



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Galdeano, Luzia Elaine; Rossi, Lídia Aparecida; Martinelli Pelegrino, Flávia  
Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente  
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 21, núm. 4, 2008, pp. 549-555  
Escola Paulista de Enfermagem  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023829003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



## Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente\*

*Content validation of the “deficient knowledge” nursing diagnosis*

*Validación de contenido del diagnóstico de enfermería conocimiento deficiente*

Luzia Elaine Galdeano<sup>1</sup>, Lídia Aparecida Rossi<sup>2</sup>, Flávia Martinelli Pelegrino<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Realizar a validação de conteúdo das características definidoras da categoria diagnóstica Conhecimento deficiente em relação à doença coronariana e à revascularização do miocárdio. **Métodos:** Foi utilizado o Modelo de Validação de Conteúdo proposto por Fehring. Participaram do estudo, 50 enfermeiros expertos em diagnóstico de enfermagem e cardiologia e/ou na ciência da educação. **Resultados:** As características definidoras classificadas como principais foram: verbalização do problema (0,96), desempenho inadequado em teste (0,83) e expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde (0,83). **Conclusão:** A característica definidora comportamentos impróprios ou exagerados (0,34) foi considerada como insuficiente para caracterizar a categoria diagnóstica em estudo. Os resultados deste estudo podem contribuir para a aplicação adequada do diagnóstico estudado e subsidiar estudos para sua validação clínica.

**Descritores:** Estudos de validação; Diagnóstico de enfermagem; Educação do paciente; Diagnóstico de enfermagem

### ABSTRACT

**Objective:** Perform content validation of the defining characteristics of the “deficient knowledge” diagnosis regarding coronary disease and myocardial revascularization. **Methods:** Fehring’s Content Validation Model was used in this research. Fifty nurses took part in the study, all of them experts in Nursing Diagnosis, Cardiology and/or Educational Sciences. **Results:** The defining characteristics considered most important were: verbalization of the problem (0.96), inaccurate performance of test (0.83) and expressing an incorrect perception about one’s health state (0.83). **Conclusion:** The defining characteristic “inappropriate or exaggerated behaviors” (0.34) was considered insufficient to characterize the diagnosis under study. The results of this study can contribute to the adequate application of the studied diagnosis and support clinical validation studies.

**Keywords:** Validation studies; Nursing diagnosis; Patient education; Nursing diagnosis

### RESUMEN

**Objetivo:** Realizar la validación de contenido de las características definitorias de la categoría diagnóstica Conocimiento deficiente en relación a la enfermedad coronaria y a la revascularización del miocardio. **Métodos:** Fue utilizado el Modelo de Validación de Contenido propuesto por Fehring. Participaron del estudio, 50 enfermeros expertos en diagnóstico de enfermería y cardiología y/o en la ciencia de la educación. **Resultados:** Las características definitorias clasificadas como principales fueron: verbalización del problema (0,96), desempeño inadecuado en test (0,83) y expresar percepción incorrecta acerca de su estado de salud (0,83). **Conclusión:** La característica definitoria comportamientos improprios o exagerados (0,34) fue considerada como insuficiente para caracterizar la categoría diagnóstica en estudio. Los resultados de este estudio pueden contribuir para la aplicación adecuada del diagnóstico estudiado y subsidiar estudios para su validación clínica.

**Descriptores:** Estudios de validación; Diagnóstico de enfermería; Educación del patient; Diagnóstico de enfermería

\* Parte da Tese de doutorado intitulada “Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença coronariana e à revascularização do miocárdio” apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem da USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP EE/EERP-USP.

<sup>1</sup> Doutora, Professora da Faculdade de Enfermagem do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein - HIAE – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Livre-docente, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Mestre, Enfermeira da Unidade de Cirurgia Torácica e Cardiovascular do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a aplicação do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente tem revelado limitações. Pesquisas clínicas indicam que essa categoria diagnóstica está sendo utilizada de forma imprópria, sem a identificação adequada das características definidoras<sup>(1-2)</sup>.

As características definidoras são sinais ou sintomas observáveis que representam manifestações de um diagnóstico de enfermagem<sup>(3)</sup>. Para identificar se as características definidoras de um determinado diagnóstico de enfermagem representam de fato o problema do paciente, faz-se necessário identificar se estas características definem as manifestações encontradas na prática clínica, mediante um processo de validação<sup>(4)</sup>.

Validar significa ato ou efeito de tornar algo válido, legítimo, isto é, tornar algo verdadeiro, algo cuja autenticidade é comprovada<sup>(5)</sup>. Logo, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo verdadeiro, comprová-lo mediante a identificação de sinais e sintomas para uma determinada situação clínica.

O conhecimento deficiente constitui uma categoria diagnóstica ampla e identificável em diferentes situações e grupos de pacientes. Para alguns autores<sup>(6-7)</sup>, essa categoria não constitui um diagnóstico de enfermagem, isto é, não constitui uma resposta humana, uma alteração ou um padrão disfuncional, mas sim, um fator relacionado, um fator que pode desencadear outros problemas como, por exemplo, o déficit de autocuidado, a ansiedade, o medo, a manutenção da saúde ineficaz e o controle ineficaz do regime terapêutico. Daí a importância em submeter essa categoria diagnóstica a um processo de validação.

Na literatura foram encontrados diversos estudos<sup>(8-17)</sup> que se preocuparam em realizar a validação de conteúdo de diferentes diagnósticos de enfermagem. No entanto, em relação ao diagnóstico conhecimento deficiente observou-se que os estudos são escassos e foram desenvolvidos na década de 80 do século XX<sup>(2,6,18-19)</sup>.

Considerando a importância da identificação das deficiências de conhecimento dos pacientes para o preparo da alta hospitalar e para o estabelecimento de um plano de ensino voltado às necessidades individuais, iniciou-se esse estudo com o objetivo de realizar a validação de conteúdo das características definidoras da categoria diagnóstica Conhecimento deficiente em relação à doença coronariana e à revascularização do miocárdio.

## MÉTODOS

Para este estudo foi utilizado o Modelo de Validação de Conteúdo (Diagnostic Content Validation) proposto por Fehring<sup>(20)</sup>.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento constituído de duas partes. A primeira consiste em um formulário

para registro dos dados de caracterização dos expertos e a segunda de *check-list* composto de características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente apresentadas na literatura<sup>(3,7,18)</sup>, a saber: verbalização do problema, desempenho inadequado em teste, expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde, seguimento inadequado de instruções, memorização de informação deficiente, indicadores não verbais de baixo entendimento, questionamento repetitivo, não seguir a terapêutica prescrita, falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias, expressar alteração psicológica e comportamentos impróprios ou exagerados.

Além das características definidoras, foram construídas, e acrescentadas no instrumento, definições operacionais.

Ao construir as definições operacionais, isto é, ao atribuir um significado mensurável a algumas características definidoras, observou-se a necessidade de utilizar escalas, testes ou questionários específicos em três das 11 características definidoras em estudo.

Para definir operacionalmente a característica definidora desempenho inadequado em teste, foi construído um questionário específico para avaliar o conhecimento do paciente em relação à doença coronariana e aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, denominado Questionário para avaliar o conhecimento em relação ao processo da doença e aos procedimentos envolvidos no tratamento. Para a construção desse instrumento, foram utilizados os indicadores contidos na Escala de medida do conhecimento em relação ao processo da doença e aos procedimentos de tratamento da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)<sup>(21)</sup>. Para cada indicador dessa escala, formulou-se uma pergunta para medir o conhecimento do paciente em relação a sua doença e a cirurgia a que será submetido.

No caso das características expressar alterações psicológicas e memorização deficiente foram utilizados, respectivamente, a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital anxiety and depression scale - HAD)<sup>(22-23)</sup> e o Mini-exame do estado mental (MEM)<sup>(24)</sup>, ambos traduzidos e validados para a nossa cultura.

O instrumento e as definições operacionais foram submetidos a um processo de refinamento por seis enfermeiros expertos no assunto, sendo avaliados em relação à clareza, representatividade e abrangência. As sugestões foram aceitas e os ajustes realizados.

Conforme sugerido no processo de refinamento, foram acrescentadas as características definidoras indicadores não verbais de falta de atenção e desvalorização de informações. Segundo sugestão de dois expertos, o paciente pode apresentar falta de atenção por não compreender ou não conhecer determinados conceitos.

Quanto à desvalorização das informações, a inclusão desse item como característica definidora da categoria diagnóstica conhecimento deficiente, bem como a inclusão no processo de validação de conteúdo diagnóstico, pode ser justificada pela importância da valorização das informações e da motivação em aprender ou compreender

as informações referentes à doença e ao tratamento. Para definição operacional dessa característica foi necessária a construção de um formulário para avaliar o quanto das informações, relacionadas à doença e ao tratamento, são valorizadas pelo paciente.

Não foram feitas sugestões ou restrições quanto ao uso de testes específicos, como, por exemplo, o MEM ou a HAD, para mensurar algumas das características definidoras.

O Quadro 1 apresenta as características definidoras, bem como as respectivas definições operacionais que foram submetidas ao processo de validação de conteúdo.

O instrumento de validação de conteúdo contempla, para cada característica definidora, descrita no Quadro 1, cinco possibilidades de resposta: este item é muitíssimo característico; este item é muito característico; este item é de algum modo característico; este item é pouco característico; e, este item não é característico. As possibilidades de resposta correspondem ao grau em que cada evidência clínica (característica definidora) caracteriza a categoria diagnóstica Conhecimento deficiente.

Terminada a fase de construção e refinamento do instrumento, iniciou-se o processo de recrutamento e seleção

dos profissionais expertos para realizar a validação de conteúdo da categoria diagnóstica em estudo.

Seguindo a recomendação de Fehring<sup>(25)</sup>, foram recrutados 66 profissionais, expertos em diagnósticos de enfermagem e/ou na teoria e na ciência da educação e do ensino, que possuíam uma pontuação mínima de cinco no Sistema de pontuação de especialista, adaptado de Fehring<sup>(20,26)</sup> e utilizado por Jesus<sup>(27)</sup> (Quadro 2).

As informações dos profissionais recrutados para participar do estudo foram conseguidas mediante o Currículo Lattes, disponibilizado pela Plataforma Lattes do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico<sup>(28)</sup>.

Após o recrutamento dos expertos, foi enviada, via internet, o convite para a participação do estudo. Mediante resposta positiva foram enviados, via correio, os seguintes materiais: duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um formulário de identificação, destinado ao registro dos dados pessoais e profissionais do enfermeiro, bem como de sua produção bibliográfica, um envelope selado e endereçado para devolução do material e o instrumento para validação de conteúdo.

**Quadro 1** - Características definidoras (CD) da categoria diagnóstica conhecimento deficiente em relação à doença coronariana e à revascularização do miocárdio e suas definições operacionais (DO)

CD: verbalização do problema. DO: paciente verbaliza falta de conhecimento em relação ao seu problema de saúde (doença coronariana), em relação aos fatores que desencadearam a doença, e/ou em relação aos procedimentos anestésico-cirúrgicos e/ou em relação ao período pós-operatório imediato.
CD: Seguimento inadequado de instruções. DO: paciente verbaliza ou demonstra não seguir de forma adequada/cuidadosa as informações da equipe de saúde (relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas) ou cuidador ou família relatam que o paciente não segue adequadamente as orientações da equipe de saúde (relacionadas à terapêutica adotada, atividade física, restrições na dieta e manejo dos sintomas).
CD: Desempenho inadequado em teste. DO: paciente apresentou pontuação igual ou inferior a 3 nas questões referentes ao conhecimento da doença coronariana e/ou nas questões referentes ao conhecimento dos procedimentos anestésico-cirúrgicos do Questionário para avaliação do conhecimento.
CD: Comportamentos impróprios ou exagerados. DO: paciente assume comportamento inadequado para a situação como rir ou chorar sem parar, gritar, falar demais.
CD: Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde. DO: paciente percebe e expressa conhecimento falho, imperfeito, inexacto acerca do seu problema de saúde, do que desencadeou a doença e/ou de como será o seu tratamento.
CD: Não seguir a terapêutica prescrita. DO: paciente verbaliza ou demonstra não seguir as condutas indicadas pela equipe de saúde para o alívio e diminuição dos sintomas ou cura da doença, independente de apresentar condições econômicas (dinheiro para conseguir medicamentos e alimentos saudáveis) e sociais favoráveis (ajuda de amigos e familiares).
CD: Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias. DO: paciente verbaliza ou expressa falta de associação e adequação do tratamento às suas atividades cotidianas, independente de condições adversas (como situação socioeconômica desfavorável).
CD: Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão). DO: paciente apresenta pontuação igual ou superior a 8 na Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar.
CD: Indicadores não verbais de baixo entendimento. DO: franze a testa aproximando as sobrancelhas; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo mas apresenta um olhar vago.
CD: Memorização de informação deficiente. DO: paciente expressa ou demonstra dificuldade em reter informações.
CD: Questionamento repetitivo. DO: paciente repete com frequência as mesmas perguntas.
CD: Indicadores não verbais de falta de atenção. DO: paciente demonstra falta de atenção; meneia a cabeça em sinal afirmativo ou negativo, mas apresenta um olhar vago.
CD: Desvalorização das informações. DO: paciente verbaliza não valorizar ou não julgar importantes as informações referentes à sua doença (doença arterial coronariana) e aos procedimentos relacionados à cirurgia, a partir das respostas do Questionário de avaliação da valorização de informações.

**Quadro 2** - Sistema de pontuação de expertos

Itens	Pontos
- Mestre em enfermagem ou em pedagogia e educação	4
- Dissertação, com conteúdo relevante, relacionada à cardiologia ou ao processo de ensino aprendizagem	1
- Publicações sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre o processo de ensino aprendizagem	2
- Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem ou de processo de ensino aprendizagem em um periódico de referência	2
- Tese (doutorado) relacionada à cardiologia ou ao processo de ensino aprendizagem	2
- Experiência clínica de pelo menos um ano na área de cardiologia	1
- Especialização em cardiologia ou em pedagogia e educação	2

Adaptado de: Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.

Os enfermeiros expertos que aceitaram participar do estudo foram instruídos a indicar o quanto cada característica definidora representaria o diagnóstico em questão.

Seguindo o referencial metodológico adotado<sup>(20)</sup>, para cada opção de resposta foi atribuído um peso, sendo: muitíssimo característico=1; muito característico=0,75; de algum modo característico=0,5; pouco característico=0,25; nada característico=0.

A partir dos escores obtidos para cada característica definidora, foi calculada a média ponderada para cada uma das evidências. Em seguida, as evidências clínicas com peso igual ou maior a 0,80 foram classificadas como características definidoras principais, as com peso entre 0,50 a 0,79 como características definidoras secundárias e as características definidoras com média menor ou igual a 0,50 como irrelevantes<sup>(20)</sup>.

O escore total da Validação de conteúdo diagnóstico (Diagnostic Content Validation – DCV) foi calculado, a partir da somatória das médias ponderadas dividido pelo número total de características definidoras<sup>(20)</sup>.

A análise estatística (distribuições de frequência, medidas de tendência central e de variabilidade, bem como medidas de associação) foi realizada mediante a utilização do programa estatístico Statcal Package for Social Science (SPSS), versão 15.0.

**RESULTADOS**

Dos 66 profissionais, 50 aceitaram participar do estudo, sendo 48 (96,0%) do sexo feminino e dois (4,0%) do sexo masculino.

A seguir, serão apresentados os dados referentes à idade dos expertos, ao tempo de exercício na profissão, ao tempo de experiência em relação à utilização dos diagnósticos de enfermagem e à pontuação obtida no Sistema de pontuação de especialista<sup>(27)</sup> (Tabela 1).

Em relação à formação e à titulação dos expertos ressalta-se que 11 (22,0%) fizeram licenciatura, 47 (94,0%) mestrado,

30 (60,0%) doutorado, cinco (10,0%) livre docência, dois (4,0%) possuíam título de professor titular, um (2,0%) era mestrando em enfermagem e seis (12,0%) eram doutorandos.

A seguir será apresentada a distribuição dos profissionais segundo a pontuação obtida no Sistema de pontuação de especialista<sup>(27)</sup> (Tabela 2).

**Tabela 2** - Pontuação dos expertos que participaram do processo de validação de conteúdo diagnóstico. São Paulo, 2006

Pontuação	n	%
5 a 7 pontos	8	16
8 a 10 pontos	6	12
11 a 13 pontos	20	40
14 pontos	16	32
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

De acordo com a Tabela 2, observa-se que a maioria dos profissionais apresentou pontuação acima de 10 pontos no sistema proposto para incluir o profissional na lista de expertos. Pode-se observar também que 16 expertos (32,0%) apresentaram a pontuação máxima e 20 (40,0%) apresentaram pontuação igual entre 11 e 13 pontos.

A seguir serão apresentadas a titulação e as informações referentes à produção bibliográfica dos expertos. (Tabela 3).

Observa-se na Tabela 3 que a maioria dos expertos possuía publicações sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre o processo ensino aprendizagem.

A seguir será apresentada a média ponderada obtida a partir da avaliação dos expertos, seguindo o referencial metodológico adotado para o estudo.

Observa-se, na Tabela 4, que das quatro características definidoras apresentadas pela NANDA-I<sup>(3)</sup>, duas apresentaram média ponderada superior a 0,80 (0,96 e 0,83), uma apresentou média entre 0,50 a 0,79 (0,71) e a outra média menor que 0,50 (0,34).

**Tabela 1** - Dados de caracterização dos expertos. São Paulo, 2006

Dados dos expertos	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor máximo	Valor mínimo
Idade	42	42	9,71	62	24
Tempo de exercício na profissão	18	20	9,77	40	2
Tempo de utilização do diagnóstico de enfermagem	10	9,5	5,64	24	2
Pontuação	11	12	2,64	14	5



**Tabela 3** - Titulação e informações referentes à produção bibliográfica dos expertos. São Paulo, 2006

Itens	n	%
Experiência clínica de pelo menos um ano na área de cardiologia	49	98
Mestre em enfermagem ou em pedagogia e educação	47	94
Publicações sobre diagnósticos de enfermagem ou sobre o processo de ensino aprendido	44	88
Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem ou de processo de ensino aprendido em um periódico de referência	44	88
Especialização em cardiologia ou em pedagogia e educação	40	80
Dissertação relacionada à cardiologia ou ao processo de ensino aprendido	29	58
Tese relacionada à cardiologia ou ao processo de ensino aprendido	23	46

**Tabela 4** - Características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente em relação à doença coronariana e à revascularização do miocárdio. São Paulo, 2006

Características definidoras	Valores		Média ponderada	Desvio padrão
	Mín.	Máx.		
Verbalização do problema*	0,50	1	0,96	0,12
Desempenho inadequado em teste*	0,50	1	0,83	0,17
Expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde	-	1	0,83	0,22
Seguimento inadequado de instruções*	-	1	0,71	0,27
Memorização de informação deficiente	-	1	0,71	0,27
Indicadores não verbais de baixo entendimento	-	1	0,69	0,27
Questionamento repetitivo	-	1	0,68	0,27
Desvalorização das informações	-	1	0,64	0,29
Não seguir a terapêutica prescrita	-	1	0,56	0,27
Indicadores não verbais de falta de atenção	-	1	0,56	0,27
Falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias	-	1	0,53	0,31
Expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão)	-	1	0,51	0,31
Comportamentos impróprios ou exagerados*	-	0,75	0,34	0,24

\* Categorias diagnósticas apresentadas pela NANDA-I.

## DISCUSSÃO

Apesar de Fehring<sup>(26)</sup>, em seu modelo, utilizar a terminologia características definidoras maiores e menores, neste estudo, essas terminologias não foram utilizadas por não fazerem parte da Taxonomia II da NANDA-I<sup>(3)</sup>. Sendo assim, as características definidoras conhecidas como maiores foram, neste estudo, denominadas como principais, e as características definidoras menores como secundárias. Entende-se por características definidoras principais (ou maiores) características que devem, necessariamente, estar presentes para validar o diagnóstico, isto é, para se afirmar que o diagnóstico existe realmente. Já as características definidoras secundárias (ou menores) são definidas como características que fornecem uma evidência secundária, de apoio do diagnóstico. Isto significa que a identificação de apenas características definidoras menores não garante a existência do diagnóstico<sup>(7)</sup>.

Como pode ser observado na Tabela 4, das 13 características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente três apresentaram média superior a 0,80 sendo, portanto, consideradas características definidoras principais. São elas: a verbalização do problema (0,96), o desempenho inadequado em teste (0,83) e expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde (0,83). É importante ressaltar que durante o processo de validação dessas características, dois expertos questionaram a

necessidade de se considerar essas três características, uma vez que a verbalização do problema e o desempenho inadequado em teste já indicam ou demonstram uma percepção incorreta acerca do estado de saúde. Os expertos questionaram a necessidade de manter a característica expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde, uma vez que ela se sobrepõe à verbalização do problema e ao desempenho inadequado em teste. Observa-se que a média identificada na característica desempenho inadequado em teste foi a mesma identificada na característica expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde, o que pode sugerir que os outros expertos também compartilham do pensamento de que o paciente pode expressar um conhecimento deficiente ou falho de duas maneiras: ao verbalizar ou ao apresentar um desempenho insuficiente em testes específicos para medir o conhecimento. Sendo assim, pode-se inferir que a característica definidora expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde é realmente desnecessária.

Na literatura, não foram identificados estudos, nacionais ou internacionais, que realizaram a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. Foi possível identificar dois estudos<sup>(18-19)</sup> que realizaram a validação clínica do referido diagnóstico, isto é, que identificaram as características definidoras do diagnóstico em estudo em um ambiente clínico real. Em um desses estudos, a característica diagnóstica identificada com maior frequência foi demonstrar

verbalmente conhecimento inadequado<sup>(19)</sup>.

Na Tabela 4, observa-se que as características definidoras seguimento inadequado de instruções, memorização de informação deficiente, indicadores não verbais de baixo entendimento, questionamento repetitivo, desvalorização das informações, indicadores não verbais de falta de atenção, falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias, não seguir a terapêutica prescrita e expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão) foram classificadas como secundárias, por apresentarem média ponderada entre 0,50 a 0,79.

A memorização de informação deficiente, na qual se obteve 0,71 de média ponderada sendo, portanto, classificada como característica secundária, deve ser sempre investigada uma vez que a detecção de eventuais perdas cognitivas pode interferir diretamente na capacidade do paciente em conhecer de sua doença e a terapêutica a que deverá ser submetido.

Observa-se, na Tabela 4, que as características definidoras indicadores não verbais de falta de atenção e desvalorização das informações acrescentadas no instrumento de coleta de dados para serem submetidas ao processo de validação de conteúdo, por sugestão de dois expertos que participaram da fase de refinamento do instrumento, apresentaram médias significativas (0,69 e 0,64 respectivamente).

Sabe-se que a motivação do paciente para aprender constitui uma importante característica para o sucesso da aprendizagem. Essa motivação pode ser aferida a partir da investigação das informações que o paciente valoriza, isto é, a partir da investigação da quantidade e do tipo de informações relacionadas à doença e ao tratamento que o paciente julga ser fundamental conhecer. Daí a relevância da desvalorização das informações como característica definidora do conhecimento deficiente.

A característica definidora expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão), apesar de apresentar a menor média ponderada (depois de comportamentos impróprios ou exagerados), conforme mostra a Tabela 4, será discutida por estar normalmente relacionada ao processo de doença e de hospitalização e por interferir de forma negativa na motivação do paciente para aprender.

Segundo a literatura, algumas doenças cardiovasculares estão diretamente associadas à ocorrência de ansiedade e de transtornos de humor<sup>(20)</sup>. Sendo assim, os enfermeiros devem avaliar a ocorrência dessas alterações psicológicas e mensurá-las, sempre que possível.

A ansiedade, além de ser uma característica definidora do conhecimento deficiente, também constitui um diagnóstico de enfermagem definido pela NANDA-I<sup>(3)</sup>

como um sentimento de desconforto e de apreensão, muitas vezes confundido com medo, acompanhado de resposta autonômica, causado por situações percebidas como ameaçadoras. O paciente com dúvidas em relação à cirurgia e ao tipo de anestesia a que será submetido pode apresentar um alto nível de ansiedade, sendo o processo de ensino do paciente cirúrgico essencial para a diminuição dessa ansiedade.

A ansiedade e a depressão podem influenciar no processo de aceitação e de conhecimento da doença, bem como a adesão à terapêutica indicada pela equipe de saúde. Além disso, esses transtornos podem interferir na capacidade do indivíduo em receber e armazenar informações referentes à sua doença e ao seu tratamento.

A Tabela 4 mostra que, de acordo com a avaliação dos expertos, a característica comportamentos impróprios ou exagerados, apresentada pela NANDA-I<sup>(3)</sup> foi considerada como insuficiente para indicar ou caracterizar o conhecimento deficiente em relação à doença e ao tratamento<sup>(20,26)</sup>.

Seguindo o referencial metodológico utilizado<sup>(20,26)</sup> foi calculado um escore total de validação de conteúdo (DCV) cujo valor foi 0,66. Conforme dito anteriormente, esse escore foi obtido mediante a somatória das médias ponderadas dividida pelo número total de características definidoras. Fehring<sup>(26)</sup> considera DCV total adequado um valor acima de 0,60.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a aplicação adequada da categoria diagnóstica conhecimento deficiente e subsidiar estudos de educação e ensino do paciente.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados foi possível concluir que:

- as características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente classificadas como principais foram: verbalização do problema, desempenho inadequado em teste e expressar percepção incorreta acerca do seu estado de saúde;
- as características definidoras da categoria diagnóstica conhecimento deficiente classificadas como secundárias foram: seguimento inadequado de instruções, memorização de informação deficiente, indicadores não verbais de baixo entendimento, questionamento repetitivo, desvalorização das informações, indicadores não verbais de falta de atenção, falta de integração do plano de tratamento às atividades diárias, não seguir a terapêutica prescrita e expressar alteração psicológica (ansiedade, depressão).
- a característica definidora comportamentos impróprios ou exagerados foi considerada insuficiente para caracterizar a categoria diagnóstica em estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Kim MJ, Amoroso-Seritella R, Gulanick M, Moyer K. Clinical validation of cardiovascular nursing diagnoses. In: Kim MJ, McFarland GK, McLane AM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the fifth national conference. St. Louis: Mosby; 1984. p.128.
2. Pokorny BE. A study to determine the defining characteristics of the nursing diagnosis of knowledge deficit. In: Hurley ME, editor. Classification of nursing diagnoses:

- proceedings of the sixth conference. St. Louis: Mosby; 1986. p.484-80.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
  4. Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 1998; 11(3):24-31.
  5. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
  6. Jenny JL. Knowledge deficit: not a nursing diagnosis. *Image J Nurs Sch.* 1987; 19(4):184-5.
  7. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
  8. Levin RF, Krainovitch BC, Bahrenburg E, Mitchell CA. Diagnostic content validity of nursing diagnoses. *Image J Nurs Sch.* 1989; 21(1):40-4.
  9. Wieseke A, Twibell KR, Bennett S, Marine M, Schoger J. A content validation study of five nursing diagnoses by critical care nurses. *Heart Lung.* 1994; 23(4): 345-51.
  10. Wall BM, Philips JP, Howard JC. Validation of increased intracranial pressure and high risk for increased intracranial pressure. *Nurs Diagn.* 1994; 5(2): 74-81.
  11. Santana ME, Sawada NO. Paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55(6): 658-63.
  12. Brukwitzki G, Holmgren C, Maibusch RM. Validation on the defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective airway clearance. *Nurs Diagn.* 1996; 7(2): 63-9.
  13. Rossi LA, Dalri MC, Ferraz AEP, Carvalho EC, Hayashida M. Déficit de volume de líquidos: perfil de características definidoras no paciente portador de queimadura. *Rev Latinoam Enferm.* 1998; 6(3): 85-94.
  14. Ogasawara C, Matsuki M, Egawa T, Ohno Y, Masutani E, Yamamoto Y, Kume Y. Validation of the defining characteristics of body image disturbance in Japan. *Nurs Diagn.* 1999; 10(1):15-20.
  15. Fu M, LeMone P, McDaniel RW, Bausler C. A multivariate validation of the defining characteristics of fatigue. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2001; 12(1):15-27.
  16. Bachion MM, Araújo LAO, Santana RF. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em idosos: uma contribuição. *Acta Paul Enferm.* 2002; 15(4): 66-72.
  17. Bergamasco EC, Rossi LA, Carvalho EC, Dalri MC. Diagnóstico de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(2):170-7.
  18. McKeighen RJ, Memmert PA, Dickel CA. Validation of the nursing diagnosis knowledge deficit. In: Carroll-Johnson RM, editor. *Classification of the nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference.* Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 359.
  19. Pokorny BE. Validating a diagnostic label. Knowledge deficits. *Nurs Clin North Am.* 1985; 20(4): 641-55.
  20. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.* 1987; 16(6 Pt 1):625-9.
  21. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
  22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67(6):361-70.
  23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica = J Public Health.* 1995; 29(5):355-63.
  24. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B):777-81.
  25. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johnson RM, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference.* Philadelphia: Lippincott; 1994. p.55.
  26. Fehring RJ. Validating diagnostic labels: standard methodology nursing diagnosis. In: Hurley M, editor. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference.* St. Louis: Mosby; 1986. p.183.
  27. Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
  28. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Plataforma lattes [ Internet]. Brasília (DF): CNPq; c2006 [citado 2007 Jun 18]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/index.htm>
  29. Sheikh JI. Anxiety in older adults. Assessment and management of three common presentations. *Geriatrics.* 2003; 58(5):44-5.