17, 2015.
- JAVAHERI, S. et al. Sleep-disordered breathing and incident heart failure in older men. **Am J Respir Crit Care Med.**, v.193, n.5, p.561-8, 2016.
- JONKMAN, N.H. et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? **Circulation**, v.133, p.1189-98, 2016.
- JOO, H. et al. Cost of informal caregiving for patients with heart failure. **Am Heart J.**, v.169, n.1, p.142-8, 2015.
- JORGENSON, A. et al. A description of inpatient palliative care actions for patients with acute heart failure. **Am J Hospice**, v.33, n.9, p.863-70, 2016.
- JOVENTINO, E.S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 243f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem. Departamento de Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, 2010.
- JURGENS, C.Y., et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. **Circ Heart Fail.**, v.8, n.3, p.655-87, 2015.
- KAASALAINEN, S. et al. Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members. **Int J Palliative Nurs.**, v.19, n.8, p.375-82, 2013.
- KARAGIANNIDIS, C. et al. Extracorporeal membrane oxygenation: evolving epidemiology and mortality. **Intensive Care Med.**, v.42, n.5, p.889-96, 2016.
- KAUFMAN, R. et al. Insuficiência cardíaca: análise de 12 anos da evolução em internações hospitalares e mortalidade. **Int J Cardiovasc Sci.**, v.28, n.4, p.276-81, 2015.
- KHEIRBEK, R.E.; ALEMI, F.; FLETCHER, R. Heart failure prognosis: comorbidities matter. **J Palliative Med.**, v.18, n.5, p.447-52, 2015.
- KIM, E.S.; SMITH, J.; KUBZANSKY, L.D. Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. **Circ Heart Fail.**, v.7, p.394-400, 2014.
- KIM, S.S. et al. Learning needs of patients with heart failure: a descriptive, exploratory study. **J Clin Nurs.**, v.22, n.5-6, p.661-8, 2013.
- KITKO, L.A. et al. Patient and caregiver incongruence in advanced heart failure. **Clin Nurs Res.**, v.24, n.4, p.388-400, 2015.
- KNOBEL, E.; BISELLI, B.; FERNANDES, P.M.P. Indicações de dispositivos mecânicos de suporte na insuficiência cardíaca refratária. **Rev Soc Cardiol Est São Paulo**, v.26, n.1, p.21-6, 2016.

KRAAI, I. et al. The value of telemonitoring and ICT-guided disease management in heart failure: results from the IN TOUCH study. **Int J Med Informatics**, v.85, p.53-60, 2016.

LACERDA, S.N.B. et al. Individual and social vulnerabilities upon acquiring tuberculosis: a literature systematic review. **Intern Arch Medicine**, v.7, p.35, 2014.

LARSSON, S.C. et al. Healthy lifestyle and risk of heart failure – results from 2 prospective cohort studies. **Circ Heart Fail.**, v.9, p.2855-61, 2016.

LASKEY, W.K.; ALOMARI, I.; COX, M.; SCHULTE, O.J.; ZHAO, X.; HERNANDEZ, A.F. et al. Heart rate at hospital discharge in patients with heart failure is associated with mortality and rehospitalization. **J Am Heart Assoc.**, v.4, 2015.

LEE, D. et al. Cost-effectiveness of eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. **Heart Fail Cardiomyop.**, v.100, p.1681-7, 2014.

LEE, C.S. et al. Profiles of self-care management versus Consulting behaviors in adults with heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v.14, n.1, p.63-72, 2015a.

LEE, C.S. et al. Patters and predictors of patients and caregiver engagement in heart failure care: a multi-level dyadic study. **Int J Nurs Studies**, v.52, p.588-97, 2015b.

LI, Y. et al. Associations between seattle heart failure model scores and medical resource use and costs: findings from HF-ACTION. **J Cardiac Fail.**, v.20, n.8, p.541-7, 2014.

LIMA, E.B. et al. Experiência na utilização de ECMO na disfunção primária de enxerto pós-transplante cardíaco ortotópico. **Arq Bras Cardiol.**, v.105, n.3, p.285-91, 2015.

LINHARES, J.C.C. et al. Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, n.2, p.e61554, 2016.

LINN, A.C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E.N. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.3, p.500-6, 2016.

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

LOO, D.W. et al. Self0efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. **Appl Nurs Res.**, v.32, p.148-55, 2016.

LU, M.L.R. et al. Marital status and living condition as predictors of mortality and readmissions among African Americans with heart failure. **Int J Cardiol.**, v.222, n.1, p.313-8, 2016.

MAEDA, U. et al. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. **Int J Behav Med.**, v.20, p.88-96, 2013.

MAENG, D.D. et al. Can telemonitoring reduce hospitalization and cost of care? A health plan's experience in managing patients with heart failure. **Pop Health Manag.**, v.17, n.6, p.340-4, 2014.

MALLMANN, D.G.; HAMMERSCHMIDI, K.S.A.; SANTOS, S.S.C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.15, n.3, p.517-27, 2012.

MALTA, D.C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011 – 2015. **Epidemiol Serv Saúde**, v.25, n.2, p.373-90, 2016.

MANKAD, A.K. et al. Persistent anemia after implantation of the total artificial heart. **J Cardiac Failure**, v.18, n.6, p.433-8, 2012.

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

MARTÍN-SÁNCHEZ, F.J. et al. Tiempo de estancia prolongado em los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. **Gac Sanit.**, v.30, n.3, p.191-200, 2016.

MATSUOKA, S. et al. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. **Patient Educ Counsel**, v.99, p.1026-32, 2016.

MAUNDER, R.G. et al. Social support and the consequences of heart failure compared with other cardiac diseases: the contribution of support received within an attachment relationship. **Arch Cardiovasc Disease**, v.108, n.1, p.437-45, 2015.

McNAUGHTON, C.D. et al. Health literacy and mortality: a cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. **J Americ Heart Assoc**, v.4, p.e001799, 2015.

MEDEIROS, R.K.S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Rev Enfer Referência**, v.4, n.4, p.127-35, 2015.

MEJHERT, M. et al. Long term health care consumption and cost expenditure in systolic heart failure. **Eur J Int Medicine**, v.24, p.200-5, 2013.

MELLO, D. et al. Vulnerabilidade na infância: experiências maternas no cuidado à saúde. **Rev Eletr Enf**, v.16, n.1, p.52-60, 2014.

MELO, R.P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v.12, n.2, p.424-31, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, K.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, M.C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

- MENDES, F.S.N.S. et al. Fibrilação atrial em insuficiência cardíaca descompensada: fatores associados e evolução hospitalar. **Arq Bras Cardiol.**, v.103, n.4, p.315-22, 2014.
- MENTZ, R.J. et al. Race, exercise training and outcomes in chronic heart failure: findings from heart failure – a controlled trial investigating outcomes in exercise training (HF-ACTION). **Am Heart J**, v.166, n.3, p.488-95, 2013.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.E.; ONOCKO, R.; organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997, p.71-112.
- MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MESQUITA, E.T. et al. Entendendo a hospitalização em pacientes com insuficiência cardíaca. **Int J Cardiovasc Sciences**, v.30, n.1, p.81-90, 2017.
- METZGER, M. et al. Patient and family members' perceptions of palliative care in heart failure. **Heart Lung**, v.42, p.112-9, 2013.
- MEYER, G.M.B.; SPILIMBERGO, F.B. Hipertensão pulmonar devido à doença cardíaca esquerda. **Pulmão**, v.24, n.2, p.35-42, 2015.
- MILLS, P.J. et al. Depressive symptoms and spiritual wellbeing in asymptomatic heart failure patients. **J Behav Med.**, v.38, n.3, p.407-15, 2015a.
- MILLIS, P.J. et al. The role of gratitude in spiritual well-being in asymptomatic heart failure patients. **Spiritual Clin Pract.**, v.2, n.1, p.5-17, 2015b.
- MINH, H.V.; OH, J.; GIANG, K.B.; KIEN, V.D.; NAM, Y.S.; LEE, C.O. et al. Multiple vulnerabilities and maternal healthcare in Vietnam: findings from the multiple indicator cluster surveys, 2000, 2006 and 2011. **Glob Health Action**, v.9, p.29386, 2016.
- MIRÓ, O. et al. Evaluation of the degree of adherence to the Mediterranean diet in patients with heart failure: DIME-EAHFE study. **An. Sist. Sanit. Navar**, v.39, n.2, p: 261-268, 2016.
- MOSER, D.K. et al. Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure: Moser health literacy outcomes. **J Card Fail.**, v.21, n.8, p.612-8, 2015.
- MORY, J.M.; CHALSKA, M.; BELLWON, J; CRUCHA, M. Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. **Int J Clin Health Psychol.**, v.16, n.3, p.230-8, 2016.
- MUÑOZ, L.A.; SANCHEZ, X.; ARCOS, E.; VOLLRATH, A.; BONATTI, C. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev Latino-Am Enferm**, v.21, n.4, 07 telas, 2013.
- MUSSI, C.M. et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.21, n.esp, 2013.

NASCIMENTO, H.R.; PUSCHEL, V.A.A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.6, p.601-7, 2013.

NAVIDIAN, A. et al. The effect of self-care education on the awareness, attitude and adherence to self-care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. **PLoS ONE**, v.10, n.6, p.1-13, 2015.

NICHIATA, L.Y.I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.esp.2, p.1769-73, 2011.

O'BRIEN, G.M. et al. Deservingness and gratitude in the context of heart transplantation. **Qual Health Res.**, v.24, n.12, p.1635-47, 2014.

OBIEGLO, M. et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. **European J Cardiovasc Nurs.**, v.15, n.4, p.241-7, 2016.

OLIVEIRA, T.C.T.; CORREIA, D.M.S.; CAVALCANTI, A.C.D. O impacto da insuficiência cardíaca no cotidiano: percepção do paciente em acompanhamento ambulatorial. **Rev Enferm UFPE**, v.7, n.6, p.4497-7, 2013.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.; CAMACHO, L.A.B. Implementation contexts of a tuberculosis control program in brazilian prisons. **Rev Saúde Pública**, v.49, p.66-74, 2015.

OOSTEROM-CALO, R. et al. An interactive-technology health behavior promotion program for heart failure patients: a pilot study of experiences and needs of patients and nurses in the hospital setting. **JMIR Res Protoc.**, v.3, n.2, p.e32, 2014.

OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.53, p.237-50, 2015.

PARISSIS, J. et al. Determinants of the direct cost of heart failure hospitalization in a public tertiary hospital. **Int J Cardiol.**, v.180, p.46-9, 2015.

PARK, C.L. et al. Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. **J Relig Health**, v.53, p.579-90, 2014.

PARK, C.L. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. **Health Psychol**, v.35, n.3, p.203-10, 2016.

PASQUAL, K.K.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.2, p.21-7, 2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração das escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clínica**, v.25, n.5, p.206-13, 1998.

PASQUALI, L. (Org). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999. p.188-88. v.141.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. v.1

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psic. Teor. e Pesq.**, v. 23, n. esp., p. 99-107, 2007.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PEREIRA, F.V.; SCHUTZ, V. Análise parcial de custos de materiais hospitalares: o custo de materiais hospitalares utilizados em clientes com insuficiência cardíaca dentro de uma enfermaria cardiovascular. **Rev Pesquisa: Cuida Fundam online**, v.4, n.2, p.2973-80, 2012.

PEREIRA, C.C. et al. Comportamiento del índice de massa corporal en relación con la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca. **Rev Cubana Med.**, v.54, n.3, p.180-9, 2015.

PÉREZ-GARCÍA, A.M.; OLIVÁN, S.; BOVER, R. Subjective well-being in heart failure patients: influence of coping and depressive symptoms. **Int J Behav Med.**, v.21, p.258-65, 2014.

PÉREZ-RODRÍGUEZ, G. et al. El seguimiento telemétrico disminuye la visita a la sala de urgencias y coste de atención en enfermos con insuficiencia cardíaca crónica. **Cirugía Cirujanos**, v.83, n.4, p.279-85, 2015.

PIAMJARIYAKUL, U. et al. Patients' annual income adequacy, insurance premiums and out-of-pocket expenses related to heart failure care. **Heart Lung**, v.43, p.469-75, 2014.

PIAMJARIYAKUL, U. et al. Caregiver coaching program effect: reducing heart failure patient rehospitalizations and improving caregiver outcomes among African americans. **Heart Lung**, v.44, p.466-73, 2015.

PIETTE, J.D. et al. A mobile health intervention supporting heart failure patients and their informal caregivers: a randomized comparative effectiveness trial. **J Med Internet Res**, v.17, n.6, p.1-18, 2015.

PIVATTO JÚNIOR, F. et al. Uso do balão intra-aórtico no trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca: análise de 80 casos consecutivos. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v.27, n.2, p.251-9, 2012.

POLIKANDRIOTI, M. et al. Association between characteristics of hospitalized heart failure patients with their needs. **Global J Health Science**, v.8, n.6, p.95-108, 2016.

POLIT, DF; BECK, CT; OWEN, SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research Nursing Health**, v.30, p. 459-467, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure – the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur J Heart Failure**, v.18, p.891-975, 2016.
- PRETORIUS, S. et al. Feeding the emergence of advanced heart disease in Soweto: a nutritional survey of black African patients with heart failure. **Cardiovasc J Africa**, v.23, n.5, p:245-251, 2012.
- RABELO, E.R. et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico – EMBRACE. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.5, p.660-5, 2012.
- RADHAKRISHNAN, K.; JACELON, C.; ROCHE, J. Perceptions on the use of telehealth by homecare nurses and patients with heart failure: a mixed method study. **Home Health Care Manag Pract.**, v.24, n.4, p.175-81, 2012
- RAMIREZ, A.; RILEY, J.B.; JOYVE, L.D. Multi-targeted antithrombotic therapy for total artificial heart device patients. **J Extracorporeal Tech.**, v.48, p.27-34, 2016.
- REDWINE, L.S. et al. Pilot randomized study of a gratitude journaling intervention on heart rate variability and inflammatory biomarkers in patients with stage B heart failure. **Psychosom Med.**, v.78, n.6, p.667-76, 2016.
- REED, S.D. et al. Tools for economic analysis of patient management interventions in heart failure cost-effectiveness model: a web-based program designed to evaluate the cost-effectiveness of disease management programs in heart failure. **Am Heart J**, v.170, p.951-60, 2015.
- REIS, M.B. et al. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo-SP. **Medicina**, v.48, n.2, p.138-42, 2015.
- RETRUM, J.H. et al. Patient-identified factors related to heart failure readmissions. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v.6, p.171-7, 2013.
- REILLY, C.M. et al. An economic evaluation of a self-care intervention in persons with heart failure and diabetes. **J Cardiac Fail.**, v.21, p.730-7, 2015.
- RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciêns Saude Coletiva**, v.17, n.1, p.7-17, 2012.
- RICKARD, J. et al. Long-term outcomes in patients with ambulatory NYHA class III and IV heart failure undergoing cardiac resynchronization therapy. **Am J Cardiol**, v.115, p.8205, 2015.
- RODRIGUEZ-GÁZQUEZ, M.A.; ARREDONDO-HOLGUIN, E.; HERRERA-CORTÊS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.20, n.2, 2012.

ROGER, V.L. Epidemiology of heart failure. **Circ Res.**, v.113, n.6, p.646-59, 2013.

ROSELLÓ, F.T.I. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SACCO, S.J. et al. Living with heart failure: psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. **Heart Lung**, v.43, p.213-8, 2014.

SACCOMANN, I.C.R. et al. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.1, p.18-24, 2014.

SALES, V.L. et al. Utilization of trained volunteers decreases 30-day readmissions for heart failure. **J Cardiac Fail.**, v.19, n.12, p.842-50, 2013.

SANCHEZ, K.O.L.; FERREIRA, N.M.L.A. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.4, p.792-9, 2012.

SANTESMASES-MASANA, R. et al. Alfabetización en salud en pacientes con insuficiéncia cardíaca atendidos en atención primaria. **Aten Primaria**, v., n.1, p.28-34, 2016.

SANTOS, E.I.; GOMES, A.M.T. Vulnerabilidade, empoderamento e conhecimento: memórias e representações de enfermeiros acerca do cuidado. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.5, p.492-8, 2013.

SANTOS, J.L.G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.205-12, 2012.

SANTOS, M.A. et al. Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.20, p.1-7, 2012.

SANTOS, M.R. et al. Deficiência de testosterona aumenta readmissão hospitalar e mortalidade em pacientes do sexo masculino com insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol.**, v.105, n.3, p.256-64, 2015.

SAUNDERS, M.M. Home health care nurses' perceptions of heart failure home health care. **Home Health Care Manag Pract.**, v.26, n.4, p.217-22, 2014.

SCHPRECHMAN, J.P. et al. Health literacy and global cognitive function predict e-mail but not internet use in heart failure patients. **Nurs Research Pract.**, v. 2013, p.1-5, 2013.

SEBOLD, L.F. et al. Perception of nursing faculty on the care: Heidegger constructions. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, n.esp., p.38-45, 2016.

SEGANFREDO, D.H.; ALMEIDA, M.A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.1, p.1-8, 2011.

SELIM, A.M. et al. Mortality and readmission rates in patients hospitalized for acute decompensated heart failure: a comparison between cardiology and general – medicine service outcomes in an underserved population. **Clin Cardiol**, v.38, n.3, p.131-8, 2015.

SEN, A. et al. Mechanical circulatory assist devices: a primer for critical care and emergency physicians. **Critical Care**, v.20, p.2-20, 2016.

SHALEN, K.G.; BOMAN, K.; BRÄNNSTRÖM, M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: based on a randomized controlled trial. **Palliative Medicine**, v.30, n.3, p.296-302, 2016.

SHAN, J. et al. The impact of race on the prognosis of preclinical diastolic dysfunction: a large multiracial urban population study. **Am J Med.**, v.129, n.2, p.e1-10, 2016.

SHAHRIARI, M.; ALIMOHAMMADI, N.; AHMADI, M. Effects of a Family centered program on perceived social support in patients with congestive heart failure: an interventional study. **J Edu Health Promot**, v.5, p.1-6, 2016.

SHARMA, V. et al. Stratifying patients at the risk of heart failure hospitalization using existing device diagnostic thresholds. **Heart Lung**, v.44, p.129-36, 2015.

SHETTY, P.M. et al. Micronutrient deficiencies in patients with heart failure: relationships with body mass index and age. **J Cardiac Failure**, v. 21, n.12, 2015.

SIENNICKA, S.A. et al. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. **Kardiologia Polska**, v.74, n.2, p: 168–178, 2016.

SILVA, D.I. et al. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para a prática profissional da enfermagem: revisão integrativa. **J res: fundam care online**, v.6, n.2, p.848-55, 2014.

SILVA, D.I.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto Contexto Enferm.**, v.23, n.4, p.1087-94, 2014.

SILVA, A.F. et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.23, n.5, p.888-94, 2015.

SIMMONDS, R. et al. Unplanned admissions and the organizational management of heart failure: a multicenter ethnographic, qualitative study. **BMJ Open**, v.5, p.1-12, 2015.

SINTEK, M.A. et al. Intra-aortic balloon counterpulsation in patients with chronic heart failure and cardiogenic shock: clinical response and predictors of stabilization. **J Card Failure**, v.21, n.11, p.868-76, 2015.

SMEDT, R.D. et al. Coping with adverse drug events in patients with heart failure: exploring the role of medication beliefs and perceptions. **Psych Health**, v.27, n.5, p.570-87, 2012.

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, C.B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.335-45, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010.

SOUZA, P.M.B.B.; QUELUCI, G.C. Cuidados aos pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs.**, v.11, n.2, supl.1, 2012.

SOUZA, E.M. et al. Children, vulnerability and educative practices. **J. res.: fundam. care online**, v.6, n.1, p.305-11, 2014.

STAMP, K.D. et al. Family context influences psychological outcomes of depressive symptoms and emotional quality of life in patients with heart failure. **J Cardiovasc Nurs.** v.29, n.6, p.517-27, 2014.

STEFANINI, E.; FILHO, J.T. Abordagem clínica da congestão pulmonar aguda no cardiopata. **Rev SOCESP**, v.26, n.1, p.39-45, 2016.

STROM, A. et al. Being on the alert and a forced volunteer: a qualitative study of the invisible care provided by the next of kin of patients with chronic heart failure. **J Multidiscip. Healthcare.**, v.8, n.1, p.271-7, 2015.

STEWART, S. et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure. **J Am Coll Cardiol.**, v.60, p.1239-48, 2012.

STEWART, S. et al. Prolonged impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: extended follow-up of a pragmatic, multicenter randomized trial cohort. **Int J Cardiol.**, v.174, p.600-10, 2014.

STEWART, D. et al. Establishing a pragmatic framework to optimize health outcomes in heart failure and multimorbidity (ARISE-HF): a multidisciplinary position statement. **Int J Cardiol.**, v.212, p.1-10, 2016.

TAHIROVIC, E. et al. Validation of the FEW16 questionnaire for the assessment of physical well-being in patients with heart failure with reduced ejection fraction: results from the CIBIS-ELD study. **ESC Heart Failure**, v.2, p.194-203, 2015.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **Int J Medical Educ.**, v.2, p.53-5, 2011.

TARAGHI, Z. et al. Cognitive impairment among elderly patients with chronic heart failure and related factors. **Iran J Psychiatry Behav Sci**, v.10, n.2, p.e4500, 2016.

THEME FILHA, M.M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v.18, suppl.2, p.83-96, 2015.

TRANSFERETTI, J.A.; ZACHARIAS, R. **Ser e cuidar**: da ética do cuidado ao cuidado da ética. 2. ed. Editora: Santuário, 2010.

TRIVEDI, R. et al. A couples' based self-management program for heart failure: results of a feasibility study. **Frontiers Pub Health**, v.4, p.171-81, 2016.

- TULLY, P.; SELKOW, T. Personality disorders in heart failure patients requiring psychiatric management: comorbidity detections from a routine depression and anxiety screening protocol. **Psychiatry Res.**, v.220, n.3, p.954-9, 2014.
- TULLY, P.J. et al. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise and psychotropic medication. **Disabil Rehabil.**, v.37, n.7, p.585-92, 2015.
- UCHMANOWICA, I.; LEKLIK, M.; GOBBENS, R.J.J. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. **Clin Interv Aging**, v.10, p.871-7, 2015.
- ULBRICH, A.Z. et al. Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca. **Fisioter Mov**, v.26, n.4, p.845-53, 2013.
- VALBUSA, F. et al. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with higher 1-year all-cause rehospitalization rates in patients admitted for acute heart failure. **Medicine**, v.95 n.7, p.2760, 2016.
- VALCARENGHI, R.V.V. et al. Produção científica da enfermagem sobre promoção da saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.4, p.705-12, 2015.
- VILLEVAL'DE, S.V. et al. The concurrence of kidney and liver dysfunctions in decompensated heart failure. **Ter Arkh**, v.88, n.6, p.40-4, 2016.
- VOGEL, P.; STEIN, A.; MARCADENTI, A. Visceral adiposity index and prognosis among patients with ischemic heart failure. **São Paulo Med J**, v.134, n.3, p.211-8, 2016.
- VOGT, V.; KOLLER, D.; SUNDMACHER, L. Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany. **Eur J Public Health**, v.26, n.4, p.555-61, 2016.
- VRIES, A.E. et al. Perceived barriers of heart failure nurses and cardiologists in using clinical decision support systems in the treatment of heart failure patients. **BMC Med Inf Decision Making**, v.13, p.54-61, 2013.
- WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.16, n.4, p.765-71, 2008.
- WALDOW, V.R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. **Index Enferm.**, v.23, n.4, p.234-8, 2014.
- WALLER, A. et al. Facilitating needs-based support and palliative care for people with chronic heart failure: preliminary evidence for the acceptability, inter-rater reliability, and validity of a needs assessment tool. **J Pain Symp Manag.**, v.45, n.5, p.912-25, 2013.
- WIJEYSUNDERA, H.C. et al. The effect of multidisciplinary heart failure clinic characteristics on 1-year postdischarge health care costs: a population-based study. **Med Care**, v.52, p.272-9, 2014.

WODA, A. et al. Factors influencing self-care behaviors of African Americans with heart failure: a photovoice project. **Heart Lung**, v.44, p.33-8, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**, 2014.

_____. **Investing in mental health: evidence for action**. World Health Organization: Geneva, 2013. 36p.

_____. **WHO definition of palliative care**. Disponível em: <<http://tinyurl.com/5228js>>. Acesso em: 13 nov 2017.

_____. **mHealth: New horizons for health through mobile technologies**. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf>. Acesso 24 ago 2017.

WU, J.R. et al. A single-item self-report medication adherence question predicts hospitalization and death in patients with heart failure. **J Clin Nursing**, v.23, p.25544-64, 2013a.

WU, J.R. et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. **J Gen Intern Med**, v.28, n.9, p.1174-80, 2013b.

WU, J. et al. Health literacy mediates the relationship between age and health outcomes in patients with heart failure. **Circ Heart Fail.**, v.9, p.e002250, 2016.

WU, J.R.; SONG, E.K.; MOSER, D.K. Type D personality, self-efficacy and medication adherence in patients with heart failure – a mediation analysis. **Heart Lung**, v.44, p.276-81, 2015.

XIMENES, R.M.O.; BARRETTO, A.C.P.; SLVA, E.P. Anemia em pacientes com insuficiência cardíaca: fatores de risco para o seu desenvolvimento. **Rev Bras Cardiol.**, v.27, n.3, p.189-94, 2014.

YEH, G.Y. et al. The impact of Tai Chi exercise on self-efficacy, social support and empowerment in heart failure: insights from a qualitative sub-study from a randomized controlled trial. **PLoS ONE**, v.11, n.5, p.1-15, 2016.

YOUNG, L.; BARNASON, S.; KUPZYK, K. Mechanism of engaging self-management behavior in rural heart failure patients. **Applied Nurs Research**, v.30, p.222-7, 2016.

YU, M. et al. Perceived learning needs of patients with heart failure in China: a cross-sectional questionnaire survey. **Contemporary Nurse**, v.41, n.1, p.70-7, 2012.

YU, M. et al. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. **Heart Lung**, v.44, p.400-7, 2015.

YU, M. et al. Information needs of patients with heart failure: health professionals' perspectives. **Int J Nurs Practice**, v.22, n.4, p.348-55, 2016.

ZHANG, Y.; BAIK, S.H. Race/ethnicity, disability and medication adherence among medicare beneficiaries with heart failure. **J Gen Intern Med**, v.29, n.4, p.602-7, 2013.

ZIAEIAN, B. et al. Factors associated with variations in hospital expenditures for acute heart failure in the United States. **Am Heart J**, v.169, p.282-9, 2015.

ZOU, H. et al. The mediation effect of health literacy between subjective social status and depressive symptoms in patients with heart failure. **J Psychosom Res**, v.91, p.33-9, 2016.

ZUCHINALI, P. et al. Prega cutânea tricípital como preditor prognóstico na insuficiência cardíaca ambulatorial. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n.5, p.434-41, 2013.

ZUGE, S.S. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV e sua inter-relação com a vulnerabilidade programática. **J. res.: fundam. care online**, v.7, n.4, p.3406-17, 2015

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Prezado(a),

Meu nome é Virna Ribeiro Feitosa Cestari, sou enfermeira e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (PPCCLIS/UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração”**, sob a orientação da professora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira. O objetivo geral da pesquisa é validar um instrumento para mensuração da vulnerabilidade em saúde da insuficiência cardíaca.

Solicitamos por meio desta a sua colaboração como especialista em Insuficiência Cardíaca. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas e operacionais que compõem o construto “vulnerabilidades em saúde na insuficiência cardíaca”, bem como avaliará a passagem desses conceitos abstratos para o campo da representação em itens no instrumento proposto, ou seja, o da operacionalização do construto em itens. O material respondido poderá ser devolvido via e-mail.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Após sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito.

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

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 30 dias. Gostaríamos, se possível, que o (a) Sr.(a) indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho. Desde já, agradecemos o seu valioso apoio, e me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Virna Ribeiro Feitosa Cestari

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ESPECIALISTA)

Prezado(a),

Meu nome é Virna Ribeiro Feitosa Cestari, sou enfermeira e aluna do Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínica em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (PPCCLIS/UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração**”, sob a orientação da professora Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira. O objetivo geral da pesquisa é validar um instrumento para mensuração da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.

Agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas e das definições operacionais que compõem o construto “vulnerabilidade em saúde na insuficiência cardíaca”, bem como avaliará a passagem desses conceitos abstratos para o campo da representação em itens no instrumento proposto, ou seja, o da operacionalização do construto em itens. O material respondido poderá ser devolvido via e-mail.

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

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 30 dias. Para contatos que se façam necessários, informamos-lhes meu nome e da minha orientadora, números de telefone, endereços postais e eletrônicos.

Nome da pesquisadora: Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Endereço: Rua Rafael Carlos Medeiros, n.240. Eusébio – CE

Telefone: (85) 9-9749-1889. E-mail: virna.ribeiro@hotmail.com

Nome da orientadora: Thereza Maria Magalhães Moreira

Telefone: 3101-9806

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido(a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: **“Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração”**.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017

Assinatura do(a) especialista

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da orientadora

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)

Prezado(a),

Meu nome é Virna Ribeiro Feitosa Cestari, sou enfermeira e pesquisadora Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE) do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração**”. O objetivo geral da pesquisa é validar um instrumento para mensuração da vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca.

Agradecemos a sua concordância em participar do nosso estudo. Sua colaboração envolverá a verificação se todos os itens do instrumento são compreensíveis. Para que isso, nós leremos o instrumento e verificaremos se os itens foram compreendidos. Garanto que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. O(a) senhor(a) terá acesso as mesmas caso as solicite.

Asseguro ainda que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecido possíveis dúvidas que possam ocorrer. Os riscos inerentes ao estudo restringem-se à possibilidade de exposição de dados privativos do paciente, bem como a possibilidade de constrangimento durante a aplicação do instrumento. Contudo, todas as medidas serão tomadas com o intuito de resguardar o anonimato e na utilização das informações apenas no âmbito desta pesquisa. Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento das pesquisas científicas e para a melhoria da assistência.

Ademais, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo. Caso você não precisa de mais informações e aceite participar dessa pesquisa, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, recebendo uma cópia deste. O Sr(a) ou seu representante legal, quando for o caso, e o pesquisador, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Para contatos que se façam necessários, informamos-lhes meu nome e da minha orientadora, números de telefone, endereços postais e eletrônicos.

Nome da pesquisadora: Virna Ribeiro Feitosa Cestari

Endereço: Av. Frei Cirilo, 3480 – Messejana, Fortaleza, Ceará. CEP: 60840-285

Telefone: (85) 3101-4075. E-mail: virna.ribeiro@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido(a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: **“Vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca: elaboração de um instrumento de mensuração”**.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Prezado(a)

Considero sua colaboração muito valiosa, pelo que agradeço seu aceite quanto ao convite formulado. Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta, em um período máximo de **30 dias**, pois os resultados desta etapa serão essenciais para a execução da validação empírica. O material respondido poderá ser devolvido via e-mail.

Após elencarmos os marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca e construídos o banco de itens, chegou-se à hipótese de que estes representam adequadamente o construto estudado. Contudo, é importante avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros para assegurar que ela apresenta garantia de validade. Essa avaliação ou análise da hipótese (análise dos itens) é feita por juízes que avaliam a pertinência dos itens ao construto que representam (PASQUALI, 1998)¹.

Neste sentido, inicialmente gostaria que avaliasse as dimensões que estão sendo abordadas no instrumento, com suas respectivas subdimensões e marcadores.

CONCEITO ADOTADO		
<i>Vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca é:</i>		
Fenômeno multidimensional, contextual e dinâmico, intrínseco à existência humana, resultante da interação entre pessoa humana, co-presenças e cuidado, que acarreta agravos à saúde ou possibilita a evolução do indivíduo ou coletividade.		
DIMENSIONALIDADE		
Pessoa humana	Co-presenças	Cuidado
Relativa ao indivíduo. Abrange as subdimensões: perfil socioeconômico, demográfico e clínico, aprendizagem, saúde mental e comportamentos de saúde.	Refere-se à imprescindível correlação da pessoa humana com os outros, envolvendo os vínculos familiares e as relações sociais.	Expressa a relação do indivíduo com os profissionais e sistemas de saúde envolvidos no processo de cuidar. Engloba as tecnologias do cuidado, os custos de saúde e os serviços de saúde.

Caso não concorde com alguma das dimensões, solicito que a informe e justifique.

¹PASQUALI, L. Princípios de elaboração das escalas psicológicas. **Rev Psiquiatr Clínica**, v.25, n.5, p.206-13, 1998.

O(A) Senhor(a) tem alguma dimensão que desejaria incluir? Descreva-a.

A seguir, apresentamos o instrumento para que seja avaliado cada item. A avaliação realizar-se-á com base nos critérios para construção de itens desenvolvido por Pasquali (1998), descritos a seguir.

Critério	Descrição
Critério comportamental	O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
Critério da simplicidade	Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
Critério da clareza	Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
Critério da relevância	A expressão deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
Critério da precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.

Critério da tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)	
Critério da amplitude	Este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
Critério do equilíbrio	Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

Com base nesses critérios, o(a) senhor(a) deverá avaliar os itens. Para tanto, considere cada critério de adequação exposto anteriormente para cada determinante e atribua uma nota:

Pontuação	Critério
1	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens NÃO é indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
2	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITO POUCO indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
3	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.
4	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITÍSSIMO indicativa(o) da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.

CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Nome:

Idade:

Cidade / Estado em que trabalha/estuda:

Função que exerce no trabalho:

Tempo de formado:

Formação acadêmica (titulação):

(caso tenha mais de um dos títulos marque mais de uma opção).

() Doutor

() Mestre

() Especialista

Produção científica:

(caso tenha mais de um dos atributos listados abaixo, marque mais de uma opção).

- Pesquisa envolvendo insuficiência cardíaca ou vulnerabilidade
- Publicação envolvendo insuficiência cardíaca ou vulnerabilidade
- Conhecimento sobre estudos de construção e validação de materiais para enfermagem ou saúde

Prática clínica:

(marque apenas uma opção).

- Experiência assistencial menor que 5 anos
- Experiência assistencial entre 5 a 9 anos
- Experiência assistencial maior que 10 anos

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS MARCADORES, DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DA VULNERABILIDADE EM SAÚDE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A seguir, as definições constitutivas (DCt) e operacionais (DO) dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca. Uma definição de um construto é operacional quando ele é definido em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa. As DCt e DO foram elaboradas segundo a literatura. De acordo com seu conhecimento e experiência dê a pontuação (de 01 a 04) que o(a) Sr(a) considera mais adequada para cada DCt e DO.

PESSOA HUMANA					
1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Muitíssimo indicativa					
	Marcadores	Definição constitutiva	Nota	Definição operacional	Nota
Situação socioeconômica e demográfica	Características socioeconômicas e demográficas	Informações acerca dos fatores sociais, econômicos e demográficos que caracterizam o indivíduo ou o grupo dentro da estrutura social (WU et al., 2014; WU et al., 2016). São indicadores do desenvolvimento e desfechos da IC (ZOU et al., 2016). Envolvem sexo (BARBOSA et al., 2014), idade, raça (MENTZ et al., 2013; ZHANG; BAIK, 2013), etnia, situação econômica, região (GAUI et al., 2014), situação conjugal, nacionalidade (BUJA et al., 2016).		Ter baixa escolaridade torna o indivíduo mais propenso a não aderir ao tratamento Possuir situação econômica baixa compromete gastos com a saúde Ser oriundo de países em desenvolvimento dificulta o tratamento da doença A cor/raça está relacionada à ocorrência de mortalidade pela IC Residir em área rural dificulta o acesso aos serviços de saúde Ser oriundo das regiões Norte e Nordeste dificulta o acesso a tecnologias do cuidado Ter necessidade de reprogramação financeira	
Perfil clínico	Classificação funcional	Classificação da IC de acordo com a intensidade dos sintomas; estratifica o grau de limitação imposto pela doença para as atividades cotidianas do indivíduo. Suas classes são: I, II, III e IV (BOCCHI et al., 2012).		Ter maior classe (III/IV) aumenta o risco de hospitalização	

Fração de ejeção	Percentual de sangue que o ventrículo ejeta para a aorta na sístole (BOCCHI et al., 2012).		Ter fração de ejeção igual ou inferior a 40% aumenta o risco de hospitalização e mortalidade	
Sinais e sintomas	Manifestações clínicas que podem ser percebidas pelo indivíduo que as manifesta ou pelo profissional da saúde. Desconfortos físicos, como edema recorrente, dispneia, dor, fadiga, distúrbios do sono e intolerância à atividade contribuem para o comprometimento funcional (RETRUM et al., 2013; GRAVEN et al., 2015; SANTOS et al., 2012; AZEVEDO et al., 2015; JAVAHERI et al., 2016).		Sentir cansaço diariamente Apresentar dificuldades para respirar Apresentar edema de membros Apresentar ganho de peso Apresentar dificuldades para dormir a noite Tomar medicamento próximo à hora de ir dormir Apresentar sonolência diurna Apresentar prejuízos associados às poucas horas de sono (depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)	
Conjunto de sintomas	Sintomas que ocorrem juntos e podem interagir para aumentar os efeitos uns dos outros. Envolvem os fatores de influência que podem desencadear ou moldar a experiência dos sintomas e as consequências da experiência sintomática (HERR et al., 2015). Quando dois ou três sintomas coexistem estão relacionados, mas são independentes de outros grupos de sintomas.		Apresentar mais de três sinais e sintomas da IC	
Capacidade funcional	Importante indicador do grau de dependência, bem como da necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenções terapêuticas, no intuito de reduzir os mecanismos que afetam o declínio da habilidade do sujeito exercer diversas funções físicas e mentais (ULBRICH et al., 2013; WU et al., 2014). Está associada a um pior prognóstico a curto prazo (CORVOISIER et al., 2015).		Estar possibilitado para retornar ao trabalho Apresentar diminuição da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária	
Fragilidade	Estado dinâmico que afeta um indivíduo que experimenta perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), aumentando o risco de resultados adversos. Os pacientes com diagnóstico de fragilidade estão em maior risco de queda, diminuição da mobilidade, diminuição da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária, hospitalizações		Apresentar diminuição da mobilidade Ter caído devido aos sinais e sintomas da doença	

		freqüentes e morte. Identificar fragilidade em pacientes com IC é clinicamente significativo, pois a síndrome afeta negativamente o prognóstico dos pacientes (UCHMANOWICA; LEKLIK; GOBBENS et al., 2015).		
	Estado nutricional	Estado resultante do equilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético do organismo. Está diretamente relacionado ao estado de saúde e capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes. São exemplos: obesidade, desnutrição (GOUVEIA; OLIVEIRA, 2014; XIMENES; BARRETTO; SILVA, 2014) caquexia (AMARE; HAMA; ASEFA, 2015).		Apresentar perda de apetite Apresentar perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses Apresentar sinais de congestão (edema) Apresentar sinais de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão arterial, oligúria, pulso filiforme, extremidades frias)
	Progressão da doença	Piora de uma doença ao longo do tempo. Razão primária para readmissão hospitalar, atribuída ao agravamento inexorável da IC (RETRUM et al., 2013). Estão diretamente relacionados com a mortalidade pela doença. São eles: prega cutânea tricípita, tabagismo (AGHA et al., 2014), síndrome cardiorrenal, anemia, IMC (ACLE; ORMAECHEA; ALVAREZ, 2014; PEREIRA et al., 2015), baixos níveis de testosterona (SANTOS et al., 2015), hipertensão pulmonar (GERGES et al., 2015), inatividade física (DOUKKY et al., 2016), comportamento sedentário (EDWARDS; LOPRINZI, 2016), índice de adiposidade visceral (VOGEL; STEIN; MARCADENTI, 2016), ansiedade, estresse e depressão (TULLY et al., 2015; FREEDLAND et al., 2015). Suas consequências envolvem as modificações econômicas, sociais e emocionais decorrentes da IC (OLIVEIRA et al., 2013).		Exacerbação dos sinais e sintomas Reinternações frequentes Apresentar comprometimento da atividade sexual
	Comorbidades	Presença de doença(s) coexistente(s) com relação à doença em estudo. Pode afetar o desempenho do indivíduo e sua sobrevivência. As mais comuns no paciente com IC são anemia, DM, HAS, FA, síndrome cardiorrenal.		Possuir doenças coexistentes com a IC

Aprendizagem	Letramento Funcional em Saúde	Conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida (FREITAS et al., 2013; WU et al., 2013; McNAUGHTON et al., 2015; SANTESMASES-MASANA et al., 2016).	Compreender o problema que acomete o coração Conhecer o tratamento não medicamentoso Conhecer o tratamento medicamentoso Apresentar dificuldade para dar continuidade ao tratamento Considerar o efeito do tratamento lento Considerar o tratamento complexo	
	Aprendizagem significativa	Processo por meio do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no curso desse processo que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito (FREITAS; PUSCHEL, 2013).	Incorporar o conhecimento apreendido	
	Competência cognitiva	Capacidades mentais ou as competências bases de que precisamos para processar e apreender informações, para pensar, recordar, ler, perceber e resolver problemas (GELOW et al., 2015; CAMERON et al., 2015; ARSLANIAN-ENGOREN et al., 2014; CHOU et al., 2014).	Apresentar atenção reduzida Apresentar diminuição da memória (trabalho, visual, verbal)	
Comportamentos de saúde	Autocuidado e adesão ao tratamento	Processo de tomada de decisão naturalista que envolve a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado), a resposta aos sintomas de IC como ocorrem (manejo do autocuidado) e a confiança (autoconfiança) para participar em cada fase do autocuidado (CHEN et al., 2013; WODA et al., 2015; MATSUOKA et al., 2016). As atividades de manutenção do autocuidado para pacientes com IC incluem exercícios diários, dieta pobre em sódio, cessação do uso de tabaco, consumo limitado de álcool, monitoração diária do peso e de sinais ou sintomas e descompensação da IC e adesão às recomendações farmacológicas. (CHEN et al., 2013; CONCEIÇÃO et al., 2015; LINN; AZZOLIN; SOUZA et al., 2016). O autocuidado relaciona-se diretamente com a adesão ao tratamento, visto que esta é definida como a cooperação voluntária do paciente na	Monitorar o peso corporal diariamente Realizar exercícios físicos diários conforme recomendações de um educador físico; Reduzir a ingestão de líquidos conforme as recomendações do profissional de saúde; Reduzir o consumo de alimentos gordurosos da dieta conforme as recomendações do profissional de saúde; Reduzir o consumo de sal dos alimentos; Consumir frutas e verduras; Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas; Evitar uso do tabaco; Sentir dificuldades para manter uma alimentação saudável Seguir rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC	

		tomada de medicamentos (incluindo duração, dosagem e frequência) e ao tratamento não medicamentoso, conforme prescrito (SILVA et al., 2015; DICKSON; KNAFL; RIEGEL, 2015).		Seguir rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC Aferir a pressão arterial regularmente Seguir o calendário de vacinação Consumir baixa quantidade de açúcar diariamente Realizar 5 a 6 refeições diárias Ir às consultas marcadas Implementar os cuidados planejados para si Tomar os medicamentos para a IC conforme a dose prescrita; Tomar os medicamentos para IC nos horários estabelecidos; Tomar cinco ou mais medicamentos diariamente contribui para a não adesão ao tratamento	
	Autogestão	Participação ativa do paciente em seu tratamento, com a finalidade de minimizar o impacto da doença crônica no status e no funcionamento da saúde física, possibilitando aos indivíduos enfrentarem os efeitos das enfermidades. Atividade colaborativa entre doente e o profissional de saúde (YOUNG et al., 2016).		Colaborar com os profissionais de saúde no planejamento do cuidado	
	Resolução de problemas	Resolução de problemas num ambiente do mundo real e envolve a orientação para o problema e o estilo de resolução de problemas. Recurso potencial de enfrentamento usado para gerenciar a sintomatologia da IC e melhorar comportamento de autocuidado (GRAVEN; GRANT; GORDON, 2015).		Buscar apoio social Estabelecer uma rotina de cuidados para si	
	Estilo de vida	Modo de viver que caracteriza indivíduo ou grupo (AGHA et al., 2014). Envolve a adoção de medidas saudáveis, como atividade física, dieta adequada e suspensão de bebidas alcoólicas e tabagismo (ALBERT et al., 2015; DOUKKY et al., 2016).		Realizar exercícios físicos Suspender tabagismo Reduzir consumo de bebidas alcoólicas Reduzir ingestão de sal	
Saúde mental	Autopercepção de saúde	Indicador das necessidades de cuidados de saúde; sinaliza a maneira como a vida da pessoa é influenciada pelo problema experimentado e, ainda, suas concepções de vida saudável (ARRUDA et al., 2015).		Reconhecer suas necessidades em saúde	

Crenças sobre o tratamento	São as ideias e percepções de uma pessoa, consideradas por ela absolutas e verdadeiras; são formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo. Compreendem as crenças relativas ao desenvolvimento, ocorrência de sinais e sintomas, desfechos, benefícios e barreiras percebidos acerca do tratamento (SMEDT et al., 2012; SACCOMANN et al., 2014).		Tomar os medicamentos prescritos mesmo que apresente sintomas como náuseas e tonturas; Tomar medicamentos adicionais para aliviar os sintomas adversos; Sentir que os medicamentos não são mais eficazes Acreditar que os medicamentos prescritos causam alteração da função de outros órgãos	
Espiritualidade	Utilizada para referir manifestações do divino ou experiências imbuídas de qualidades divinas, como transcendência, imanência e ultimidade (SACCO et al, 2014). Na saúde, refere-se geralmente a um sentido de paz (ALDWIN et al., 2014; PARK et al., 2016; ALVAREZ et al., 2016).		Ter fé faz com que se sinta conformado com a IC Ter fé reduz o impacto negativo da IC sobre a sua vida	
Bem-estar	É a saúde no seu sentido mais amplo, de maneira ativa e em todos os seus aspectos. Consiste no conjunto de práticas que engloba o bem-estar físico, psicológico, mental e espiritual (ALVAREZ et al., 2016; TAHIROVIC et al., 2015; PARK et al., 2014; SACCO et al., 2014; OLIVEIRA; CORREIA; CAVALCANTI, 2013). Ampla categoria de fenômenos que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações de domínio e julgamentos globais de satisfação com a vida. A IC causa limitações na vida do seu portador; acarreta modificações econômicas, sociais, emocionais e físicas. Relacionado à IC, o nível cognitivo inclui um sentido global de satisfação com a vida na ocorrência da doença; o nível afetivo envolve as emoções agradáveis, mesmo na presença da doença (PÉREZ-GARICÍA; OLIVÁN; BOVER, 2014).		Sentir-se satisfeito com a vida Possuir atitude positiva em relação a si mesmo Aceitar os múltiplos aspectos da doença Ser autodeterminado Avaliar seus valores pessoais Ter propósito e objetivos na vida, apesar da IC Perceber contínuo desenvolvimento pessoal Estar aberto a novas experiências	
Gratidão	É um fator psicológico positivo que promove alívio da luta associada à conviência com a IC sintomática. Pode ser atribuída a uma fonte externa, como um animal, pessoa ou não-humano, e pode ser parte de uma perspectiva mais ampla de perceber e apreciar o positivo no mundo (O'BRIEN et al., 2014; SACCO et al., 2014; MILLIS et al., 2015).		Acreditar que a doença tornou a família mais unida Acreditar que desenvolveu a doença para cuidar melhor da própria saúde Esforçar para perceber os acontecimentos da vida diária como eventos positivos	

Otimismo disposicional	Atributo individual caracterizado pela expectativa generalizada de que as coisas boas acontecerão. Está associado a comportamentos de saúde importantes, que por sua vez estão fortemente ligados a um menor risco de exacerbação dos sintomas da IC (KIM; SMITH; KUBZANSKY, 2014).		Aderir ao tratamento irá prevenir a evolução da doença	
Autoeficácia	Refere-se às crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados resultados (CHEN et al., 2014; LOU et al., 2016). Na pessoa com IC, é compreendida como a confiança ou crença na capacidade de uma pessoa para gerenciar vários aspectos da doença e alcançar resultados de saúde desejáveis (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016). Destaca-se como um poderoso preditor em vários domínios da saúde, tais como: parar de fumar, perder peso, controlar a dor, recuperar-se de infarto e participar de diversos programas de prevenção da doença (CHEN et al., 2014; BUCK et al., 2015).		Sentir-se motivado pelo desejo de evitar descompensação da doença Sentir-se motivado a manter a vida Acreditar ser capaz de aderir aos tratamentos da IC Acreditar ser capaz de parar de fumar Acreditar ser capaz de perder peso Acreditar ser capaz de controlar a dor Acreditar ser capaz de participar de programas de apoio	
Senso de coerência	Utilização de recursos internos para lidar com o estresse e as exigências da vida (FERREIRA et al., 2015). O senso de coerência de pacientes com IC descompensada possibilita uma melhor compreensão de como eles reagem à doença e ao tratamento, ampliando o nosso conhecimento sobre suas estratégias de enfrentamento ao estresse vivenciado.		Procurar identificar as barreiras para lidar com a IC Procurar soluções mais confiantes para lidar com o manejo da IC Ter sentimentos e ideias confusas sobre a doença Ser encorajado a expressar sentimentos e ideias sobre a doença	
Ativação do paciente	Conhecimento, habilidade e confiança de um indivíduo no gerenciamento de sua saúde e cuidados de saúde. Na IC, é engajar-se em comportamentos que ajudem a manter a estabilidade e controlar os sintomas relacionados à doença (YOUNG; BARNASON; KUPZYK, 2016; CHAVES; PARK, 2016).		Buscar informações sobre a IC; Sentir-se capaz de entrar em contato de forma independente com a equipe médica em casos de emergência Sentir-se preparado para gerenciar sua própria saúde Sentir-se disposto a mudar seu comportamento de saúde Engajar-se em comportamentos que ajudem a manter a estabilidade Engajar-se em comportamentos que ajudem a controlar os sinais e sintomas da IC	

Aceitação da doença	Representa um compromisso entre a vulnerabilidade e a resistência a uma doença, sendo, assim, um pré-requisito para lidar eficazmente com as consequências desta. Quando relacionada à IC, a aceitação da doença é um processo complexo modulado por uma série de fatores, como manifestação da doença, disponibilidade e qualidade de seu tratamento, predisposições individuais, funcionando como um indicador psicológico da qualidade de adaptação à condição crônica da IC. Assim, a aceitação de doença atenua as emoções negativas associadas a uma doença e seu tratamento, reduzindo o nível de sofrimento psicológico (BERG et al., 2015; OBIEGLO et al., 2016).		Sentir-se adaptado às modificações em sua vida pela IC Conseguir identificar as limitações inerentes à doença em várias esferas da vida	
Personalidade	Padrões de respostas comportamentais e emocionais que caracterizam o indivíduo. Dentre os tipos de personalidade, a do tipo D é a mais comum entre pessoas com IC; estes são mais propensos a ter emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza, ansiedade, frustração, raiva) acerca da doença, além de não interagir ou compartilhar seus pensamentos e emoções com os outros (medo de desaprovação) (KUPPER et al., 2013; DAMEN et al., 2014; TULLY; SELKOW, 2014; WU; MOSER, 2014; WU; SONG; MOSER, 2015).		Reconhecer suas emoções Perceber quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza) Compartilhar seus pensamentos Compartilhar suas emoções com outros Interagir com outros	
Ansiedade	Sensação de apreensão, sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica. Relacionada a recorrentes hospitalizações, complicações intra-hospitalares e mortalidade da pessoa com IC; associada ao aumento da atividade do sistema nervoso simpático, ocasionando a elevação da pressão arterial e do esforço cardíaco, que resultam no aumento da demanda sanguínea do miocárdio doente, afetando negativamente o quadro clínico do paciente pela exacerbação dos sintomas (CAVALCANTI et al., 2013).		Sentir-se agitado Relatar irritabilidade Sentir-se inquieto Sentir-se nervoso Sentir-se aflito Realizar movimentos pouco comuns Sentir-se mais tenso que o habitual	

	Depressão	A depressão é uma doença crônica relacionada a limitações nas funções físicas e sociais igualmente ou mais que as doenças crônicas mais comuns associada também a aumento na mortalidade. A depressão pode desempenhar um papel significativo no desenvolvimento e progressão da IC (FREEDLAND et al., 2015).		Apresentar humor depressivo Sentir-se desestimulado para realização de atividades prazerosas Sentir medo da morte Sentir tristeza em decorrência das limitações da doença	
--	-----------	---	--	--	--

CO-PRESENÇAS

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Muitíssimo indicativa

	Marcadores	Definições constitutivas	Nota	Definições operacionais	Nota
Apoio social	Suporte emocional	Refere-se a gestos estendidos a alguém para proporcionar conforto ou aliviar emoções negativas, como estresse (HEO et al., 2014; MAEDA et al., 2013).		Ter alguém para ouvir suas preocupações Receber informações sobre a existência de grupos de apoio Ter alguém que motive família e amigos Ter alguém que ajude a gerenciar o estresse Ter alguém que ajude a implementar medidas de enfrentamento Poder contar com amigos quando algo der errado Ter amigos para compartilhar alegrias e tristezas	
	Suporte instrumental	Provisão de bens ou serviços tangíveis (DURANT et al., 2013; HEO et al., 2014; GALLAGHER et al., 2016).		Ser informado sobre os recursos da comunidade local Receber ajuda para interpretar as prescrições Participar na rotina de exercícios com os clientes Ser informado sobre como navegar no sistema de saúde Ser informado sobre como navegar nas agências de serviços sociais	
	Suporte informacional	Informação fornecida para auxiliar outro na resolução de problemas. (DURANT et al., 2013; HEO et al., 2014; GALLAGHER et al., 2016).		Receber educação em saúde sobre a IC Receber educação em saúde sobre medidas de autocuidado	
	Suporte da autonomia	Ocorre quando a rede social fornece incentivo, empatia e sensação de escolha para os pacientes com IC, estimulando a autonomia do indivíduo (STAMP et al., 2014).		Participar do seu regime de cuidados de acordo com a própria percepção de importância Ter liberdade para escolher a melhor terapêutica dentre as oferecidas Sentir que pode cuidar de si, mesmo quando está sozinho	

Vínculos familiares	Relações familiares	Relações comportamentais, psicológicas e sociais entre os vários membros da família nuclear e da família estendida (KAASALAINEN et al., 2013; ANDREU et al., 2015).	<ul style="list-style-type: none"> Poder falar sobre os problemas com a família Ter uma pessoa especial na vida que se preocupe com os sentimentos Ter alguém por perto para ajudar nas necessidades Ter com quem compartilhar as alegrias e tristezas Receber ajuda e apoio emocional da família Ter alguém que seja uma fonte de conforto Afastou-se das atividades sociais Afastou-se do convívio com família e amigos 	
	Acompanhamento familiar	O acompanhamento pode ser conceituado como uma forma de suporte social, preditivo de resultados cardiovasculares (CENÉ et al., 2015).	<ul style="list-style-type: none"> Ter alguém que acompanhe nas consultas Ter uma família que esteja disposta a ajudar a tomar decisões Ter alguém para conversar sobre a doença Ter alguém que conheça sobre a doença 	
	Funcionamento familiar	Capacidade de adaptação da família e paciente no contexto de doenças crônicas. Os aspectos específicos do funcionamento da família incluem a resolução de problemas e a comunicação (STAMP et al., 2014).	<ul style="list-style-type: none"> Tomar decisões em família Ter confiança uns nos outros Expressar os sentimentos em família Ter familiares que se envolvam nos problemas ocasionados pela IC Sentir-se aceito pela família Poder recorrer aos familiares em tempos de crise Poder discutir medos e preocupações com familiares Ter uma família que encoraje suas decisões Ter uma família que ofereça alternativas Ter uma família que minimize a pressão sofrida Ter uma família que aceite suas decisões 	

CUIDADO

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Muitíssimo indicativa

	Marcadores	Definições constitutivas	Nota	Definições operacionais	Nota
Tecnologias em saúde	Tecnologias leves	São aquelas utilizadas nas relações humanas, como a de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, ou seja, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente; fazem-se necessárias no entorno da ação de cuidar (MERHY, 1997, 2002). Quando voltadas ao indivíduo com IC, as tecnologias leves envolvem as interações diádicas		<ul style="list-style-type: none"> Manter bom relacionamento com os profissionais de saúde Existir mutualidade (paciente e cuidador) nos cuidados Compartilhar com o cuidador a responsabilidade por 	

		<p>(BIDWELL et al., 2015; KITKO et al., 2015; BUCK; KITKO; HUPCEY, 2013), e relações interpessoais (BARELLI et al., 2015; GUPTA et al., 2014; SAUNDERS, 2014).</p>	<p>diferentes aspectos de seu tratamento Aceitar ajuda do cuidador ao perceber a deterioração de sua condição Perceber que o profissional de saúde que o acompanha faz o possível para que tenha o cuidado do qual precisa Ter uma equipe multidisciplinar cuidadosa Ter uma equipe multidisciplinar atenta às suas necessidades Sentir que os profissionais são totalmente honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para sua doença Confiar nas decisões do seu médico sobre os melhores tratamentos para você</p>	
	<p>Tecnologias leve-duras</p>	<p>Refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe; envolvem o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado (MERHY, 1997). São exemplos de tecnologias leves-duras utilizadas para os pacientes com IC: construção de instrumentos (BANOFF et al., 2016; KRAAI et al., 2016; STEWART et al., 2016; KHEIRBEK; ALEMI; FLETCHER, 2015; REED et al., 2015; YU et al., 2015; DIONNE-ODOM et al., 2014; LI et al., 2014; WALLER et al., 2013), cuidados paliativos (GREENER et al., 2014; SHALEN; BOMAN; BRÄNNSTRÖM, 2016; JORGENSON et al., 2016; HOPP et al., 2016), cuidado sistematizado de enfermagem (LINHARES et al., 2016; AZZOLIN et al., 2012), engenharia de fatores humanos (HOLDEN et al., 2015), terapia cognitivo-comportamental (FREEDLAND et al., 2015), visita domiciliar (MATONVANI et al., 2015; SAUNDERS, 2014; AZZOLIN et al., 2012; STEWART et al., 2012), acompanhamento ambulatorial (POLIKANDRIOTI et al., 2016; VOGT; KOLLER; SUNDMACHER, 2016; SELIM et al., 2015; HANCOCK et al., 2014; STEWART et al., 2014; WIJEYSUNDERA et al., 2014; ARONOW et al., 2012) e educação em saúde (COSSETTE</p>	<p>Possuir tratamento individualizado Possuir tratamento direcionado para seus sintomas Receber cuidados de profissionais capacitados Receber visita da equipe multiprofissional em seu domicílio Ser acompanhado no ambulatório Participar de atividades educativas com os profissionais Receber cuidados paliativos</p>	

		et al., 2016; SHAHRIARI; ALIMOHAMMADI; AHMADI, 2016; TRIVEDI et al., 2016; YEH et al., 2016; GARGACZ et al., 2015; GRANGER et al., 2015; NAVIDIAN et al., 2015; REILLY et al., 2015; DUNBAR et al., 2013; FERNANDES et al., 2013; RODRIGUEZ-GASQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTES, 2012).		
	Tecnologias duras	Refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações; abrangem os materiais, equipamentos, máquinas e demais instrumentais utilizados durante a realização do cuidado. As tecnologias duras voltadas para a pessoa com IC citadas pela literatura são: sistema de gestão de doenças e de apoio à decisão clínica (KRAAI et al., 2016), eSaúde (PÉREZ-RODRIGUEZ et al., 2015; ANDRÉS et al., 2015; YU et al., 2015; BLUM; GOTTLIEB, 2014; HALL et al., 2014; MAENG et al., 2014), website (CAVALCANTI et al., 2014), suporte circulatório mecânico, terapia de ressincronização cardíaca e cardiodesfibrilador implantável (RICKARD et al., 2015; SHARMA et al., 2015).		<p>Fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico</p> <p>Fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca</p> <p>Ser monitorado em sua residência</p> <p>Receber telefonemas dos profissionais da saúde para acompanhamento de sua condição</p> <p>Receber telemensagens com dicas sobre como manter uma boa saúde</p> <p>Ter acesso a websites que contenham informações sobre a IC</p>
Custos de saúde	Internações hospitalares	Confinamento do paciente em um hospital. Entre os custos totais da IC, os hospitalares correspondem ao de maior custo (GREINER et al., 2012; DELGADO et al., 2014; WIJEYSUNDERA et al., 2014; PARISSIS et al., 2015; ZIAEIAN et al., 2015; HOLLINGWORTH et al., 2016)		Ser internado constantemente
	Cuidado formal	Cuidados prestados por elementos que não fazem parte da rede social do indivíduo. Caracteriza-se por ser remunerado e possuir vínculo formal. Tipo de cuidado realizado por profissionais contratados (JOO et al., 2015).		Precisar contratar cuidadores profissionais
	Cuidado informal	Elementos que fazem parte da rede social do indivíduo que presta cuidados regulares a uma pessoa de modo não remunerado e desprovido de vínculo formal. Tipo de cuidado realizado geralmente por familiares, amigos e vizinhos (JOO et al., 2015).		Ter apoio de familiares/amigos/vizinhos para realização do cuidado

	Terapia medicamentosa	Usada para tratamento de doenças (LEE et al., 2014; DELGADO et al., 2014; GRIFFITHS et al., 2014)		Precisar pagar pelos medicamentos prescritos	
	Despesas pessoais	Encargos financeiros originados pela IC devido aos múltiplos serviços de saúde e tratamento. Abrange os suprimentos de cuidados domiciliários, medicamentos, necessidades dietéticas específicas e custos com transporte para serviços de saúde (PIAMJARIYAKUL et al., 2014).		Precisar contratar cuidador Possuir plano de saúde Ter condição financeira para comprar alimento saudável Precisar pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde	
Serviços de saúde	Acesso aos serviços de saúde	Possibilidade de os indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações físicas, operacionais, de transporte, financeiras, suprimento dos medicamentos (ZOU et al., 2016; SIMMONDS et al., 2015; WIJEYSUNDERA et al., 2014; CLOSE et al., 2013).		Ter uma instituição de saúde na sua regional O fluxo de funcionamento do sistema de saúde é seguido pelos profissionais A instituição de saúde facilita a marcação de consultas A instituição de saúde realiza o acolhimento A instituição de saúde o encaminha para outras instituições caso seja necessário A instituição de saúde tem profissionais capacitados Na instituição há a possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas A instituição possui recursos para prestar um cuidado de qualidade Receber do sistema de saúde as medicações prescritas	
	Confiança no sistema de saúde	Relaciona-se a confiança intuitiva e sensação de conforto que vem da crença de que o indivíduo pode confiar na organização para realizar com competência, responsabilidade e de maneira atenciosa dos interesses dos pacientes (GUPTA et al., 2014)		Perceber que o sistema de saúde faz o possível para tornar a saúde dos pacientes melhor Receber cuidados médicos de alta qualidade do sistema de saúde Receber o mesmo tratamento médico do sistema de saúde, independentemente da raça ou etnia	

Integralidade do cuidado	É a interrupção do cuidado em saúde; forma como serviços fragmentados e incoerentes impactados sobre a acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados para pacientes com insuficiência cardíaca (SIMMONDS et al., 2015)		Receber cuidados de uma equipe multiprofissional Ser atendido pelos profissionais de forma integral	
Continuidade relacional	Relação contínua de cuidados clínicos e continuidade de gestão (todos os aspectos de integração, coordenação e compartilhamento de informação). Está associada a taxas mais baixas de atendimento no departamento de emergência e internações hospitalares, bem como a melhores resultados para os pacientes, particularmente em cuidados preventivos e aderência à medicação (SIMMONDS et al., 2015).		Ser acompanhado por profissionais que favoreçam o acesso aos serviços de saúde Os cuidados recebidos pela equipe multiprofissional se complementam	
Alta hospitalar planejada	Estratégias traçadas pelo profissional, paciente e familiares/cuidadores para proporcionar cuidado em seu domicílio, no sentido de colaborar para continuidade dos tratamentos e prevenção de futuras complicações (SOUZA; QUELUCI, 2014; LASKEY et al., 2015; BHATTARAI; HICKMAN; PHILLIPS, 2016).		Participar do planejamento da alta hospitalar Sentir que está recebendo a alta hospitalar no tempo cedo (nem cedo, nem tarde demais) Possuir data do retorno marcada após a alta hospitalar Receber orientações da equipe multiprofissional no momento da alta hospitalar	

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ITENS

A seguir, encontram-se listados os itens elaborados a partir das DO. De acordo com o seu conhecimento e experiência dê a pontuação (de 01 a 04) para cada critério na opção que o(a) Sr(a) considera mais adequada para cada item.

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Muitíssimo indicativa

DIMENSÕES / ITENS		Critérios	Nota
PESSOA HUMANA			
1 – Qual o seu sexo?		Comportamental	
Observações:		Simplicidade	
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?		Clareza	
- Sugestões		Relevância	
		Precisão	
		Modalidade	
		Tipicidade	
<hr/>			
2 – Qual a sua idade?		Comportamental	
Observações:		Simplicidade	
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?		Clareza	
- Sugestões		Relevância	
		Precisão	
		Modalidade	
		Tipicidade	
<hr/>			
3 – Qual sua cor?		Comportamental	
Observações:		Simplicidade	
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?		Clareza	
- Sugestões		Relevância	
		Precisão	
		Modalidade	
		Tipicidade	
<hr/>			
4 – Qual a sua nacionalidade?		Comportamental	
Observações:		Simplicidade	
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?		Clareza	
- Sugestões		Relevância	
		Precisão	
		Modalidade	
		Tipicidade	
<hr/>			
5 – Você é procedente de qual região do Brasil?		Comportamental	
Observações:		Simplicidade	
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?		Clareza	
- Sugestões		Relevância	
		Precisão	
		Modalidade	
		Tipicidade	

6 – Qual a sua escolaridade? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
7 – Qual a sua renda mensal? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
8 – Você teve/tem necessidade de ajuste financeiro em decorrência da IC? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
9 – Você compreende o problema que acomete o seu coração? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
10 – Você conhece os tratamentos farmacológicos prescritos? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
11 – Você conhece os tratamentos não farmacológicos prescritos? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
12 – Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considera-lo lento? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância

	Precisão Modalidade Tipicidade
13 – Apresenta dificuldade para seguir o tratamento por considera-lo complexo? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
14 – Quanto às orientações sobre a doença recebidas de profissionais da saúde, você consegue incorporá-las no seu dia-a-dia? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
15 – Você apresentou ou tem apresentado atenção geral diminuída? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
16 – Você apresentou ou tem apresentado problemas de memória (no trabalho, visual ou verbal)? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
17 – Sente cansaço diariamente? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
18 – Tem dificuldades para respirar? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade

	Tipicidade
19 – Percebeu edema em alguma parte do corpo (braços, pernas, barriga)?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
20 – Percebeu aumento de peso no último mês?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
21 – Tem dificuldades para dormir a noite?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
22 – Tem prejuízos associados às poucas horas de sono (sonolência diurna, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social, redução da qualidade de vida)?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
23 - Você apresenta três ou mais sinais e sintomas da doença ao mesmo tempo?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
24 – Você tem dificuldade em realizar suas atividades do dia-a-dia?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
25 – Tem dificuldades para realizar atividade sexual?	Comportamental

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>26 – Apresenta perda de apetite?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>27 – Apresentou perda de peso acima de 3kg nos últimos três meses?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>28 – Você notou piora da doença (exacerbação dos sinais e sintomas, reinternações frequentes)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>29 – Apresenta outras doenças (diabetes, hipertensão, insuficiência renal)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>30 – Qual sua classe funcional?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>31 – Qual sua fração de ejeção?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? 	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância</p>

- Sugestões	Precisão Modalidade Tipicidade
32 – Com o início do tratamento para a IC, o(a) senhor(a) passou a realizar atividade física (caminhada ou outro exercício) por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
33 – Diminuiu a ingestão de líquidos, conforme as recomendações do profissional de saúde?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
34 – Diminuiu o consumo de alimentos gordurosos da dieta, conforme as recomendações do profissional de saúde?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
35 – Diminuiu o consumo de sal dos alimentos?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
36 – Consome frutas e verduras?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
37 – Diminuiu o consumo de bebidas alcoólicas?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Simplicidade Clareza Relevância

- Sugestões	Precisão Modalidade Tipicidade
38 – Você evita fumar?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	
39 – Sente dificuldades para manter uma alimentação saudável?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	
40 – Segue rotineiramente o tratamento medicamentoso da IC	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	
41 – Segue rotineiramente o tratamento não medicamentoso da IC?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	
42 – Você mede a pressão arterial regularmente?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	
43 – Segue o calendário de vacinação?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	

44 – Você diminuiu o consumo de açúcar diariamente? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
45 – Realiza 5 a 6 refeições diárias? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
46 – Você monitora seu peso diariamente? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
47 – Você vai às consultas marcadas? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
48 – Você toma os medicamentos para IC nos horários estabelecidos? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
49 – Você toma os medicamentos para IC conforme a dose prescrita? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
50 – Você colabora com os profissionais da saúde no planejamento do seu cuidado? Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Comportamental Simplicidade Clareza Relevância

- Sugestões	Precisão Modalidade Tipicidade
51 – Você implementa os cuidados planejados para si?	Comportamental Simplicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
52 – Você realiza atividades de lazer?	Comportamental Simplicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
53 – Você reconhece suas necessidades de saúde?	Comportamental Simplicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
54 – Você acredita que os medicamentos são eficazes?	Comportamental Simplicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
55 – Você acredita que os medicamentos podem causar complicações nos rins ou no fígado?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
56 – Você acredita que existe uma força maior?	Comportamental Simplicidade
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade

<p>57 – Você se preocupa com seu estado de saúde?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>58 – Você consegue manter um propósito e objetivos na vida, apesar da IC?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>59 – Sente-se satisfeito com a vida?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>60 – Você se esforça para perceber os acontecimentos da vida diária como eventos positivos?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>61 – Você procura identificar as barreiras para lidar com a IC?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>62 – Você consegue identificar as limitações causadas pela IC na sua vida?</p> <p>Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões</p>	<p>Comportamental Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>63 – Você busca informações sobre a IC?</p>	<p>Comportamental Simplicidade</p>

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>64 – Em caso de emergência, sente-se capaz de entrar em contato com a equipe médica por si só?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>65 – Você percebe quando apresenta emoções negativas (preocupação, sensibilidade, tristeza)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>66 -Você apresenta sinais de ansiedade (agitação, irritabilidade, nervosismo, aflição, tensão e movimentos repetitivos)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>67 – Você apresenta sinais de depressão (humor deprimido, falta de estímulo, medo, tristeza)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
CO-PRESENCAS	
<p>68 – Você foi informado sobre os recursos da comunidade local?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>69 – Você recebeu informações sobre a existência de grupos de apoio?</p>	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p>

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>70 – Você foi informado sobre como funciona o sistema de saúde?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>71 – Você foi informado sobre como funcionam as agências de serviços sociais?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>72 – Tem alguém para ouvir suas preocupações?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>73 – Tem alguém que dê apoio a sua família e amigos?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>74 – Tem alguém que ajude a lidar com o estresse?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>75 – Tem alguém para compartilhar alegrias e tristezas?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p>

	Tipicidade
76 – Tem alguém que lhe ajude a adotar medidas de enfrentamento da doença?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
77 – Algum familiar o acompanha nas consultas?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
78 – Você pode falar dos seus problemas com sua família?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
79 – Você recebe apoio emocional da família?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
80 – Sente-se aceito pela sua família?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
81 – Você pode recorrer aos seus familiares em tempos de crise da doença?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
82 – Seus familiares aceitam suas decisões relacionadas à doença?	Comportamental
	Simplicidade

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>83 – Seus familiares compreendem sua doença?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
CUIDADO	
<p>84 – Você mantém bom relacionamento com os profissionais da saúde?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>85 – Você acredita que o profissional de saúde que o acompanha fará o possível para que tenha o cuidado do qual precisa?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>86 – Você acredita que o profissional de saúde tem habilidade e competência para cuidar de sua saúde?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>87 – Você é cuidado por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, dentista)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>88 – Você sente que os profissionais são honestos ao falarem sobre as diferentes opções de tratamento disponíveis para a IC?</p>	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p>

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>89 – Você possui tratamento individualizado e direcionado para seus sintomas?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>90 – Você recebe visita da equipe multiprofissional em sua casa?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>91 – Você é acompanhado em um ambulatório de IC?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>92 – Você recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre a IC?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>93 – Você recebe cuidados paliativos voltados para a IC?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p> <p>Modalidade</p> <p>Tipicidade</p>
<p>94 – Você fez ou faz uso de suporte circulatório mecânico (dispositivo de assistência ventricular, circulação por membrana extracorpórea, balão intra-aórtico)?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p> <p>Clareza</p> <p>Relevância</p> <p>Precisão</p>

	Modalidade Tipicidade
95 – Você fez ou faz uso de dispositivos implantáveis de estimulação cardíaca (marca-passo, desfibrilador cardíaco, terapia de ressincronização cardíaca)?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
96 – Você participa de algum programa de monitoramento na sua casa para acompanhamento da IC?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
97 – Você recebe mensagens em seu celular com dicas sobre como manter uma boa saúde?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
98 – Você tem acesso a sites que contenham informações sobre a IC?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
99 – Você precisa ser internado com frequência?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade
100 – Você possui plano de saúde?	Comportamental
Observações: - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões	Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade

	Tipicidade
101 – Você precisa contratar cuidadores profissionais para cuidar de sua saúde?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
102 – Você precisa comprar os medicamentos que o médico receita?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
103 – Você possui condições financeiras para comprar alimentos saudáveis?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
104 – Você precisa pagar pelo transporte para comparecer ao serviço de saúde?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
105 – Tem uma instituição de saúde na sua regional?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
106 – A instituição na qual é atendido facilita a marcação de consultas?	Comportamental
Observações:	Simplicidade
- O item avaliado corresponde a esta dimensão?	Clareza
- Sugestões	Relevância
	Precisão
	Modalidade
	Tipicidade
107 – A instituição de saúde na qual é atendido o encaminha para outras instituições, caso necessário?	Comportamental

<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>108 – Na instituição de saúde na qual é atendido há possibilidade do atendimento a consultas não-agendadas?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>109 – A instituição de saúde na qual é atendido possui recursos para prestar atendimento de qualidade?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>110 – Você acredita que o sistema de saúde faz o possível para tornar sua saúde melhor?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>111 – Você participa do seu planejamento de alta hospitalar?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>112 – A alta hospitalar é realizada por todos os membros da equipe multidisciplinar?</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O item avaliado corresponde a esta dimensão? - Sugestões 	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade Clareza Relevância Precisão Modalidade Tipicidade</p>
<p>113 – Foi marcada a data de retorno na instituição no momento de sua alta hospitalar?</p>	<p>Comportamental</p> <p>Simplicidade</p>

Observações:

- O item avaliado corresponde a esta dimensão?
- Sugestões

Clareza
 Relevância
 Precisão
 Modalidade
 Tipicidade

114 – A equipe multiprofissional deu orientações sobre o manejo da doença no domicílio no momento de sua alta hospitalar?

Comportamental

Observações:

- O item avaliado corresponde a esta dimensão?
- Sugestões

Simplicidade
 Clareza
 Relevância
 Precisão
 Modalidade
 Tipicidade

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: elaboração de um instrumento de mensuração

Pesquisador: Vima Ribeiro Feltosa Cestari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65296317.0.0000.5039

Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.962.663

Apresentação do Projeto:

Evoca-se a necessidade de identificar a vulnerabilidade da pessoa com IC, enfocando aspectos relevantes que abrangem desde suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, espirituais, sociais, econômicos e políticos. Dessa forma, o desenvolvimento de instrumento específico para medir a vulnerabilidade às complicações de pacientes com IC, que considere sua multidimensionalidade, enfocando domínios relevantes dessa enfermidade, pode facilitar a detecção dos aspectos envolvidos nessa complexa condição crônica, além de auxiliar no planejamento de ações de atenção à saúde da mesma. Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo, o qual tem como finalidade a avaliação e elaboração de instrumentos de modo a torná-los confiáveis. É um tipo de pesquisa ideal para a verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, bem como à elaboração, validação ou avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa ou prática.

O estudo metodológico se utilizará a fase do polo teórico, da Psicometria, constituído de três etapas:

- 1) elaboração das dimensões das vulnerabilidades às complicações da IC;
- 2) desenvolvimento do instrumento de mensuração; e
- 3) validação de conteúdo do instrumento.

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 1.962.663.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá comparecer à Unidade de Pesquisa Clínica, munida de cópia deste parecer, para confecção de crachá de identificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858866.pdf	15/02/2017 15:53:31		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858866.pdf	14/02/2017 20:39:05		Aceito
Folha de Rosto	folha_derostovirmacestari.pdf	14/02/2017 19:40:13	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/02/2017 19:38:40	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/02/2017 19:37:38	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	14/02/2017 19:34:16	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.docx	14/02/2017 19:33:44	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
Outros	acelte_dapesquisaclinicavirmacestari.pdf	14/02/2017 15:49:12	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA.pdf	14/02/2017 15:48:03	Virna Ribeiro Feitosa Cestari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Março de 2017

Assinado por:
VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA
(Coordenador)

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

CEP: 60.864-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7845

Fax: (85)3101-7845

E-mail: cep.hm@ce.gov.br