



Adaptação e validação do *Cardiac Patients Learnings Needs Inventory* para pacientes brasileiros*

Adaptation and validation of Cardiac Patients' Learning Needs Inventory for Brazilian patients

Adaptación y validación del Cardiac Patients Learnings Needs Inventory para pacientes brasileños

Luzia Elaine Galdeano¹, Lídia Aparecida Rossi², Rosana Aparecida Spadoti Dantas³, Manuel Alves Rodrigues⁴, Rejane Kiyomi Furuya⁵

RESUMO

Objetivos: Adaptar culturalmente o *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* para uso no Brasil e testar sua confiabilidade (consistência interna e estabilidade) em pacientes brasileiros com doença arterial coronariana. **Métodos:** Participaram do estudo 65 pacientes com infarto agudo do miocárdio, internados em um hospital público do interior do Estado de São Paulo. Para a coleta dos dados, foram utilizados um instrumento para caracterização sociodemográfica e a versão em português do *Cardiac Patients Learning Needs Inventory*. A consistência interna foi estimada com base no *alfa de Cronbach*. A estabilidade foi medida apoiada no *teste-reteste* e calculada pelo teste t de Student. O nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Identificou-se consistência interna alta (0,96 na primeira medida e 0,78 na segunda). O domínio que apresentou melhor consistência interna foi *Fatores de Risco* ($\alpha = 0,91$). **Conclusão:** A versão adaptada manteve as equivalências conceituais, semânticas e idiomáticas da versão original e apresentou confiabilidade e estabilidade adequadas.

Descritores: Aprendizagem; Infarto do miocárdio; Educação de pacientes como assunto; Estudos de validação

ABSTRACT

Objectives: To culturally adapt the *Cardiac Patients' Learning Needs Inventory* for use in Brazil and to test its reliability (internal consistency and stability) in Brazilian patients with coronary artery disease. **Methods:** The study included 65 patients with acute myocardial infarction, hospitalized in a public hospital in the state of São Paulo. For data collection, we used an instrument for sociodemographics characteristics and the Portuguese version of the *Cardiac Patients' Learning Needs Inventory*. Internal consistency was estimated based on *Cronbach's alpha*. The stability was established using the *test-retest* method and calculated using the Student's t-test. The level of significance was 0.05. **Results:** We identified high internal consistency (0.96 in the first step, and 0.78 in the second). The domain that presented better internal consistency was *Risk Factors* ($\alpha = 0.91$). **Conclusion:** The adapted version maintained conceptual equivalence, semantics and language of the original version, and presented adequate reliability and stability.

Keywords: Learning; Myocardial infarction; Patient education as topic; Validation studies

RESUMEN

Objetivos: Adaptar culturalmente el *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* para su uso en Brasil y probar su confiabilidad (consistencia interna y estabilidad) en pacientes brasileños con enfermedad arterial coronaria. **Métodos:** Participaron del estudio 65 pacientes con infarto agudo del miocardio, internados en un hospital público del interior del Estado de Sao Paulo. Para la recolección de los datos, se utilizó un instrumento para la caracterización sociodemográfica y la version en portugués do *Cardiac Patients Learning Needs Inventory*. La consistencia interna fue estimada con base en el *alfa de Cronbach*. La estabilidad fue medida con apoyo en el *teste-reteste* y calculada por el test t de Student. El nivel de significancia adoptado fue de 0,05. **Resultados:** Se identificó consistencia interna alta (0,96 en la primera medida y 0,78 en la segunda). El dominio que presentó mejor consistencia interna fue *Factores de Riesgo* ($\alpha = 0,91$). **Conclusión:** La versión adaptada mantuvo las equivalencias conceptuales, semánticas e idiomáticas de la versión original y presentó confiabilidad y estabilidad adecuadas.

Descriptores: Aprendizaje; Infarto del miocárdio; Educación del paciente como asunto; Estudios de validación

* Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

¹ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Doutor em Ciências da Educação. Coordenador da Unidade de Investigação: Domínio Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.

⁵ Pós-graduada (Doutorado) do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A identificação das necessidades de aprendizagem é fundamental, para que haja sucesso no processo de ensino e, conseqüentemente, mudança de comportamento e controle dos fatores de risco ⁽¹⁾. Entretanto, vale destacar que o conhecimento sobre a doença, o tratamento e os fatores de risco por si só, não levam à mudança de comportamento ⁽²⁾. Nesse sentido, cabem os seguintes questionamentos: o que é importante o paciente aprender em relação à doença e ao tratamento? O que é importante o paciente saber para que se sinta motivado a seguir as recomendações da equipe de saúde? ⁽¹⁾.

Estudos mostram que os profissionais nem sempre identificam corretamente as necessidades de aprendizagem dos pacientes ⁽³⁾ e que ambos atribuem diferentes graus de importância às diversas necessidades de aprendizagem ⁽³⁾. Para que o profissional identifique os aspectos que o paciente necessita aprender é fundamental ter um instrumento confiável. Embora estudos ressaltem a importância da mensuração da necessidade de aprendizagem dos pacientes ⁽³⁾, os artigos que descrevem instrumentos específicos para identificar essas necessidades são escassos.

O *Cardiac Patient Learning Needs Inventory* (CPLNI), desenvolvido por Gerard e Peterson ⁽⁴⁾ tem como objetivo identificar as necessidades individuais de aprendizagem dos pacientes cardíacos em relação a diferentes aspectos associados à doença cardíaca e a seu tratamento. Foi utilizado por outros autores ⁽⁵⁾ e também serviu de base para a construção de determinados instrumentos ⁽⁶⁾.

A identificação das necessidades de aprendizagem do paciente cardíaco, com base no uso de um instrumento válido e confiável, poderá subsidiar a equipe de saúde no planejamento do programa de reabilitação. A deficiência de instrumentos nacionais para identificar ou medir necessidades de aprendizagem dos pacientes em relação à doença cardíaca também motivou a validação do CPLNI. O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação cultural do CPLNI e testar sua confiabilidade (consistência interna e estabilidade) em pacientes brasileiros com doença arterial coronária.

MÉTODOS

Este estudo metodológico foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sob o Processo nº 9331/2008. Todos os participantes receberam informações escritas e verbais sobre o estudo e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos participantes foi assegurado.

Os critérios de inclusão na amostra foram: estar internado na enfermaria de cardiologia ou unidade co-

ronária, comunicar-se verbalmente e/ou por escrito, não apresentar alteração no nível de consciência e apresentar os seguintes valores no Miniexame do Estado Mental: pacientes que nunca frequentaram a escola, valor igual ou maior que 13; pacientes com 1 a 7 anos de escolaridade, valor igual ou maior que 18 e pacientes com 8 ou mais anos de escolaridade, valor igual ou maior que 26 ⁽⁷⁾. Foram entrevistados 65 pacientes hospitalizados no HCFMRP-USP, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.

Instrumentos

Dados de caracterização da amostra - foi construído um questionário para coleta e registro da idade, do sexo, da escolaridade e tempo de internação, submetido à validação de aparência e conteúdo.

Miniexame do Estado Mental (MEEM) - foi usada a versão proposta por Bertolucci et al. ⁽⁷⁾, utilizada para avaliar orientação e memória do paciente e detectar possíveis comprometimentos cognitivos. A aplicação do MEEM (pontuação de 0 a 30) visou a identificar aqueles pacientes sem condições cognitivas para responder aos instrumentos.

Versão do *Cardiac Patient Learning Needs Inventory* (CPLNI), adaptada culturalmente para uso no Brasil - o CPLNI foi desenvolvido por P. S. Gerard e L. M. Peterson e publicado em 1984 ⁽⁴⁾, para uso nos Estados Unidos da América, sendo, posteriormente, validado e empregado por outros pesquisadores ⁽⁵⁻⁶⁾.

O CPLNI contém 43 itens agrupados em oito categorias (*Introduction to the Critical Care Unit - CCU, Anatomy and Physiology, Psychological Factors, Risk Factors, Medication Information, Diet Information, Physical Activity e Other Pertinent Information*). Cada item do instrumento começa com a frase "I need to know". As possibilidades de respostas variam de 1 a 5, conforme nível de importância, sendo: 1 = *Not important*, 2 = *Some what important*, 3 = *Moderately important*, 4 = *Important* e 5 = *Very important*. A consistência interna do CPLNI obtida por Gerard e Peterson ⁽⁴⁾, foi adequada, visto que se obteve alfa de Cronbach igual a 0,91. A permissão para a adaptação da versão original do CPLNI foi concedida pela Dra Peggy S. Gerard, via correio eletrônico.

Procedimentos

Para a adaptação cultural, foram usadas etapas preconizadas na literatura ⁽⁸⁾: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juizes, validação semântica e pré-teste.

A tradução inicial da versão original do CPLNI para a língua portuguesa foi realizada por dois tradutores brasileiros com amplo conhecimento da língua inglesa, previamente informados sobre os objetivos do estudo e os

conceitos relacionados ao instrumento. Durante a tradução inicial, não foram verificadas discrepâncias e o significado de cada item que compõe o instrumento foi mantido.

As duas versões traduzidas para o português foram comparadas e revisadas pela pesquisadora e tradutores para obtenção da versão de consenso. Esta foi novamente traduzida para a língua inglesa por dois outros tradutores, que não pertenciam à área de saúde e cuja primeira língua era inglês, resultando na versão retrotraduzida 1 e na versão retrotraduzida 2. A versão final da retrotradução foi avaliada por uma das autoras do CPLNI original Dra P. S. Gerard.

Um comitê de juízes avaliou e revisou todas as versões do instrumento (traduzidas e retrotraduzidas). Participaram do comitê de juízes duas enfermeiras, docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e especialistas na temática (cardiologia) e no método, duas profissionais da EERP-USP com domínio da língua inglesa e a pesquisadora. Para a avaliação das equivalências, os juízes receberam uma cópia da versão original do CPLNI, da versão de consenso, das retrotraduções e das sugestões da autora do instrumento original. Procedeu-se a leitura da versão de consenso em conjunto e foram feitas as discussões. As modificações foram acatadas quando, pelo menos, quatro dos cinco juízes concordavam com as propostas. Este comitê elaborou a versão predefinitiva do instrumento para uso no Brasil.

Antes de iniciar o pré-teste, a versão predefinitiva do CPLNI foi submetida à validade semântica⁽⁹⁻¹⁰⁾, com o objetivo de identificar se o instrumento estava compreensível e conhecer as possíveis necessidades de modificações para melhorar o entendimento de seus itens, levando-se em consideração a semântica, a pertinência e a relevância cultural⁽⁸⁻¹¹⁾.

No processo de validação semântica, ocorrido no período de julho de 2009 a janeiro de 2010, não foram sugeridas alterações pelos pacientes brasileiros. Todos os participantes verbalizaram não querer mudar ou acrescentar algo no instrumento.

Terminada a validação semântica, foi iniciado o pré-teste baseado na aplicação da versão predefinitiva do instrumento, mediante entrevista, com 10 pacientes. Finalizadas as etapas para adaptação cultural, iniciou-se a validação de face e conteúdo do instrumento e, posteriormente, a análise de confiabilidade da versão adaptada do CPLNI.

Participaram da validação de face e conteúdo seis enfermeiros, sendo quatro especialistas em cardiologia e dois *experts* no método. Os profissionais relataram que os itens da versão brasileira do CPLNI estavam claros, redigidos de forma adequada e que representavam, de forma coerente, as necessidades de aprendizagem do paciente cardíaco.

A análise da confiabilidade da versão adaptada do CPLNI foi realizada no período de janeiro à junho de 2010, mediante entrevistas individuais. A amostra foi constituída por conveniência, considerando-se o número

de pacientes admitidos no período que concordou em participar do estudo. Nessa fase, participaram 65 pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Tradicionalmente tem sido defendida a necessidade de dez participantes por item do instrumento, o que implicaria a necessidade de 430 sujeitos. Entretanto, essa recomendação vem sendo questionada. Pesquisadores analisaram diferentes tamanhos amostrais e observaram que uma amostra, entre 50 e 100 sujeitos, é adequada para se obter resultados que comprovem a validade do instrumento, por meio da técnica de análise fatorial exploratória. Tais estudos constataram ainda que o número de sujeitos não influenciou substancialmente o valor do alfa de *Cronbach*. Embora o alfa tenha sido menor nas amostras com menos de 50 sujeitos⁽¹²⁾.

Com o objetivo de verificar a estabilidade do instrumento, os participantes foram convidados a responder ao CPLNI em dois momentos, com um intervalo de 24 horas entre as entrevistas (teste-reteste). Esse intervalo foi considerado adequado, pois poderia não permitir que os participantes lembrassem das respostas fornecidas na primeira avaliação e também para minimizar os efeitos que um maior intervalo de tempo poderia acarretar no conhecimento dos pacientes⁽¹³⁾. Outro ponto importante é que um intervalo menor diminui o número de perdas que poderia ocorrer entre a primeira e a segunda avaliação.

A análise de consistência interna dos itens da versão adaptada do CPLNI foi realizada com os dados provenientes das duas avaliações.

Análise estatística

As variáveis foram codificadas e organizadas em um banco de dados baseado no aplicativo *Microsoft Office Excel*. Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (SSPSS for Windows, Rel. 15. 2006. Chicago: SPSS Inc.), versão 15.0. As análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis. Para variáveis contínuas foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

A consistência interna foi estimada apoiado no alfa de *Cronbach*. Foram considerados resultados positivos os valores entre 0,70 e 0,95⁽¹⁴⁾. A estabilidade foi medida pelo teste-reteste e calculada pelo teste t de Student para amostras dependentes. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

Participaram da análise de confiabilidade do CPLNI 65 pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e com idade média de 62 anos (desvio-padrão [DP] = 12,0). A maioria era do sexo masculino (40; 61,5%) e possuía um tempo médio de escolaridade de 4 anos e 5 meses (DP= 3,7 anos) (Tabela 1). Participaram do reteste

35 pacientes. Os demais pacientes (30) não participaram do reteste por diversos motivos, alguns se recusaram a participar, outros se encontravam em procedimentos diagnósticos ou curativos ou não se apresentavam em condições clínicas favoráveis para responder aos itens do inventário.

A pontuação média obtida pelos participantes do estudo no MEEM foi 22,5 (intervalo de 13 a 30 pontos), e o tempo médio de internação dos sujeitos até a data de entrevista foi de quatro dias (intervalo de 1 a 15) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos pacientes (N=65). Ribeirão Preto, SP, 2010

Variáveis	n (%)	Média (DP)	Mediana	Intervalo
Sexo				
Masculino	40 (61,5)			
Feminino	25 (38,5)			
Idade (anos)				
		62,3 (12,0)	62	35 - 87
20 - 39	2 (3,1)			
40 - 59	25 (38,5)			
60 - 79	31 (47,7)			
80 - 99	7 (10,8)			
Anos de estudo				
		4,4 (3,70)	4	0 - 21
Zero	10 (15,4)			
1 a 4	37 (56,9)			
5 a 7	6 (9,2)			
8 a 10	6 (9,2)			
11 a 13	5 (7,7)			
Mais de 16	1 (1,5)			
Tempo de internação (dias)				
		4,0 (2,7)	3	1 - 15
1 a 5	45 (69,2)			
6 a 10	18 (27,7)			
11 a 15	2 (3,1)			
Miniexame mental				
		22,5 (3,7)	23	13 - 30
Até 13 pontos	1 (1,5)			
14 a 18 pontos	9 (13,8)			
19 a 26 pontos	43 (66,2)			
Mais de 26 pontos	12 (18,5)			

Os dados da Tabela 2 mostram a frequência das respostas a cada um dos 43 itens do CPLNI na primeira medida. Durante a realização das entrevistas, a maioria dos pacientes apresentou muitas dúvidas em relação à doença e ao tratamento e demonstrou pouco ou nenhum conhecimento em relação à saúde. Tenderam a responder o valor máximo da escala (5), relatando que tudo o que é referente à doença e ao tratamento constitui questões *muito importantes*. Com exceção dos itens 12 e 36, todos os itens do CPLNI foram considerados *muito importantes* por mais da metade dos pacientes.

Tabela 2 – Distribuição das frequências de respostas aos 43 itens do *Cardiac patient learning needs inventory* (CPLNI) – primeira medida (N=65). Ribeirão Preto, SP, 2010

CPLNI	Não importante	Pouco importante	Mais ou menos importante	Importante	Muito importante	Não se aplica
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Item 1	1 (1,5)	0	0	12 (18,5)	52 (80)	0
Item 2	2 (3,1)	0	2 (3,1)	12 (18,5)	49 (75,5)	0
Item 3	1 (1,5)	3 (4,6)	3 (4,6)	20 (3,8)	38 (58,5)	0
Item 4	0	3 (4,6)	0	16 (24,6)	44 (67,7)	2 (3,1)
Item 5	4 (6,2)	3 (4,6)	4 (6,2)	13 (20)	41 (63,1)	0
Item 6	0	2 (3,1)	0	12 (18,5)	51 (78,5)	0
Item 7	0	2 (3,1)	0	15 (23,1)	48 (73,8)	0
Item 8	1 (1,5)	2 (3,1)	4 (6,2)	16 (24,6)	42 (64,6)	0
Item 9	0	1 (1,5)	0	18 (27,7)	46 (70,8)	0
Item 10	1 (1,5)	0	2 (3,1)	16 (24,6)	46 (70,8)	0
Item 11	1 (1,5)	0	1 (1,5)	17 (26,2)	46 (70,8)	0
Item 12	0	1 (1,5)	0	14 (21,5)	30 (46,2)	20 (30,8)
Item 13	5 (7,7)	1 (1,5)	4 (6,2)	18 (27,7)	37 (56,9)	0
Item 14	1 (1,5)	0	1 (1,5)	22 (33,8)	38 (58,5)	0
Item 15	2 (3,1)	0	3 (4,6)	15 (23,1)	42 (64,6)	3 (4,6)
Item 16	1 (1,5)	3 (4,6)	1 (1,5)	15 (23,1)	44 (67,7)	1 (1,5)
Item 17	3 (4,6)	0	1 (1,5)	13 (20)	45 (69,2)	3 (4,6)
Item 18	4 (6,2)	0	3 (4,6)	13 (20)	45 (69,2)	0
Item 19	4 (6,2)	1 (1,5)	1 (1,5)	10 (15,4)	49 (75,4)	0
Item 20	3 (4,6)	0	1 (1,5)	9 (13,8)	52 (80)	0
Item 21	2 (3,1)	0	3 (4,6)	12 (18,5)	48 (73,8)	0
Item 22	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	13 (20)	49 (75,4)	0
Item 23	0	0	2 (3,1)	17 (26,2)	45 (69,2)	1 (1,5)
Item 24	0	0	0	23 (35,4)	39 (60)	3 (4,6)
Item 25	1 (1,5)	0	1 (1,5)	13 (20)	50 (76,9)	0
Item 26	1 (1,5)	1 (1,5)	2 (3,1)	13 (20)	48 (73,8)	0
Item 27	1 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	16 (24,6)	46 (70,8)	0
Item 28	2 (3,1)	0	2 (3,1)	14 (21,5)	46 (70,8)	1 (1,5)
Item 29	4 (6,2)	1 (1,5)	3 (4,6)	10 (15,4)	46 (70,8)	1 (1,5)
Item 30	2 (3,1)	1 (1,5)	3 (4,6)	14 (21,5)	45 (69,2)	0
Item 31	3 (4,6)	1 (1,5)	3 (4,6)	12 (18,5)	46 (70,8)	0
Item 32	4 (6,2)	1 (1,5)	0	16 (24,6)	39 (60)	5 (7,7)
Item 33	1 (1,5)	2 (3,1)	3 (4,6)	16 (24,6)	43 (66,2)	0
Item 34	0	0	6 (9,2)	19 (29,2)	40 (61,5)	0
Item 35	2 (3,1)	0	4 (6,2)	17 (26,2)	42 (64,6)	0
Item 36	0	0	1 (1,5)	14 (21,5)	32 (49,2)	18 (27,7)
Item 37	0	0	2 (3,1)	18 (27,7)	45 (69,2)	0
Item 38	0	0	2 (3,1)	18 (27,7)	45 (69,2)	0
Item 39	1 (1,5)	0	2 (3,1)	15 (23,1)	47 (72,3)	0
Item 40	0	0	0	14 (21,5)	51 (78,5)	0
Item 41	1 (1,5)	0	2 (3,1)	15 (23,1)	47 (72,3)	0
Item 42	0	0	2 (3,1)	13 (20)	50 (76,9)	0
Item 43	1 (1,5)	0	3 (4,6)	10 (15,4)	51 (78,5)	0

Nos itens 12 (*Porque às vezes o meu coração falha*) e 36 (*Quando posso voltar a ter atividade sexual*), as respostas recaíram sobre as possibilidades “*importante*” e “*muito importante*”. Vinte (30,8%) e 18 (27,7%) pacientes, respectivamente, consideraram os itens 12 e 36 como não aplicáveis à sua condição.

Os dados da Tabela 3 mostram a estatística descritiva e a consistência interna do CPLNI nas primeira e segunda medidas e a comparação entre as médias dos escores nas duas medidas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores das duas medidas em qualquer um dos domínios, o que confirma a estabilidade do instrumento.

Para o instrumento como um todo identificou-se consistência interna adequada, visto que obteve-se alfa de *Cronbach* igual a 0,96 na primeira medida e 0,78 na segunda medida. Nos dados da Tabela 3 observa-se que em nenhum dos domínios foi identificada avaliação negativa de consistência interna, visto que o alfa de *Cronbach* variou de 0,72 (domínio - *Informações sobre Medicamentos*) a 0,91 (domínio - *Fatores de Risco*). Na segunda medida, também não foram identificados domínios com consistência interna negativa. O alfa de *Cronbach* variou de 0,74 (domínio - *Informações sobre Medicamentos*) a 0,95 (domínio - *Fatores de Risco*) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como finalidade adaptar e disponibilizar para uso no Brasil um instrumento que busca identificar as necessidades de aprendizagem do paciente cardíaco em relação à doença. O interesse em validar e adaptar o CPLNI surgiu da constatação de que os pacientes assimilam e compreendem, de forma mais efetiva, as informações relacionadas à doença e ao tratamento, quando se sentem motivados a saber tais informações.

A seleção das informações deve ser feita baseada no que o paciente conhece e no que precisa aprender, o que

significa que o processo de ensino deve ser pautado nas necessidades de cada pessoa⁽¹⁵⁾. Antecipar situações e experiências que não constituem necessidades de aprendizagem do paciente podem gerar ansiedade e medo⁽¹⁾.

Em estudo qualitativo, que teve como objetivo identificar os conhecimentos e as necessidades de aprendizagem relacionadas à doença cardíaca em pacientes hipertensos revascularizados em reabilitação, observou-se que os pacientes apresentavam muitas dúvidas, tinham dificuldades em expressar o que sabiam e verbalizavam conceitos vagos e confusos em relação à sua doença. O interesse em conhecer mais sobre a doença aumentou de forma considerável no momento em que os pacientes sentiram necessidade de compreender os fatores que levaram ao adoecimento⁽¹⁶⁾.

Instrumentos específicos para identificar as necessidades de aprendizagem são escassos. Entre os estudos que descrevem a construção e validação de instrumentos para identificar as necessidades de aprendizagem de pacientes cardíacos, encontra-se o de Ghisi et al.⁽¹⁷⁾, no qual foi realizada a adaptação cultural e a validação do *Mangerl CaRdiac preventiOn-Questionnaire* (MICRO-Q) para uso no Brasil. Esse instrumento, de origem italiana, é usado para avaliar o nível de conhecimento dos pacientes com doença arterial coronária (DAC) relacionado à prevenção secundária. O MICRO-Q constitui um questionário autoaplicável, composto por 26 afirmações (18 verdadeiras e 8 falsas), com opções de resposta – “verdadeiro”, “falso” e “não sei”, distribuídas em quatro domínios: *Fatores de Risco* (9 itens); *Dieta* (8 itens); *Pré-Admissão Hospitalar* (4 itens) e *Doença Cardíaca* (5 itens).

O *Congestive Heart Failure Patient Learning Needs Inventory* (CHFPLNI), que tem como objetivo identificar a percepção dos pacientes e dos enfermeiros sobre a necessidade de aprendizagem em relação à insuficiência cardíaca congestiva, foi construído a partir do CPLNI⁽⁴⁾. O CHFPLNI foi submetido à validação de face e conteúdo; no entanto, não há descrição da análise de confiabilidade do instrumento. Posteriormente, outros autores

Tabela 3 - Estatística descritiva e consistência interna da escala total e domínios, nas duas medidas. Ribeirão Preto, SP, 2010

CPLNI	Primeira medida (N= 65)			Segunda medida (N= 35)			Valor de p*
	Média (DP)	Mediana (Intervalo)	Alfa de Cronbach	Média (DP)	Mediana (Intervalo)	Alfa de Cronbach	
Total (43 itens)	192,8 (20,0)	201 (130–215)	0,96	193,0 (24,6)	208 (132-215)	0,78	0,17
Introdução à Unidade Coronária (6 itens)	27,2 (3,5)	29	0,78	26,8 (4,1)	30	0,85	0,94
Anatomia e fisiologia (6 itens)	26,3 (3,2)	25	0,86	26 (3,5)	25	0,90	0,39
Fatores psicológicos (5 itens)	21,7 (4,0)	23	0,78	22,4 (3,2)	24	0,83	0,87
Fatores de risco (4 itens)	18,2 (3,4)	20	0,91	18,0 (3,8)	20	0,95	0,19
Informações sobre medicamentos (4 itens)	18,3 (2,1)	20	0,72	18,4 (2,2)	20	0,74	0,88
Informações sobre a alimentação (6 itens)	27,1 (4,6)	30	0,87	27,0 (4,3)	30	0,89	0,65
Atividade Física (5 itens)	20,9 (3,4)	20	0,77	21,9 (3,8)	23	0,86	0,09
Outras informações pertinentes (7 itens)	32,8 (2,7)	34	0,79	32,1 (3,7)	35	0,84	0,58

*valor de p proveniente do Teste t Student.

utilizaram o CHFPLNI para determinar a necessidade de aprendizagem de autocuidado entre pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e enfermeiros⁽⁶⁾.

Assim como em nosso estudo, observa-se em outros^(1,6,17) com pacientes portadores de doenças cardíacas que a amostra é, em geral, predominantemente masculina.

A consistência interna do instrumento total foi de 0,96 (Tabela 3). Na validação da versão original do CPLNI⁽⁴⁾, obteve-se alfa de *Cronbach* para o instrumento como um todo, igual a 0,91. Em relação à confiabilidade de cada um dos domínios do CPLNI, a consistência interna de todos os domínios da versão adaptada foi adequada, pois obteve-se alfa de *Cronbach* superior a 0,70⁽¹⁴⁾. Os domínios *Anatomia e Fisiologia* ($\alpha = 0,86$), *Informações sobre Medicamentos* ($\alpha = 0,72$), *Informações sobre Alimentação* ($\alpha = 0,87$), *Atividade Física* ($\alpha = 0,77$) e *Outras Informações Pertinentes* ($\alpha = 0,79$) apresentaram alfa de *Cronbach* inferiores aos identificados nos mesmos domínios na versão original⁽⁴⁾ ($\alpha = 0,96; 0,89; 0,89; 0,81$ e $0,84$, respectivamente).

Este estudo apresenta como limitação a participação de apenas 35 pacientes na etapa de reteste.

REFERÊNCIAS

- Galdeano LE, Rossi LA, Spadoti Dantas RA. Deficient knowledge nursing diagnosis: identifying the learning needs of patients with cardiac disease. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010; 21(3):100-7.
- Serafim TS, Jesus ES, Pierin AM. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm*. 2010;23 (5):658-64.
- Timmins F. A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nurs Crit Care*. 2005;10 (4):174-83.
- Gerard PS, Peterson LM. Learning needs of cardiac patients. *Cardiovasc Nurs*. 1984;20(2):7-11.
- Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perception of nursing staff. *J Adv Nurs*. 1998;27(4):770-8.
- Rafii F, Shahpoorian F, Azarbaad M. The reality of learning self-care needs during hospitalization: patients' and nurses' perceptions. *Self Care Depend Care Nurs*. 2008;16 (2):34-9.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186-91.
- Dantas RA. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.
- Ferreira E, Dantas RA, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): version for Brazilian burn victims. *Burns*. 2008; 34 (7):994-1001.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46 (12):1417-32.
- Sapnas KG, Zeller RA. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *J Nurs Meas*. 2002;10(2):135-54.
- Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2007. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity; p. 77-108.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60 (1): 34-42.
- Baggio MA, Teixeira A, Portella MR. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. *Rev Gaucha Enferm*. 2001; 22 (1): 122-39.
- Mansano NG, Vila VS, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2009 [citado 2011 Out 12]; 11(2):349-59. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a16.htm>
- Ghisi GL, Leite CM, Durieux A, Schenkel IC, Assumpção MS, Barros MM, et al. Validação para o português do Magerl Cardiac preventiOn-Questionnaire (MICRO-Q). *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94 (3):394-400.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a versão adaptada para uso no Brasil manteve as equivalências conceituais, semânticas e idiomáticas da versão original e apresentou confiabilidade e estabilidade adequadas. No entanto, sugere-se a realização de outros estudos com aplicação do instrumento em pacientes com diferentes características sociodemográficas.

A carência de instrumentos validados em português, para medir as necessidades de aprendizagem de pacientes com características comuns, como por exemplo, os pacientes com doença coronária faz com que este estudo tenha importante implicação clínica e teórica, uma vez que disponibilizará um instrumento válido e confiável para uso no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a contribuição dos profissionais e pacientes que participaram deste estudo, subvencionado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).