

# ELABORAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES ACERCA DA CIRURGIA CARDÍACA

*Elaboration of the assessment scale of patient knowledge about cardiac surgery*

*Elaboración de la escala de evaluación del conocimiento del paciente sobre cirugía cardíaca*

Eduardo Tavares Gomes<sup>1\*</sup> , Jadiane Ingrid da Silva<sup>2</sup> , Simone Maria Muniz das Silva Bezerra<sup>3</sup> 

**RESUMO: Objetivo:** Elaborar e realizar a validação de face e conteúdo da Escala de Avaliação do Conhecimento de Pacientes acerca da Cirurgia Cardíaca (EACCC). **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo, em que participaram 30 enfermeiros considerados expertos pelos critérios propostos por Fehring. **Resultados:** Os respondentes eram em sua maioria mulheres (24; 80,0%), com tempo médio de formação de 5,5±10,43 anos e tempo de experiência aproximado ao de formação (5,0±10,78). Não houve sugestão para alteração na forma de avaliar as respostas em cada item e pontuá-las, sendo realizadas alterações para a redação ou o conteúdo de itens, conforme sugestões. **Conclusão:** A versão final permaneceu com a mesma quantidade de itens da versão primeira. De forma geral, na avaliação dos juízes, a escala apresentou-se útil para o alcance do seu objetivo, estando pronta para a validação clínica.

**Palavras-chave:** Estudo de validação. Psicometria. Cirurgia torácica. Conhecimento. Enfermagem cardiovascular.

**ABSTRACT: Objective:** To develop and perform the face and content validation of the Assessment Scale of Patient Knowledge about Cardiac surgery (*Escala de Avaliação do Conhecimento de Pacientes acerca da Cirurgia Cardíaca* - EACCC). **Method:** This is a methodological, quantitative study, in which 30 nurses considered experts according to the criteria proposed by Fehring participated. **Results:** The respondents were mostly women (24; 80.0%), with an average training time of 5.5±10.43 years and experience time approximately to the training (5.0±10.78). There was no suggestion to change the way to evaluate the responses in each item and score them, with changes being made to the wording or content of items, as suggested. **Conclusion:** The final version remained with the same number of items as the first version. In general, in the assessment of judges, the scale proved to be useful for achieving its objective, being ready for clinical validation.

**Keywords:** Validation study. Psychometrics. Thoracic surgery. Knowledge. Cardiovascular nursing.

**RESUMEN: Objetivo:** Elaborar y realizar la validación de rostro y contenido de la Escala de Evaluación del Conocimiento de los Pacientes sobre Cirugía Cardíaca (EECCC). **Método:** Se trata de un estudio metodológico, cuantitativo, en el que participaron 30 enfermeras consideradas expertas según los criterios propuestos por Fehring. **Resultados:** Los encuestados fueron mayoritariamente mujeres (24; 80,0%), con un tiempo medio de formación de 5,5±10,43 años y un tiempo de experiencia similar al de la formación (5,0±10,78). No se sugirió cambiar la forma de evaluar las respuestas en cada ítem y calificarlas, con cambios en la redacción o el contenido de los ítems, como se sugirió. **Conclusión:** La versión final se mantuvo con el mismo número de ítems que la primera versión. En general, en la evaluación de los jueces, la Escala resultó útil para alcanzar su objetivo, estando lista para la validación clínica.

**Palabras clave:** Estudio de validación. Psicometría. Cirugía torácica. Conocimiento. Enfermería cardiovascular.

<sup>1</sup>Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Chefe da unidade de Blocos Cirúrgicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Olinda (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Mestre em Enfermagem pela UFPE. Docente na Faculdade de Comunicação Tecnologia e Turismo de Olinda – Olinda (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Pós-Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora associada do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba – Recife (PE), Brasil.

\*Autor correspondente: edutgs@hotmail.com

Recebido: 22/04/2020 – Aprovado: 26/10/2020

<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000040006>

## INTRODUÇÃO

O período pré-operatório é destinado ao processo de preparação do paciente como um todo, além de ser o momento relacionado ao processo educativo de oferecer informações a respeito dos procedimentos cirúrgicos e dos cuidados a serem realizados<sup>1</sup>. Tais orientações compreendem desde o preparo para o ato cirúrgico até os cuidados do período pré-operatório, incluindo as mudanças de vida que podem advir<sup>1</sup>.

A perspectiva de se submeter a uma cirurgia é comumente percebida pelo indivíduo como um evento relacionado à incapacidade e/ou à alteração da imagem corporal, podendo ser causa de estresse e angústia, sensações ligadas às questões sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e à incerteza do resultado diagnóstico<sup>2</sup>. Estresse e ansiedade pré-operatória estão, assim, relacionadas diretamente à falta de conhecimento por parte dos pacientes e, indiretamente, às falhas no aproveitamento dos momentos pré-operatórios para que a equipe multidisciplinar possa oferecê-los<sup>3</sup>. Sintomas de ansiedade estão relacionados ao maior nível de dor pós-operatória e impactam negativamente os resultados da cirurgia, também a longo prazo, no pós-operatório, o que poderia ser minimizado com estratégias de educação e intervenções voltadas para as questões socioemocionais envolvidas<sup>3-7</sup>.

A espera pela cirurgia cardíaca, habitualmente, gera repercussões psicológicas e fisiológicas, visto que o coração é um órgão que apresenta grande simbologia para as pessoas, sendo idealizado como o centro das emoções, da vida e do corpo<sup>1</sup>. Além disso, também pode desencadear diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos e resposta imunológica lenta, contribuindo para maior predisposição às infecções<sup>5,6</sup>.

A equipe multiprofissional, para implementar a educação em saúde, deve buscar compreender as necessidades de aprendizagem dos pacientes e ter as evidências científicas necessárias para organizar o cuidado e orientar o processo educativo<sup>8</sup>. A educação em saúde pode ser entendida, nesse contexto, como uma prática social que promove a reflexão e a consciência crítica, com ênfase num processo dialógico e organizador da forma de se trabalhar com pessoas, não sendo apenas um ato meramente instrucional<sup>8</sup>.

No intuito de tornar a prática da educação em saúde mais efetiva e eficaz no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, é importante pensar em estratégias com linguagem acessível ao público-alvo, por meio de ações educativas e interativas entre o profissional e o paciente. É de suma relevância a realização de orientações e visitas pré-operatórias<sup>7,8</sup>. Quando o paciente tem esse conhecimento, é possível prevenir complicações no pós-operatório, além de permitir que ele fique menos ansioso e tenha melhor aceitação das orientações que recebe, suprindo

suas necessidades psicológicas e contribuindo para uma melhora rápida após a cirurgia<sup>9</sup>.

É necessário, ainda, o desenvolvimento de estratégias de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pacientes acerca do procedimento a que serão submetidos. Para melhor planejar como intervir, o profissional deve ter recursos que lhe deem segurança e possibilitem otimizar seu tempo com ações mais focadas e avaliar diretamente o efeito destas na educação do paciente.

Um instrumento validado que possibilitasse avaliar o conhecimento do paciente acerca do perioperatório da cirurgia cardíaca serviria a uma dupla finalidade: como roteiro para verificar, de forma objetiva, a dimensão da necessidade de aprendizagem do paciente, norteador uma reflexão sobre quais aspectos precisam de melhor abordagem, e, ao mesmo tempo, como uma forma de se considerar o progresso do paciente após uma intervenção educativa. Para mensurar a eficácia de intervenções educativas, esse instrumento poderia ser aplicado, por exemplo, antes e após a cirurgia ou apenas depois, quando seria possível estabelecer uma meta da pontuação mínima a ser alcançada.

Assim sendo, esta pesquisa enfatiza a relevância de se aprimorar os instrumentos de avaliação da assistência de enfermagem, em particular das estratégias de educação em saúde.

## OBJETIVO

Elaborar e realizar a validação de face e conteúdo da Escala de Avaliação do Conhecimento de Pacientes acerca da Cirurgia Cardíaca (EACCC).

## MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo. A pesquisa metodológica é aquela que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa centradas no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados, com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos<sup>9</sup>.

A coleta de dados ocorreu entre maio e outubro de 2018. Os enfermeiros convidados, conforme os critérios descritos a seguir, trabalhavam em três hospitais universitários do Nordeste do Brasil (Recife, capital do estado de Pernambuco), que realizam cirurgia cardíaca.

A pesquisa foi conduzida em duas etapas. Na primeira etapa, os autores realizaram a elaboração da primeira versão da EACCC. Para a proposição da escala, utilizaram-se os

conteúdos que são ministrados, as dúvidas mais frequentes e a experiência dos autores com o tema. O conteúdo que é utilizado na orientação aos pacientes, realizada no hospital, foi elaborado, por sua vez, por uma ampla revisão da literatura, além da experiência dos profissionais e dos protocolos do hospital.

Para o levantamento das dúvidas dos pacientes e das necessidades de aprendizagem, procedeu-se a uma investigação prévia com 50 pacientes internados no hospital especializado que aguardavam a cirurgia. Houve o cuidado de não serem entrevistados pacientes já submetidos a qualquer intervenção educativa para buscar as dúvidas mais primárias, ou seja, aquelas dúvidas que não haviam sido abordadas por nenhum profissional<sup>10</sup>.

Ao fim dessa primeira etapa, elaborou-se a versão inicial da escala com 18 itens a serem preenchidos por enfermeiros durante a entrevista com o paciente. Após a entrevista com o paciente, para cada item avaliado, a escala deve ser preenchida considerando que:

- o paciente *não sabe* sobre o questionado quando não houver resposta de sua parte ou quando estiver completamente equivocado;
- o paciente *sabe parcialmente* sobre o questionado quando não utilizar corretamente os termos ou não souber detalhes, mas souber o principal sobre o cuidado ao qual o item se refere;
- o paciente *sabe* sobre o questionado quando responder com suas palavras corretamente sobre o principal relacionado ao cuidado ao qual o item se refere.

A pontuação da escala é contabilizada da seguinte forma: 0 ponto para cada item que o paciente não sabe sobre o questionado; 1 ponto para cada item que o paciente sabe parcialmente sobre o questionado; 2 pontos para cada item que o paciente sabe sobre o questionado. O escore total da primeira versão variava de 0 a 36 pontos, sendo a pontuação maior relacionada a um melhor conhecimento do paciente cardiopata grave acerca da cirurgia cardíaca a que poderá ser submetido.

A segunda etapa para validação de face ou aparência e de conteúdo realizou-se com a avaliação da concordância do julgamento de enfermeiros-juizes. Após o retorno das avaliações, verificou-se a concordância entre as considerações dos avaliadores sobre cada item proposto na escala e da escala como um todo.

Os enfermeiros foram convidados pessoalmente ou por *e-mail* a participarem, preenchendo um instrumento de coleta para avaliarem a primeira versão da escala. Foi dado o prazo de um mês a contar do contato para o retorno, e, quando este não ocorreu, realizou-se um segundo contato com prazo de mais quinze dias.

Realizou-se a seleção dos juizes pelo currículo Lattes, seguindo o critério proposto por Fehring (1994) para a seleção de expertos, explicitado no Quadro 1, adaptado para a área de enfermagem em cardiologia<sup>11,12</sup>.

De um total de 14 pontos possíveis para a avaliação dos currículos, consideraram-se expertos aptos à participação como juizes os que obtiveram, no mínimo, 4 pontos. A amostra de enfermeiros foi estimada entre 25 e 50, conforme o método de Fehring para validação por especialistas<sup>12</sup>.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados pelo SPSS versão 20.0, de domínio público. Para análise dos dados, utilizaram-se os recursos de estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, médias e desvios-padrão) e o índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a concordância dos juizes quanto à representatividade dos itens, em relação ao conteúdo em estudo.

O IVC foi calculado dividindo-se o número de juizes que avaliaram o item como claro e objetivo, de presença relevante e que possibilita o alcance do objetivo da escala pelo total de juizes (avaliação por item), resultando na proporção de juizes que julgaram o item válido. O nível de concordância considerado como aceitável para a escala foi de 80%<sup>9</sup>. Um quarto item foi proposto como tipo Likert, no qual se pedia que se atribuísse valor de 1 a 5 para a relevância do item para escala.

**Quadro 1.** Adaptação do sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação de conteúdo de Fehring (1994).

Mestre em enfermagem	4
Mestre em enfermagem com dissertação sobre enfermagem em cardiologia	1
Pesquisa com publicação na área de enfermagem em cardiologia	2
Artigo publicado na área de enfermagem em cardiologia	2
Doutorado em enfermagem ou áreas correlatas	2
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em cardiologia	1
Certificado de especialização nas áreas de enfermagem em cardiologia ou clínica cirúrgica ou saúde do adulto	2
Pontuação máxima	14

O cálculo do IVC desse item considerou como respostas positivas as que pontuaram o item com escores 4 e 5, ou seja, com a maior relevância. Para calcular o IVC geral do instrumento, realizou-se a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividindo pelo número de itens<sup>9,12,13</sup>.

O resultado do IVC varia de 0 a 1, demonstrando a concordância entre juízes de 0 a 100%. Como aceitável, considerou-se o índice de  $\geq 0,80$  (80% de concordância entre os juízes) tanto para avaliação de cada item como para avaliação geral do instrumento<sup>9,12,13</sup>.

Tanto a primeira versão como a final foram avaliadas por dois profissionais habilitados em revisão da língua portuguesa. A pesquisa foi elaborada pautada nos preceitos da Resolução nº 466/2012 e avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer 2.434.581, CAAE 56496116.5.0000.5192).

## RESULTADOS

Foram convidados a participar 45 enfermeiros que, após análise prévia do currículo Lattes, tinham pontuação maior que 4 para serem considerados experts. Destes, após o prazo, 30 responderam à pesquisa, com pontuação média de  $7,0 \pm 1,26$  pontos, variando entre 4 e 12 pontos.

Os respondentes eram, em sua maioria, mulheres (24 / 80,0%), com tempo médio de formação de  $5,5 \pm 10,43$  anos e tempo de experiência aproximado ao de formação ( $5,0 \pm 10,78$ ). O tempo de experiência variou entre 4 e 28 anos, e todos trabalhavam na área assistencial.

Quanto à formação acadêmica, 18 (60,0%) tinham mestrado em enfermagem e 27 (90,0%) tinham especialização em cardiologia, clínica cirúrgica ou em áreas correlatas em saúde do adulto. Apenas 2 (6,67%) eram doutores. Apresentavam publicação de artigos em periódicos na área de enfermagem em cardiologia 66,67% (20); 56,67% participaram ou participavam de pesquisas na área; e 76,67% (23) tinham experiência assistencial nessa área. Os 23,3% (7) restantes tinham experiência em clínica cirúrgica, incluindo os períodos pré e pós-operatório.

A avaliação dos itens pelo IVC revelou que eles se apresentavam válidos, em sua maioria, para os critérios avaliados. Não se apresentaram válidos, ou seja, não atingiram  $IVC \geq 0,85$ , conforme descrito a seguir na Tabela 1:

- quanto à clareza e à objetividade ( $IVC = 0,87$ ): itens 3 (descrever esse tipo de cirurgia), 7 (tricotomia necessária), 9 (posição para o paciente que faz cirurgia cardíaca dormir no hospital);

- quanto à presença relevante para avaliar aquela informação/cuidado ( $IVC = 0,94$ ): itens 3 (descrever esse tipo de cirurgia), 4 (o que é jejum);
- quanto ao valor em possibilitar o alcance do objetivo da escala ( $IVC = 0,94$ ): itens 3 (descrever esse tipo de cirurgia), 4 (o que é jejum);
- quanto à relevância para o objetivo geral ( $IVC = 0,88$ ): itens 3 (descrever esse tipo de cirurgia), 4 (o que é jejum).

Em seguida, os enfermeiros responderam questões para avaliação geral da escala, considerando-a de fácil leitura e compreensão para aplicadores enfermeiros (26 / 86,7%) e que possibilita avaliar o conhecimento de pacientes no período pré-operatório acerca da cirurgia cardíaca a que estão elegíveis (26 / 86,7%). Dos respondentes, 40,0% (12) afirmaram que mais questões deveriam ser acrescentadas, e 60,0% (18) afirmaram que havia questões desnecessárias, considerando a totalidade do instrumento e o seu objetivo proposto. Ainda uma questão foi feita, ao fim, no intuito de ratificar e explorar as anteriores e, para tal, 29 (96,7%) juízes avaliaram que havia coerência entre

**Tabela 1.** Validade de conteúdo de cada item da Escala de Avaliação do Conhecimento de Pacientes acerca da Cirurgia Cardíaca – 1ª versão.

Item	Clareza e objetividade	Presença relevante	Possibilita o alcance do objetivo da escala	Relevância para o objetivo geral
1	0,87	0,97	1,00	0,87
2	0,93	1,00	1,00	0,97
3	0,70	0,67	0,70	0,57
4	0,97	0,77	0,77	0,63
5	0,97	1,00	1,00	1,00
6	0,90	0,87	0,87	0,80
7	0,63	0,93	0,93	0,77
8	0,87	1,00	1,00	0,97
9	0,73	1,00	0,97	0,90
10	0,87	0,97	0,97	0,93
11	0,90	1,00	1,00	1,00
12	0,90	1,00	0,97	0,93
13	0,87	0,97	0,97	0,90
14	0,93	0,90	0,90	0,87
15	0,93	1,00	1,00	1,00
16	0,87	1,00	1,00	1,00
17	0,87	1,00	1,00	1,00
18	0,97	0,87	0,77	0,77

**Tabela 2.** Avaliação geral da escala pelos enfermeiros juízes.

Questões	Sim		Não		Em parte	
	N	%	N	%	N	%
A escala é de fácil leitura e compreensão para aplicadores enfermeiros?	26,0	86,7	0,0	0,0	4,0	13,3
Possibilita avaliar o conhecimento de pacientes no período pré-operatório acerca da cirurgia cardíaca a que estão elegíveis?	26,0	86,7	0,0	0,0	4,0	13,3
Alguma questão que você acha que deva ser acrescentada ao instrumento?	12,0	40,0	18,0	60,0	0,0	0,0
Alguma questão que você acha desnecessária considerando a totalidade do instrumento e o seu objetivo proposto?	18,0	60,0	12,0	40,0	0,0	0,0
Há coerência entre os itens propostos e a necessidade de conhecimento por parte dos pacientes acerca da cirurgia cardíaca, de forma que indique necessidades de aprendizagem e oportunidades de educação em saúde?	29,0	96,7	0,0	0,0	1,0	3,3

os itens propostos e a necessidade de conhecimento por parte dos pacientes acerca da cirurgia cardíaca (Tabela 2).

Não houve sugestão para alteração na forma de avaliar as respostas em cada item e pontuá-las. Considerando o IVC e a resposta quanto aos itens que os enfermeiros achavam desnecessários à escala, foram retirados na versão final os itens 3 (descrever esse tipo de cirurgia) e 4 (o que é jejum). Após a retirada desses itens, o IVC dos quatro aspectos avaliados apresentou-se elevado ( $IVC \geq 0,85$ ). Com base nas sugestões dos enfermeiros, incluíram-se os seguintes itens: a rotina de banho no pré-operatório imediato (6 sugestões), a presença de tubos, drenos, sondas etc. ao despertar no pós-operatório (8 sugestões).

A versão final, então, permaneceu com a mesma quantidade de itens da versão primeira, sendo avaliada da mesma forma.

## DISCUSSÃO

A construção e a validação de escalas, que têm como objetivo a avaliação do conhecimento de pacientes, é primordial para que se possa buscar meios que visem proporcionar melhor conhecimento acerca da sua doença<sup>13,14</sup>.

Embora não se tenha forte evidência para tal, uma pesquisa verificou que pacientes que não tinham proficiência na língua em que recebiam orientações tinham maiores taxas de infecção e permanência hospitalar, reforçando a importância da adequação da linguagem à população e aos pacientes nas estratégias de educação em saúde<sup>15</sup>. Esta publicação reforça a necessidade de se proceder à validação de face e de conteúdo para que os recursos elaborados sejam eficazes na prática assistencial.

Apesar dessa relevância, etapas de validação de instrumentos, protocolos ou diagnósticos de enfermagem apresentam-se ainda de difícil execução pela dificuldade em se conseguir

profissionais que possam ser considerados expertos, assim como de se conseguir que os encontrados tornem-se respondentes e avaliadores<sup>12</sup>. Neste trabalho, apesar de a maioria dos enfermeiros convidados terem tido vínculo com a mesma instituição em algum momento da formação (ex-residentes, pós-graduandos, membros de grupos de pesquisa), apenas dois terços atenderam ao convite para participar.

As escalas de avaliação, quando utilizadas por profissionais bem instruídos acerca da sua aplicabilidade, permitem que eles identifiquem alterações no quadro clínico dos pacientes e possam, por meio desses instrumentos, propor medidas de intervenção com o propósito de prestar assistência de melhor qualidade aos indivíduos<sup>16</sup>.

Instrumentos de avaliação são artificios que podem ser utilizados em propostas educativas na área de saúde e que objetivam viabilizar a medida da eficiência do processo de ensino e aprendizagem, com a finalidade de propor mudanças de comportamento relacionadas à doença<sup>14,16</sup>. As alterações realizadas pela avaliação dos juízes, com a substituição de dois itens por outras proposições que não haviam sido contempladas, permitiu que o instrumento em sua versão se mostrasse melhor afinado para atender a essas finalidades.

As ações educativas propõem a formação de um conjunto de ações que têm como objetivo oportunizar o conhecimento do paciente, seus familiares e cuidadores a respeito de um determinado assunto relacionado ao seu estado de saúde, favorecendo, assim, a organização e as mudanças relacionadas ao seu cuidado<sup>16</sup>.

Estudos mostram que a adesão ao processo de reabilitação está associada ao fato de o paciente ter consciência a respeito do procedimento pelo qual ele vai ser submetido e o seu processo de recuperação<sup>16-20</sup>. As intervenções de enfermagem no período pré-operatório, com destaque especial para as intervenções educativas, são essenciais para que o paciente se torne



responsável, com a equipe, pelo seu processo de recuperação e autocuidado, podendo impactar, até mesmo, variáveis clínicas indicadoras de sucesso da cirurgia<sup>16-20</sup>.

Como limitação do estudo, considera-se que, nessa etapa, poderia ser conseguido um resultado mais refinado se fossem incluídos enfermeiros de outras regiões do país, que contribuísem com aspectos regionais de linguagem e de outras realidades de assistência cirúrgica em cardiologia.

## CONCLUSÃO

A primeira versão necessitou de poucos ajustes, sendo apenas dois itens retirados e substituídos por dois outros. De forma

geral, na avaliação dos juízes, a EACCC apresentou-se útil para o alcance do seu objetivo, tendo sido elaborada para ser aplicada por enfermeiros para pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Essa versão da escala deve, ainda, ser validada com os pacientes, de forma que se avalie fidedignidade, aplicabilidade e estrutura fatorial, estando, após esta etapa de elaboração e validação (face e conteúdo por juízes), pronta para ser utilizada (Apêndice 1).

Sugere-se a continuação do aprimoramento da escala na validação clínica com pacientes para avaliação das propriedades psicométricas da escala com a verificação da possibilidade de agrupar os itens em domínios e possíveis pontos de corte em que seja classificado o conhecimento apresentado (por exemplo, como conhecimento suficiente ou insuficiente).

## REFERÊNCIAS

- Costa TMN, Sampaio CEP. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acessado em 5 nov. 2017];23(2):260-5. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2015.16534>
- Erdmann AL, Lazoni GMM, Callegaro GD, Baggio MP, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(1). <http://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100007>
- Mendonça KM, Andrade TM. Patient's perception about coronary artery bypass grafting. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2015;30(5):544-51. <http://doi.org/10.5935/1678-9741.20150060>
- Poole L, Ronaldson A, Kidd T, Leigh E, Jahangiri M, Steptoe A. Pre-surgical depression and anxiety and recovery following coronary artery bypass graft surgery. *J Behav Med*. 2017;40(2):249-58. <http://doi.org/10.1007/s10865-016-9775-1>
- Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(4):CD002902. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002902.pub4>
- Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in preoperative period of cardiac patients. *Biomed Res Int*. 2016;2016:1248396. <http://doi.org/10.1155/2016/1248396>
- Heilmann C, Stotz U, Burbaum C, Feuchtinger J, Leonhart R, Siepe M, et al. Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):351-61. <https://doi.org/10.1111/jocn.13055>
- Schmitz CR, Klock P, Santos JLG, Erdmann AL. Orientações no pré-operatório de cirurgia cardíaca a pacientes idosos: revisão integrativa. *Rev Enferm UERJ*. 2013;21(3):391-6.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Pereira D, Ferreira T, Silva J, Gomes E, Bezerra S. Necessidades de aprendizagem acerca da cirurgia cardíaca na perspectiva de pacientes e enfermeiros. *Revista SOBECC*. 2018;23(2):84-8. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/399> <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020005>
- Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):649-55. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>
- Tibúrcio MP, Melo GSM, Balduino LSC, Costa IKF, Dias TYAF, Torres GV. Validation of an instrument for assessing the ability of blood pressure measurement. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):581-7. <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670413>
- Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
- Bonin CDB, Santos RZ, Ghisi GLM, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construção e validação do questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(4):364-73. <http://doi.org/10.5935/abc.20140032>
- Silveira LL, Almeida MA, Silva MB, Nomura ATG. Registros de enfermagem acerca das ações educativas para pacientes submetidos à artroplastia de quadril. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(4). <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.31636>
- Tang EW, Go J, Kwok A, Leung B, Lauck S, Wong ST, et al. The relationship between language proficiency and surgical length of stay following cardiac bypass surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(6):438-46. <http://doi.org/10.1177/1474515115596645>

17. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(6):447-58. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>
18. Henrickson SE, Wadhera RK, Elbardissi AW, Wiegmann DA, Sundt TM. Development and pilot evaluation of a preoperative briefing protocol for cardiovascular surgery. *J Am Coll Surg*. 2009;208(6):1115-23. <http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2009.01.037>
19. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2015;24(1-2):34-46. <https://doi.org/10.1111/jocn.12618>
20. Guo P, East L, Arthur A. Thinking outside the black box: the importance of context in understanding the impact of a preoperative education nursing intervention among Chinese cardiac patients. *Patient Educ Couns*. 2014;95(3):365-70. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.001>

## Apêndice 1. Escala de avaliação do conhecimento de pacientes acerca da cirurgia cardíaca (EACCC).

### Utilização da escala:

Após a entrevista com o paciente, para cada item avaliado deverá se preencher a escala considerando que:

- o paciente *não sabe* sobre o questionado quando não houver resposta de sua parte ou quando estiver completamente equivocado;
- o paciente *sabe parcialmente* sobre o questionado quando não utilizar corretamente os termos ou não souber detalhes, mas sabe o principal sobre o cuidado a que o item se refere;
- o paciente *sabe* sobre o questionado quando responder com suas palavras corretamente sobre o principal relacionado ao cuidado a que o item se refere.

Acerca da cirurgia cardíaca a que está candidato, o paciente sabe:	Não sabe	Sabe parcialmente	Sabe
1. O tipo de cirurgia a ser realizada.			
2. O motivo da realização dessa cirurgia.			
3. A rotina de banho no pré-operatório imediato.			
4. Quanto tempo é necessário fazer jejum antes da cirurgia.			
5. O motivo do jejum.			
6. A tricotomia necessária.			
7. Se pode tossir e quais os cuidados com a tosse após a cirurgia.			
8. A posição para o paciente que faz cirurgia cardíaca dormir no hospital.			
9. Que despertará em uma unidade de terapia intensiva.			
10. A presença de tubos, drenos, sondas etc. ao despertar no pós-operatório.			
11. Os cuidados que deverá ter com a alimentação e dieta após a cirurgia.			
12. A possibilidade de retorno às atividades de vida diárias realizadas antes da cirurgia.			
13. A possibilidade de retorno às atividades físicas.			
14. Se pode fazer esforço físico desgastante, como pegar objetos pesados após a alta.			
15. A possibilidade de vida sexual normal após a alta.			
16. Os cuidados com a ferida operatória pós-alta.			
17. Os sinais de infecção da ferida operatória.			
18. Se poderá voltar a fumar após a cirurgia.			

### Análise do resultado:

A pontuação da escala será dada da seguinte forma:

- 0 ponto para cada item que o paciente *não sabe* sobre o questionado;
- 1 ponto para cada item que o paciente *sabe parcialmente* sobre o questionado;
- 2 pontos para cada item que o paciente *sabe* sobre o questionado.

O escore total irá variar de 0 a 36 pontos, sendo a pontuação maior relacionada a um melhor conhecimento do paciente cardiopata grave acerca da cirurgia cardíaca a que poderá ser submetido.