

Atualização da Teoria de Situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca: estudo Delphi*

Gisele Saraiva Bispo Hirano¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6649-8778>

Viviane Martins da Silva²

 <https://orcid.org/0000-0002-8033-8831>

Alba Lucia Bottura Leite de Barros³

 <https://orcid.org/0000-0003-2691-3492>

Destaques: **(1)** Utilização de Delphi para validação interna de Teoria de Situação-específica. **(2)** Descrição das características de uma Teoria de Situação-específica em enfermagem. **(3)** Inovação com o uso de linguagens padronizadas na construção de teoria. **(4)** Avanços no conhecimento sobre o controle da saúde na insuficiência cardíaca. **(5)** Aprimoramento da assistência de enfermagem aos indivíduos com insuficiência cardíaca.

Objetivo: descrever o processo de análise dos elementos intrínsecos da Teoria de Situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca e apresentar sua respectiva atualização. **Método:** análise dos elementos intrínsecos da teoria utilizando técnica Delphi. Foram selecionados enfermeiros cuja expertise envolvia conhecimentos em Enfermagem em Cardiologia, teorias de Enfermagem, em insuficiência cardíaca e/ou terminologias de Enfermagem. **Resultados:** a Teoria foi analisada por 15 especialistas na primeira rodada e 14 na segunda rodada; todos os itens avaliados obtiveram concordância superior a 80% com relação à sua adequação, após duas rodadas de análise. A teoria manteve sua estrutura original, no entanto, a relação entre os fatores que influenciam o controle da saúde do indivíduo com insuficiência cardíaca e o pictograma foram atualizados. **Conclusão:** a teoria atualizada oferece melhor compreensão acerca dos fatores que podem influenciar o controle da saúde dos indivíduos com insuficiência cardíaca e, embora o foco da teoria seja o cenário ambulatorial, assume-se a possibilidade de sua aplicação em outros cenários. A técnica Delphi mostrou-se útil para a validação teórica, tendo-se em vista a especificidade do tema, contudo o tempo de resposta dos especialistas pode ser demorado, o que tende a impactar no tempo de conclusão do estudo.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Autocuidado; Técnica Delphi; Enfermagem.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Teoria de situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca", apresentada à Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 307380/2021-1, Brasil.

¹ Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Hirano GSB, Silva VM, Barros ALBL. Update of the Situation-specific Theory for health management in heart failure: Delphi study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4554 [cited ____]. Available from: ____
https://doi.org/10.1590/1518-8345.7663.4554

ano mês dia URL

Introdução

Ao longo do último século, a enfermagem evoluiu de ocupação para profissão e, com isso, houve um interesse crescente em construir um corpo de conhecimento próprio, abandonando o empirismo para alicerçar a prática clínica em evidências científicas. Com a cientificação da profissão, começaram a ser desenvolvidas teorias de enfermagem na intenção de compreender melhor os fenômenos e as respostas humanas que são de interesse da enfermagem⁽¹⁻²⁾. As teorias de enfermagem consistem em um conjunto de conceitos e proposições que ajudam a explicar, prever e prescrever cuidados de enfermagem, ou seja, alicerçam os saberes e a prática de enfermagem, sendo, portanto, importantes para o desenvolvimento da profissão⁽¹⁾.

As teorias de enfermagem podem ser classificadas, de acordo com seu nível de abstração, em grandes teorias (mais abstratas), teorias de médio alcance (nível intermediário de abstração) e teorias de situação-específica (menos abstratas), ou teorias práticas, a depender da literatura consultada. O termo “teorias de situação-específica” (TSE) foi utilizado pela primeira vez em 1999, por Im e Meleis, ao descreverem teorias menos abstratas que teorias de médio alcance e voltadas a populações e situações específicas que pudessem ser mais facilmente aplicáveis na prática clínica do enfermeiro⁽³⁾. As propriedades de uma TSE, descritas por Im e Meleis, são: baixo nível de abstração; reflexão sobre um fenômeno específico de enfermagem, contexto, conexão prontamente acessível à pesquisa e à prática de enfermagem, reflexão de diversidades no fenômeno de enfermagem, generalização limitada⁽³⁾.

Para determinar a relevância e a qualidade de uma teoria, sugere-se que ela seja submetida a uma avaliação de seus elementos intrínsecos ou a uma validação clínica, a partir de teste empírico⁽⁴⁾. A avaliação de seus elementos deverá determinar se a abordagem epistemológica está de acordo com que é esperado, a partir da referência utilizada. Devido à especificidade do tema, submeter uma teoria de enfermagem a uma avaliação de seus elementos intrínsecos pode ser uma tarefa árdua, já que é necessário que os avaliadores possuam alta expertise para este fim. Dessa maneira, faz-se necessário a escolha de métodos de avaliação que sejam não somente confiáveis, mas também viáveis do ponto de vista metodológico.

A avaliação de uma teoria, também chamada de validação, é o principal método para verificar sua qualidade e adequação a critérios pré-estabelecidos, além de pontuar as necessidades de melhorias para facilitar seu uso. Tal validação pode ser da perspectiva interna, isto é, a que verifica a adequação de seus elementos intrínsecos,

ou externa, por meio de testes empíricos nos quais vários autores podem ser utilizados como guia⁽⁵⁾, bem como diferentes estruturas podem ser utilizadas para esse tipo de análise⁽⁶⁻⁷⁾. No caso de teorias de situação-específica, pode-se utilizar como guia a estrutura que descreve de modo mais detalhado as características desse tipo de teoria em particular^(3,8).

Em 2023, foi publicada a Teoria de Situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca (IC), uma TSE cujo objetivo é descrever como ocorre o controle da saúde dos pacientes com IC e os fatores que interferem neste controle, utilizando conceitos provenientes das linguagens padronizadas NANDA (*NANDA-International*), NIC (*Nursing Interventions Classification*) e NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e da Teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem⁽⁹⁾. A IC é doença crônica, progressiva, com sintomas e sinais que resultam de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ou ejeção do sangue pelos ventrículos⁽¹⁰⁾. Seu tratamento envolve acompanhamento multiprofissional, uso de polifarmácia e, frequentemente, o uso de dispositivos para controle de arritmias ou de assistência ventricular, o que demanda do indivíduo a necessidade de boa adesão à terapêutica, além do reconhecimento dos sintomas de descompensação da doença⁽¹¹⁾. O conceito central da TSE mencionada foi “controle da saúde”, tendo-se em vista que, a despeito da importância de um bom controle da saúde para redução das hospitalizações e melhora da qualidade de vida, a literatura mostra que tais indivíduos apresentam dificuldade em gerir adequadamente sua saúde⁽⁹⁾. Tal teoria foi construída entre 2019 e 2020 e – por entender que uma TSE deve apresentar a estrutura proposta pela literatura⁽³⁾, o que inclui ser facilmente aplicável à prática clínica – optou-se por submetê-la à avaliação por especialistas para avaliar sua adequação aos critérios de TSE descritos na literatura além de outros critérios referentes às teorias de enfermagem como um todo^(3,7).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é descrever o processo de análise dos elementos intrínsecos da Teoria de Situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca e apresentar sua respectiva atualização.

Método

Delineamento do estudo

Para a realização da análise da teoria construída, foi aplicada a técnica Delphi, uma ferramenta cujo objetivo consiste em se obter um consenso de especialistas, por uma série de questionários, acerca de um tema

complexo⁽¹²⁾. A escolha do método deveu-se à escassez de metateoristas, no cenário brasileiro, que pudessem contribuir com a avaliação da Teoria e, conforme sugere a literatura, a obtenção de consenso de um pequeno grupo de especialistas pode ser útil para chegar a resultados consistentes, embora seu uso na validação de teorias de enfermagem ainda seja modesto⁽⁵⁾. De acordo com a literatura, não existe consenso sobre a quantidade mínima de indivíduos a serem escolhidos como juízes e nem os critérios que devem ser aplicados para sua escolha, devendo ficar a critério dos pesquisadores⁽¹²⁾. Estudos semelhantes utilizaram de três a sete juízes⁽¹³⁻¹⁴⁾, sendo que, para este estudo, os autores concordaram que seria necessário um mínimo de 12 experts, tendo em vista a perda de experts a cada rodada⁽¹⁵⁾. Para a apresentação das etapas do estudo, foi utilizado o *checklist* SQUIRE⁽¹⁶⁾.

Critérios de seleção dos especialistas

O recrutamento dos juízes foi feito unindo dados provenientes de nossa experiência em pesquisa e por busca na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foram selecionados enfermeiros cuja expertise envolva conhecimentos em Enfermagem em Cardiologia, em teorias de Enfermagem, em insuficiência cardíaca e/ou terminologias de Enfermagem. Para a seleção dos

especialistas considerou-se não somente o conhecimento sobre a construção de teorias em si, mas também o conhecimento sobre a população estudada e sobre a estrutura que alicerçou a construção de seus conceitos (sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem).

Os especialistas foram caracterizados de acordo com sua idade e sexo e, para sua caracterização, com relação à formação acadêmica e experiência clínica e no ensino, foram adotados os critérios estabelecidos por Benner, Tanner e Chesla⁽¹⁷⁾ em 2009 para a seleção e classificação dos juízes: experiência prática determinada pelo tempo de atuação em Cardiologia; e a experiência acadêmica determinada pela participação em grupos de pesquisas sobre: Cardiologia, linguagens padronizadas e/ou teorias de Enfermagem, bem como a produção de conhecimento e a publicação de artigos/trabalhos científicos nas temáticas referidas. Vale destacar que os intervalos construídos para os tempos de prática e de ensino foram estabelecidos pelos próprios autores a partir dos anos completos mínimo e máximo apresentados pelos juízes. O critério "qualificação" recebeu notas de 1 a 5 (1 – graduação; 2- residência; 3 – mestrado; 4 – doutorado; 5 - pós-doutorado). Para o critério "pesquisa para titulação" e a "publicação de artigos" nas temáticas sugeridas, atribuiu-se notas 0 para ausência e 1 para presença. O nível de expertise foi calculado pela média simples das pontuações obtidas, conforme apresentado na Figura 1.

Pontuação	Tempo de prática (W)*	Tempo de ensino (X)†	Grupo de pesquisa (Y)‡	Conhecimento científico (Z)§		
				Qualificação (Z ₁)	Pesquisa para titulação (Z ₂)	Publicação de artigos (Z ₃)**
0	-	-	Não	-	Não	Não
1	1-6	0-4	Sim	Graduação	Sim	Sim
2	7-12	5-9	-	Residência	-	-
3	13-18	10-14	-	Mestrado	-	-
4	19-24	15-19	-	Doutorado	-	-
5	25 ou mais	20 ou mais	-	Pós-doutorado	-	-

*W = Anos (intervalo construído a partir dos tempos mínimos e máximos de prática); †X = Anos (intervalo construído a partir dos tempos mínimos e máximos de experiência no ensino); ‡Y = Participação em grupo de pesquisa sobre a temática; §Z = Formação e produção científica sobre a temática; ||Z₁ = Formação acadêmica; **Z₂ = Dissertação ou tese sobre a temática; **Z₃ = Artigos publicados sobre a temática

Figura 1 - Parâmetros para a classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla. São Paulo, Brasil, 2022

Estes parâmetros levaram à classificação dos juízes segundo o nível de expertise⁽¹⁷⁾, conforme descreve a Figura 2.

O convite, feito via *e-mail*, incluiu a descrição dos objetivos do estudo e o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite e assinatura do TCLE, os juízes selecionados receberam a teoria na íntegra e preencheram o instrumento de análise. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e abril de 2022.

Pontuação	Nível	Descrição
0 – 3,6	Novato	Não tem experiência e adota comportamentos guiados por normas, regras e precisa de ajuda para estabelecer uma ordem de prioridades. Nesta categoria, estão incluídos estudantes e profissionais que acabaram de ingressar na área.
3,7 – 7,2	Iniciante avançado	Profissionais que já enfrentaram um número suficiente de situações práticas para observar os componentes significativos e recorrentes. O iniciante avançado já está em condições de estabelecer princípios que orientem as iniciativas regulares e diretrizes a serem seguidas.
7,3 – 10,8	Competente	Quando tem dois ou três anos de experiência nas mesmas circunstâncias e pode avaliar suas iniciativas. Embora ainda não tenha flexibilidade suficiente, experimenta a sensação de ter conhecimento e preparação para enfrentar as situações.
10,9 – 14,4	Proficiente	A experiência que acumulou lhe permite perceber espontaneamente as situações como um todo, coisa que o torna capaz de identificá-las e de ser eficiente na tomada de decisões.
14,5 - 18	Perito	Já não necessita de um princípio analítico, visto que, intuitivamente, capta situações, foca no núcleo do problema e age com base em um conhecimento global da situação. É essencial o registro sistemático da atividade clínica para chegar a novos conhecimentos. Nem todos os profissionais estão aptos a atingir esse nível.

Figura 2 - Nível de expertise dos juízes. São Paulo, Brasil, 2022

Elementos avaliados pelos especialistas

Os elementos constantes no instrumento de análise, compreendiam os aqueles sugeridos pela literatura^(3,7). Segundo a literatura, as teorias de situação-específica devem conter as seguintes propriedades⁽³⁾:

- *Baixo nível de abstração*: menos abstratas do que teorias de médio alcance e mais abstratas do que relatos de experiência, *guidelines*, protocolos, plano de cuidados e planos de ação;

- *Reflexão de um fenômeno específico de Enfermagem*: reflete um campo particular da prática; tem como objetivo desenvolver e compreender populações específicas e fornece estruturas ou projetos para ação;

- *Contexto*: devem abordar o contexto social, histórico e cultural; seu escopo é limitado a situações ou populações específicas;

- *Conexão prontamente acessível à pesquisa e prática de Enfermagem*: deve fornecer uma ligação entre teoria, pesquisa e prática;

- *Reflexão de diversidades no fenômeno de Enfermagem*: deve incluir diversidades, que abordam não somente aspectos culturais e políticos, mas também gênero, religiosidade, educação, dentre outros aspectos;

- *Generalização limitada*: por refletir diversidades e complexidades de um fenômeno de Enfermagem específico, a generalização é limitada;

Uma teoria ainda pode ser avaliada com relação à sua significância e adequação pragmática e os seus elementos no que tange à sua consistência interna, parcimônia, adequação empírica e adequação pragmática⁽⁷⁾:

- *Significância*: justifica a importância da teoria para a disciplina de Enfermagem;

- *Consistência interna*: avalia se os conceitos da teoria apresentam clareza e consistência semântica;

- *Parcimônia*: este critério exige que uma teoria seja declarada da maneira mais econômica possível, sem simplificar demais os fenômenos de interesse, ou seja,

o melhor é que sejam necessários poucos conceitos e proposições para explicar completamente os fenômenos da teoria;

- *Adequação pragmática*: utilidade da teoria na prática. Ao revisar as descrições da teoria, será analisado se ela realmente pode ser utilizada no mundo real, na prática clínica, ou seja, é avaliada sua viabilidade.

A adequação empírica, também sugerida pelo referencial utilizado⁽⁷⁾, não foi avaliada pois analisa se as afirmações feitas pela teoria são congruentes com evidências empíricas encontradas nos estudos que a utilizam como base para a pesquisa, o que não era possível, já que se tratava de uma teoria recém-construída.

As propriedades das TSE e os critérios de significância e adequação pragmática foram aplicados à teoria como um todo; os conceitos foram avaliados de acordo com a consistência interna, as proposições e os pressupostos foram avaliados quanto à parcimônia.

A análise do pictograma foi realizada utilizando os seguintes critérios⁽⁶⁾:

- Representação gráfica e visual da teoria;
- Representação lógica;
- Clareza.

Cada item foi avaliado com relação à frequência e à proporção de concordância, sendo considerado como adequados os itens que obtiveram concordância igual ou superior a 80% entre os juízes⁽¹⁸⁾.

1ª rodada

Envio, via eletrônica: documento com descrição sucinta do método de construção teórica, a versão preliminar da teoria construída e um instrumento em que os juízes deveriam apontar seu grau de concordância com relação às propriedades da teoria, além de sua significância, consistência interna, parcimônia e adequação pragmática, e características específicas do pictograma. Após 15 dias, foi enviado um lembrete aos

não respondentes e aguardou-se mais 15 dias. Devido à baixa resposta dos juízes, após o segundo lembrete, foi enviado novo *e-mail*, solicitando o preenchimento de resposta. Alguns juízes demonstraram interesse em participar após o segundo lembrete, porém não responderam dentro do prazo preestabelecido. Nesses casos, realizou-se contato telefônico e aguardou-se mais 20 dias. Embora, conforme mencionado, para a realização de Delphi, não exista um número mínimo de juízes, considerou-se um número mínimo de 12 especialistas como ideal para analisar este estudo. Dessa maneira, postergou-se o prazo de resposta, de modo a se obter a quantidade mínima desejada, fazendo com que o prazo total tenha sido de quatro meses. Após esse prazo, o processo de análise foi finalizado para a realização de coleta e análise dos dados da primeira rodada.

O instrumento enviado aos juízes foi composto de duas partes. Parte A: caracterização demográfica, acadêmica e profissional; parte B: questões sobre a análise da teoria propriamente dita. Tal instrumento propunha a análise da teoria como um todo, avaliando: as propriedades da teoria, a consistência interna dos conceitos, parcimônia e adequação pragmática, além de elementos específicos como: clareza, pertinência e relevância para o pictograma. Para cada item, os sujeitos deveriam informar o grau de concordância em uma escala de Likert de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, além de um espaço em aberto para sugestões de alterações e melhorias para cada item avaliado.

Os dados coletados na primeira rodada foram tabulados em planilhas do *Excel* e analisados por meio de estatística descritiva pelo *software* R. Cada item foi avaliado com relação à frequência e à proporção de concordância, sendo considerado como adequado o item que obteve concordância igual ou superior a 80% entre os juízes. Caso o juiz assinalasse “não concordo, nem discordo” (3 pontos), “discordo um pouco” (2 pontos) ou “discordo totalmente” (1 ponto), foi-lhe solicitado que oferecesse sugestões acerca das modificações necessárias na teoria. Para cada proporção foram calculados os intervalos de confiança de 95%, utilizando o método de Wald. O intervalo de confiança foi usado para estabelecer com 95% de confiança que a estimativa de proporção encontrada era estatisticamente igual ou superior ao ponto de corte estabelecido (80%).

2ª rodada

A segunda rodada ocorreu após a implementação das alterações sugeridas na primeira rodada e sua operacionalização foi de modo semelhante ao da anterior.

Na segunda rodada, foram apresentados, aos especialistas, a teoria com suas modificações, o instrumento de análise e um feedback geral das alterações realizadas mediante as sugestões feitas na primeira rodada, as proporções de concordância encontradas para os elementos, e as sugestões propostas. Todo material foi enviado para os especialistas, via *e-mail*, com lembretes a cada 15 dias, sendo que, após três meses, com o objetivo de obter-se o maior número de experts participantes, foi realizado lembrete via contato telefônico com aqueles que não haviam respondido aos *e-mails* enviados. Esta etapa ocorreu entre dezembro de 2021 e abril de 2022.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer n. 3.903.496. Todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012⁽¹⁹⁾ foram atendidos. Foi enviada eletronicamente (via *e-mail*) uma carta convite aos especialistas selecionados juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No TCLE foram apresentados os objetivos da pesquisa, seu aspecto voluntário e os procedimentos de coleta de dados. Foi considerado o aceite em participar da pesquisa os pesquisadores que devolveram o TCLE assinado.

Resultados

Para a realização da análise da teoria, foram selecionados 22 enfermeiros com conhecimento em Enfermagem em Cardiologia, teorias de Enfermagem, insuficiência cardíaca e/ou terminologias de Enfermagem. Após o convite e lembretes enviados a cada 15 dias, no período de um mês, somente dois experts haviam respondido ao instrumento de análise. Dessa maneira, novos lembretes foram enviados, no período de quatro meses com intervalos de 15 dias, sendo possível obter resposta de um total de 15 experts para a primeira rodada de análise.

Caracterização dos especialistas

Os especialistas selecionados para analisar a versão preliminar da teoria construída foram enfermeiros com amplo conhecimento e experiência em Cardiologia, linguagens padronizadas e/ou teorias de Enfermagem. O grupo foi composto por dois homens e 13 mulheres, com idade entre 31 e 62 anos. Para caracterizar os especialistas de acordo com sua formação acadêmica e experiência clínica e no ensino, foram adotados os critérios estabelecidos previamente⁽¹¹⁾ e o nível

de expertise foi calculado pela média simples das pontuações obtidas.

A partir dessa classificação, identificou-se que os juízes que realizaram a análise eram em sua maioria “competentes” (oito) ou “proficientes” (seis), sendo que somente um foi classificado como “perito”, o que denota um nível de expertise significativo dos juízes envolvidos na análise deste estudo.

Resultados da 1ª rodada de análise

Após o preenchimento da primeira parte do instrumento de análise, os especialistas apontaram o seu grau de concordância com relação aos itens

descritos. O instrumento completo continha 25 itens, sendo que os itens 1 a 19 abordavam a análise da teoria (teoria como um todo, conceitos, pressupostos e proposições) e os itens 20 a 25 estavam relacionados à análise do pictograma. Para a análise de concordância, foram compiladas as respostas “concordo” e “concordo totalmente”, bem como as respostas “discordo” e “discordo totalmente”. As respostas neutras (não concordo nem discordo) não foram consideradas para efeito de análise. Cada item foi avaliado com relação à frequência e à proporção de concordância, sendo considerado como adequados os itens que obtiveram concordância igual ou superior a 80% entre os juízes, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados da avaliação dos juízes na primeira rodada de avaliação dos itens, conforme percentual de juízes que afirmaram concordar com os mesmos (n = 15*). São Paulo, Brasil, 2022

Itens	n [†]	% [‡]	IC 95% [§]
Item 1- utilização de conceitos pouco abstratos para explicar o controle da saúde de pacientes com insuficiência cardíaca.	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 2 - apresentação de forma explícita da situação específica abordada (controle da saúde de indivíduos com insuficiência cardíaca)	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 3 – fornecimento de uma estrutura que representa especificamente o controle da saúde de pacientes com insuficiência cardíaca.	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 4 - abordagem integrativa para a construção da teoria	12	80,0	51,4 – 94,7
Item 5 - especificidade da teoria à população ambulatorial com insuficiência cardíaca	13	86,7	58,4 – 97,6
Item 6- possibilidade de conexão das proposições entre a teoria e a prática	13	92,9	64,2 – 99,6
Item 7- fornece direções para sua utilização na pesquisa.	14	100,0	73,2 – 100,0
Item 8 - permite o estabelecimento de guias para a prática	14	100,0	73,2 – 100,0
Item 9 - incorporação de aspectos culturais, econômicos e clínicos do paciente com IC .	13	86,7	58,4 – 97,6
Item 10 – incorporação das barreiras, dificuldades encontradas da população com insuficiência cardíaca para o controle de sua saúde	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 11- preenchimento de lacuna de conhecimento existente.	14	100,0	73,2 – 100,0
Item 12 – ampliação de um conhecimento existente.	14	93,3	66,0 – 99,6
Item 13 – apresentação explícita do modelo conceitual de onde a teoria foi derivada	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 14 - possibilidade de identificação das habilidades interpessoais e psicomotoras dos enfermeiros que são necessárias à sua aplicação.	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 15 - viabilidade de implementação de protocolos clínicos derivados da teoria	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 16 – possibilidade de atingir bons resultados com as ações de Enfermagem propostas pela teoria	14	100,0	73,2 – 100,0
Item 17 - o fenômeno estudado (controle da saúde) é expresso adequadamente pelos conceitos	14	93,3	66,0 – 99,6
Item 18- possibilidade de categorizar e interpretar o fenômeno abrangido pela teoria por meio dos conceitos	13	86,7	58,4 – 97,6
Item 19 – abordagem do conteúdo de forma clara e concisa	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 20 – representação gráfica e visual de forma adequada pelo pictograma	14	93,3	66,0 – 99,6
Item 21- possibilidade de compreender melhor os conceitos da teoria pelo pictograma	13	92,9	64,2 – 99,6
Item 22 – representação dos principais conceitos, no pictograma	14	93,3	66,0 – 99,6
Item 23 – relevância do pictograma para a teoria como um todo	15	100,0	74,6 – 100,0
Item 24 - apresentação lógica da relação entre os conceitos no pictograma	13	86,7	58,4 – 97,6
Item 25 – possibilidade de compreender melhor o texto e as relações entre os conceitos por meio do pictograma	15	100,0	74,6 – 100,0

*Total de experts; [†]n = Total de experts que responderam estar de acordo com o item avaliado; [‡]% = Proporção de experts que concordaram com o item avaliado; [§]IC95% = Intervalo de confiança de 95%, ^{||}IC = Insuficiência cardíaca. Nota: Itens com n<15 foram aqueles que não obtiveram resposta e/ou resposta “não concordo nem discordo”

Embora já, na primeira rodada, tenha-se obtido concordância superior a 80% em todos os itens analisados, alguns itens apresentaram um intervalo de confiança muito amplo e, por esse motivo, foram implementadas

melhorias no corpo da teoria, norteadas pelas sugestões propostas pelos juízes. Um resumo das sugestões de melhorias que foram propostas para esses itens é apresentado na Figura 3.

Item	Tópico	Sugestões de melhorias/observações	Ações realizadas
4	Abordagem integrativa para a construção da teoria	Aprofundar-se no contexto que envolve o controle da saúde do indivíduo, além dos aspectos biológicos.	Melhorias no texto para deixar mais claro a influência de aspectos culturais, crenças, contexto familiar e padrão sociocultural no controle da saúde do indivíduo com IC*.
5	Especificidade da teoria à população ambulatorial com IC*	A teoria pode ser aplicada ao paciente com IC* na atenção primária à saúde.	Descrição mais detalhada do paciente ambulatorial com IC*.
6	Possibilidade de conexão das proposições entre a teoria e a prática	Apresentar elementos testáveis mais explícitos, de modo a tornar mais fácil a construção futura de hipóteses para o teste teórico; a teoria pode favorecer a educação em saúde.	A estrutura das proposições manteve-se inalterada pois já havia sido revista por uma renomada enfermeira metateorista, no entanto compreende-se que, para a validação externa, será necessário construir-se indicadores que serão avaliados em cada proposição.
9	Incorporação de aspectos culturais, econômicos e clínicos do paciente com IC*	Melhorar a abordagem dos aspectos biopsicossociais que envolvem o controle da saúde do indivíduo com IC*.	Melhor descrição da influência que aspectos biopsicossociais têm sobre o controle da saúde do indivíduo com IC*.
18	Possibilidade de categorizar e interpretar o fenômeno abrangido pela teoria por meio dos conceitos	Sem sugestões	Revisão do texto da teoria como um todo para melhor descrição e definição dos conceitos.
21	Possibilidade de compreender melhor os conceitos da teoria pelo pictograma	Sem sugestões	Modificações no pictograma para tornar mais clara a relação entre os conceitos e facilitar a compreensão da teoria.
24	Apresentação lógica da relação entre os conceitos no pictograma	Evidenciar de modo mais claro as relações entre os conceitos; incluir as intervenções de Enfermagem da NIC [†] que são apresentadas na teoria.	As intervenções da NIC [†] não foram incluídas, pois tornariam o pictograma muito extenso, podendo dificultar sua compreensão; foi feita revisão dos termos utilizados e da apresentação da relação entre os conceitos

*IC = Insuficiência cardíaca; [†]NIC = *Nursing Interventions Classification*

Figura 3 - Itens avaliados que apresentaram intervalo de confiança amplo, sugestões de melhorias na teoria e ações realizadas pela autora. São Paulo, Brasil, 2022

Resultados da 2ª rodada de análise

Após terem sido realizadas as alterações sugeridas na primeira rodada, o texto atualizado da TSE construída foi enviado novamente aos mesmos especialistas da 1ª rodada, juntamente com um relatório informando os resultados da primeira rodada e as alterações realizadas no texto e no pictograma, de acordo com as sugestões recebidas.

A teoria revisada foi enviada na íntegra aos especialistas, com as alterações no texto evidenciadas na cor azul juntamente com um novo instrumento de análise, desta vez somente com os itens que foram revisados, para serem respondidos, totalizando oito itens. Os itens de 1 a 5 eram referentes à teoria e seus elementos, enquanto os itens de 6 a 8 eram relativos ao pictograma. O tempo desde o envio do primeiro e-mail, nesta segunda fase, com a solicitação de preenchimento da análise e as respostas do último especialista, foi de cerca de três meses, sendo que na 2ª rodada obteve-se o retorno de 14 especialistas, um a menos do que na 1ª rodada.

A partir do resultado desta segunda rodada, obteve-se concordância de 100% em praticamente todos os itens, bem como redução do intervalo de confiança. Os itens que apresentaram concordância inferior a 100% foram: item 2, referente à possibilidade de generalização da teoria (71,4%), e item 8 (92,9%), referente à clareza do pictograma.

A partir das sugestões que já haviam sido dadas na primeira rodada, as autoras assumem que, embora a teoria tenha sido desenvolvida para ser específica à população ambulatorial com IC, ela pode também ser aplicada na esfera de atenção primária à saúde, uma vez que os fatores condicionantes que afetam o controle da saúde do indivíduo atendido neste nível de atenção à saúde podem ser semelhantes, tornando-a útil também nesse cenário. Essa hipótese poderá ser confirmada ou refutada após a elaboração futura de indicadores que permitam a validação clínica da teoria. Com relação ao pictograma, como a concordância obtida foi superior a 80%, a versão enviada para análise foi tida como apropriada. Sendo

assim, a versão analisada pelos juízes na segunda rodada de análise, por apresentarem altos níveis de concordância nos elementos avaliados, foi considerada como adequada para constituir-se na versão final da teoria.

Discussão

A partir da análise dos especialistas, a TSE para o controle da saúde na IC pôde ter seus conceitos revistos e esclarecidos e suas interrelações apresentadas de modo mais claro no pictograma. Essa teoria inicialmente foi construída com o objetivo de descrever o controle da saúde de pessoas com IC em atendimento ambulatorial, contudo, após a análise de especialistas, sugere-se que ela pode ser útil também no âmbito da atenção primária à saúde, por ser frequentemente o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde e ser um ambiente que pode promover educação à saúde e melhorar a adesão ao tratamento.

Considera-se ainda que o enfermeiro pode educar e orientar o paciente nos mais diversos cenários de atendimento e embora o cenário ambulatorial, ou em nível de atenção primária, seja mais propício para que isso ocorra, compreende-se que a testagem futura da teoria em outros ambientes pode ser possível.

A teoria revisada

Compreende-se que o indivíduo com IC que é capaz de controlar sua saúde utiliza seu livre arbítrio para desempenhar ações com a finalidade de manter sua vida, saúde e bem-estar. De acordo com a literatura⁽²⁰⁾, esse processo envolve ações para a manutenção da estabilidade fisiológica, reconhecimento dos sintomas que evidenciam piora clínica e ações adequadas, quando os sintomas de piora são observados. Os elementos que influenciam o controle da saúde do indivíduo com IC são diversos e é importante que sejam de conhecimento da equipe multiprofissional, para que, assim, seja feito um planejamento apropriado das intervenções a serem implementadas. Por tal motivo, é importante que a saúde do indivíduo seja compreendida além do contexto biológico, compreendendo-se o contexto em que ele está inserido, como, por exemplo, sua constituição familiar, aspectos culturais e biopsicossociais, tal qual preconiza o princípio de Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²¹⁾.

Para que o indivíduo seja capaz de controlar sua saúde, deve primeiramente desejar comprometer-se com a obtenção desse controle. Para que o controle da saúde seja alcançado, ele deve empenhar-se para desenvolver competências e habilidades específicas,

que serão evidenciadas por meio de comportamentos de controle da saúde.

Os elementos que, em conjunto, podem atuar de forma favorável ou desfavorável no controle adequado do estado de saúde do indivíduo com IC são denominados: fatores condicionantes básicos. Algumas características tornam os indivíduos mais suscetíveis a não controlarem sua saúde de modo satisfatório, categorizando-os como "população em risco" de apresentar controle ineficaz da saúde. Já alguns elementos, como a presença de comorbidades, classe funcional elevada, dispositivos médicos relacionados à IC e tratamento medicamentoso complexo, são compreendidos como "condições associadas" podendo, também, levar o indivíduo a apresentar um controle ineficaz da saúde.

Em caso de um controle da saúde ineficiente, o indivíduo apresentará o DE Controle Ineficaz da Saúde [00078], evidenciando a necessidade de intervenções de Enfermagem. Em caso de intervenções eficientes, o esperado é que o controle da saúde seja atingido e, nessa hipótese, novas intervenções educativas e de reforço ao comportamento positivo deverão ser implementadas. Dessa forma, quanto mais elementos influenciarem negativamente o controle da saúde do indivíduo, maior será a demanda por intervenções de Enfermagem para auxiliá-lo a atingir este controle. As demandas individuais por intervenções que estimulem ou levem ao controle da saúde devem ser investigadas, de modo a identificar os pontos-chave a serem abordados pelo enfermeiro no desenvolvimento de seu plano terapêutico. As atividades de Enfermagem propostas compõem as intervenções da NIC Cuidados cardíacos [4040], Educação em saúde [5510] e Ensino: processo de doença [5602]. O enfermeiro deve atuar na orientação, monitoração e incentivo de comportamentos voltados ao controle da saúde, e, para tanto, pode utilizar como guia os indicadores dos resultados NOC Autocontrole da doença cardíaca [1617] e Comportamento de adesão [1600].

Na construção da primeira versão da teoria, após o estabelecimento dos conceitos teóricos e de suas inter-relações, foram estabelecidos seus pressupostos e proposições⁽⁷⁾. Tais componentes, após análise dos especialistas, permaneceram inalterados e são apresentados a seguir:

Pressupostos

- Comprometer-se com o controle da saúde na IC requer capacidade para cuidar de si mesmo;
- A capacidade de controlar a saúde pode ser afetada por fatores que são inerentes ao indivíduo, como crenças

e valores além daqueles relacionados à complexidade do sistema de saúde;

- O compromisso com o cuidado à saúde e os esforços em controlar a saúde na IC são influenciados por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo;

- O compromisso com o cuidado à saúde e os esforços em controlar a saúde na IC habilitam o indivíduo em relação ao conhecimento sobre o que fazer e como agir, quando ocorrem sintomas de descompensação;

- Os enfermeiros promovem formas de auxiliar os indivíduos com IC, de acordo com as suas necessidades e dificuldades para controlarem sua saúde;

- A enfermagem é um dos serviços de saúde que é capaz de auxiliar os indivíduos com IC a controlarem sua saúde satisfatoriamente.

Proposições

- Mudanças no controle da saúde de indivíduos com IC estão relacionadas a mudanças de comportamentos que podem ser expressos pelos indicadores dos resultados

NOC Comportamento de adesão [1600] e Autocontrole da doença cardíaca [1617]⁽²²⁻²⁴⁾;

- Os indivíduos com IC com Controle Ineficaz da Saúde podem expressar as seguintes características: dificuldade com o regime prescrito, escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde, falha em agir para reduzir os fatores de risco, falha em incluir o regime de tratamento na vida diária⁽²⁵⁻²⁶⁾;

- O comprometimento com o controle da saúde do indivíduo com IC pode ser influenciado por fatores condicionantes, como: orientação sociocultural⁽²⁷⁾, estado de saúde, fatores do sistema de saúde, sistemas de família^(25-26,28), padrões de vida, disponibilidade de recursos e adequação^(25,28-29), fatores ambientais, barreiras e benefícios percebidos, conflito de decisão, conhecimento insuficiente⁽³⁰⁾, sentimento de impotência, suscetibilidade percebida⁽³¹⁾, demandas excessivas, dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo⁽³²⁾.

O pictograma que expressa a relação entre os conceitos foi atualizado conforme as sugestões propostas, demonstrando a interação entre os conceitos desta TSE (Figura 4).

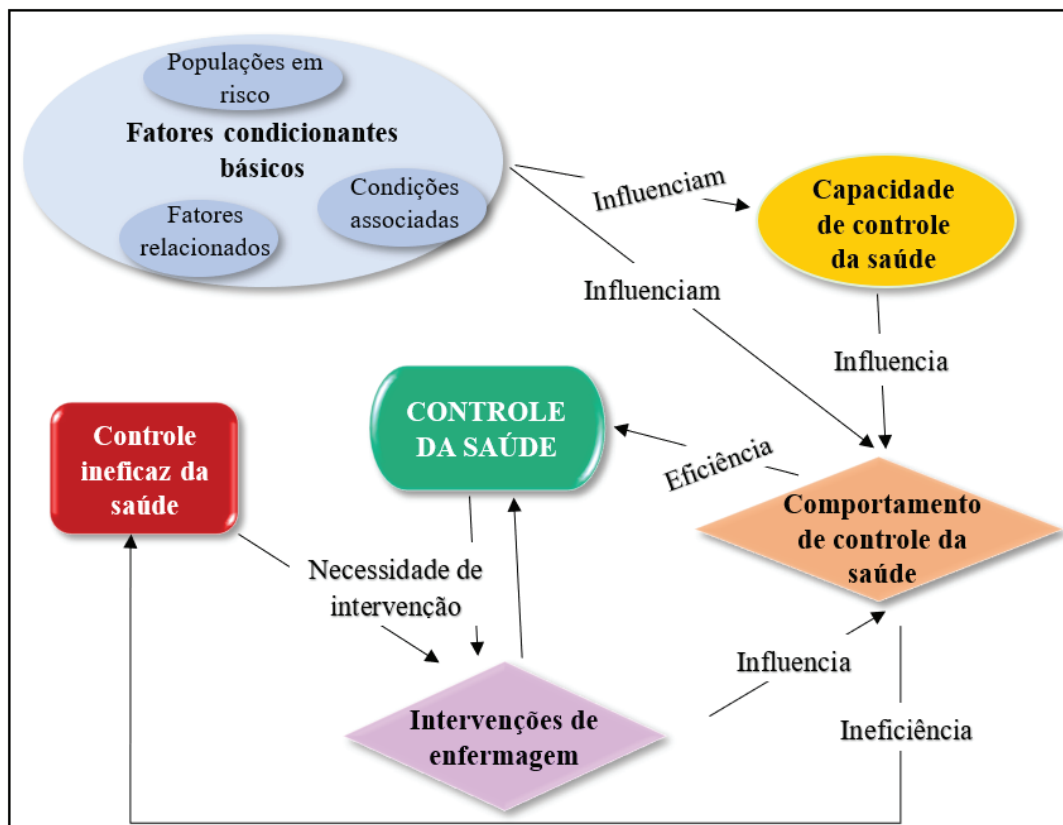


Figura 4 - Pictograma envolvendo metaparadigmas, conceitos centrais e periféricos da Teoria Situação-específica para o controle da saúde na insuficiência cardíaca. São Paulo, Brasil, 2022

A despeito da importância da boa gestão da saúde para a melhoria da qualidade de vida e redução das hospitalizações, é sabido que muitos pacientes com IC

apresentam o DE Controle Ineficaz da Saúde. Diversos fatores internos e externos ao indivíduo influenciam a aquisição do controle da saúde e, embora nem todos

sejam passíveis de intervenções de Enfermagem, sua identificação pode facilitar o processo diagnóstico por parte do enfermeiro.

Ao guiar o enfermeiro na identificação tanto dos aspectos clínicos que indicam que a doença não está sob controle, quanto de fatores ambientais e individuais que interferem na capacidade de o indivíduo controlar sua saúde adequadamente, esta teoria visa contribuir para que sejam adotadas estratégias que estimulem o indivíduo com IC a incluir o regime terapêutico em sua vida diária, melhorando sua qualidade de vida e sobrevivência.

Suas proposições, refletem as interações entre os conceitos estabelecidos e são passíveis de testagem futura com a população em questão. Para tanto, poderão ser utilizadas as atividades de Enfermagem propostas nas intervenções da NIC Cuidados cardíacos [4040], Educação em saúde [5510] e Ensino: processo de doença [5602] e os indicadores dos resultados da NOC Autocontrole da doença cardíaca [1617] e Comportamento de adesão [1600].

Conclusão

A validação realizada por meio da técnica Delphi possibilitou que a teoria fosse avaliada por especialistas experientes e pudesse ter seu texto e pictograma aprimorados com vistas a refletir mais fielmente o fenômeno estudado (controle da saúde) e facilitar sua incorporação na prática diária dos enfermeiros que atendem indivíduos com IC, seja ambulatorialmente, seja em nível de atenção primária à saúde. Ademais, a análise realizada permitiu atestar que a teoria construída apresenta as propriedades e características esperadas de uma TSE.

Validar uma teoria, seja a partir de uma perspectiva interna, seja a partir de sua testagem empírica, não é uma tarefa fácil e requer, além de tempo e atenção, grande expertise com relação ao método de construção teórica e sobre a temática abordada. A técnica Delphi, apesar de ainda ser pouco utilizada para essa finalidade, mostra-se útil por permitir a obtenção de consenso sem a necessidade de um grande número de especialistas, o que é particularmente vantajoso em temas com escassez de experts. Além da necessidade de encontrar profissionais com a expertise adequada para realizar a validação proposta, uma grande dificuldade foi o tempo de resposta dos juízes a cada rodada, o que impactou no tempo de conclusão do estudo.

Após a validação interna e atualização, a TSE para o controle da saúde na IC oferece melhor compreensão acerca dos fatores que podem influenciar o controle da saúde dos indivíduos com IC. Por ser uma teoria

alicerçada na Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem, e utilizar conceitos provenientes das linguagens padronizadas NANDA, NIC e NOC, já amplamente utilizados na prática clínica, espera-se que ela possa contribuir para eliminar a dicotomia entre pensamento e ação, de modo que o enfermeiro da prática possa diagnosticar claramente os aspectos que envolvem o controle da saúde de seus pacientes e como deve ser a atuação da Enfermagem no atendimento a esses indivíduos. Almeja-se que, futuramente, sejam construídos instrumentos que permitam a avaliação do indivíduo, de modo mais concreto e, para tanto, poderão ser utilizados os indicadores dos resultados NOC "comportamento de adesão" e "autocontrole da doença cardíaca" como norteadores.

Considerando que o atendimento ao indivíduo com insuficiência cardíaca envolve uma abordagem multiprofissional e que alguns fatores que influenciam o controle da saúde não podem ser abordados exclusivamente pela enfermagem, acredita-se que essa teoria também possa ser útil para outras disciplinas.

Agradecimentos

Agradecemos à Profa Jacqueline Fawcett por sua contribuição na revisão da estrutura da teoria e do método de análise.

Referências

1. Alves HLC, Lima GS, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Viana MCA. Use of nursing theories in Brazilian theses: bibliometric study. *Cogitare Enferm.* 2021;26:e71743. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743>
2. Cardoso RB, Brandão MAG, Cavalcante JCSS, Lopes ROP, Zaccaro KRL, Primo CC. Brazilian nursing specific situation, middle and micro-range theories: a bibliometric study. *Rev Bras Enferm.* 2024;77:e20230520. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0520pt>
3. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. *Adv Nurs Sci [Internet]*. 1999 [cited 2024 Jul 20];22(2):11-24. Available from: <https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00003>
4. Im EO. The current status of theory evaluation in nursing. *J Adv Nurs.* 2015;71(10):2268-78. <https://doi.org/10.1111/jan.12698>
5. Borel MCG, Lopes ROP, Thofehrn MB, Nóbrega MML, Arreguy-Sena C, Brandão MAG. Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e3387. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>

6. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 688 p.
7. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge Nursing models and theories*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company; 2000. 480 p.
8. Im EO. Theory Development Process of Situation-Specific Theories. *Adv Nurs Sci*. 2021;44(1):E32-E47. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000341>
9. Hirano GSB, Barros ALBL, Silva VM. Situation-Specific Theory for Health Management in Heart Failure. *Nurs Sci Q*. 2023;36(3):264-72. <https://doi.org/10.1177/08943184231169757>
10. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
11. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
12. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. *The Delphi technique in nursing and health research*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. 208 p.
13. Borel MGC, Buss Thofehrn M, Arreguy-Sena C, Lemos RCPB, Canicali Primo C, Brandão MAG. Theory of professional bonds: description and theoretical analysis based on the Meleis' model with Delphi strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220054. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0054en>
14. Mendes RCMG, Silva GP, Perrelli JGA, Pontes CM, Pascoal LM, Lira ALBC, et al. Disrupted mother-fetus dyad risk in high-risk pregnancies: a Middle-Range Theory. *Rev Bras Enferm*. 2024;77:e20230464. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0464>
15. Linstone HA, Turoff M, organizators. *The Delphi method: techniques and applications*. Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.; 2002. 620 p.
16. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
17. Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2009. 528 p.
18. Barrios M, Guilera G, Nuño L, Gómez-Benito J. Consensus in the delphi method: What makes a decision change? *Technol Forecast Soc Change*. 2021;163:120484. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120484>
19. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2013 Jun 13 [cited 2023 Mar 06]; seção 1:59. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
20. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8(11):644-54. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2011.95>
21. Ministério da Saúde (BR). *Sistema Único de Saúde: SUS - princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
22. Bartlett YK, Haywood A, Bentley CL, Parker J, Hawley MS, Mountain GA, et al. The SMART personalised self-management system for congestive heart failure: results of a realist evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14:109. <https://doi.org/10.1186/s12911-014-0109-3>
23. Gonçalves FG, Albuquerque DC. Health education of patients with heart failure. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2014 [cited 2024 Nov 1];22(3):422-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/13769>
24. Lessa QCSS, Frossard JM, Santos FAS, Queluci GC, Correia DMS, Cavalcanti ACD. Nursing actions for patients with heart failure: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2016;8(2):4587-600. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4587-4600>
25. Cavalcante AMRZ, Lopes CT, Brunori EFR, Swanson E, Moorhead SA, Bachion MM, et al. Self-Care Behaviors in Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(3):146-55. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12170>
26. Koirala B, Himmelfarb CD, Budhathoki C, Tankumpuan T, Asano R, Davidson PM. Factors affecting heart failure self-care: An integrative review. *Heart Lung*. 2018;47(6):539-45. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.004>
27. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):491-501. <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>
28. Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):888-94. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0268.2628>
29. Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecott D, Crespillo AP, et al. Temporal trends and patterns in heart

failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *Lancet*. 2018;391(10120):572-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32520-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32520-5)

30. Akerman M, Freitas O. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): evaluation of pharmaceutical services in the primary health care. *Rev Saude Publica*. 2017;51(supl.2). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201705100supl2ed>

31. Carneiro CS, Lopes CT, Lopes JL, Santos VB, Bachion MM, Barros ALBL. Ineffective Health Management in People With Heart Failure: A Pilot Study. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(1):11-7. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12142>

32. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*. 2013;2:320. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-320>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Gisele Saraiva Bispo Hirano, Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Gisele Saraiva Bispo Hirano, Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Obtenção de financiamento: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. **Supervisão e gestão do projeto:** Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Outros (Redação do manuscrito): Gisele Saraiva Bispo Hirano. **Outros (Análise estatística):** Viviane Martins da Silva.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 30.08.2024

Aceito: 20.01.2025

Editora Associada:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Gisele Saraiva Bispo Hirano

E-mail: giselesabi@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6649-8778>