MARIANA STELMACH

**Desenvolvimento de um instrumento de avaliação do conhecimento que o paciente
com cirrose hepática tem sobre sua doença**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Wellington Andraus

**São Paulo
2019**

MARIANA STELMACH

**Desenvolvimento de um instrumento de avaliação do conhecimento que o paciente
com cirrose hepática tem sobre sua doença**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Wellington Andraus

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Stelmach, Mariana

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação do conhecimento que o paciente com cirrose hepática tem sobre sua doença / Mariana Stelmach. -- São Paulo, 2019.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Wellington Andraus.

Descritores: 1.Cirrose hepática 2.Estudos de validação 3.Educação em saúde 4.Questionários 5.Conhecimento 6.Psicometria

USP/FM/DBD-040/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Osmar Stelmach (*in memoriam*) que dentro da sua simplicidade sempre demonstrou um grande orgulho das minhas conquistas. Sempre incentivou e acreditou no meu potencial.

Ao meu pequeno tesourinho Gabriel, que na barriga da mamãe tem provocado um turbilhão de sentimentos, ressignificando o meu sentido do amor.

AGRADECIMENTOS

Aos especialistas que de maneira bastante receptiva, mesmo com suas rotinas atribuladas, se dispuseram a avaliar o instrumento realizando ricas contribuições para aprimorá-lo. Minha gratidão: Valdecy Miranda, Dorotéia Freitas, Ana Augusta Maria Pereira, Luiz Carlos Baptista e Juliana Miyuki Garcia Tanji.

Aos professores Dr. Alex Jones Flores Cassenote, Dr. Mário Guimarães Pessôa, Dr. Rodrigo Âmbar Pinto, pelas contribuições na banca de qualificação e pelas valiosas sugestões para o desenvolvimento do manuscrito.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado.

Ao João Ítalo de França por toda contribuição no trabalho estatístico.

À Vilma Libério, pela atenção, ajuda e disponibilidade, fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao meu querido primo Giordano Wosgrau Calloni que se prontificou tão carinhosamente a ler e realizar contribuições que me possibilitaram refletir e melhorar o trabalho. A minha prima Eloisa Fernandes pela sincera torcida tão importante de ser sentida nesses momentos.

À Raquel Slusarski, minha colega e amiga de mestrado, por dividirmos as angústias dessa jornada. Por estar acompanhando e me apoiando nesse caminho tão intenso e significativo.

A minha grande amiga Juliana Miyuki Garcia Tanji, agradeço por ter me incentivado a iniciar o mestrado. Com toda certeza, se não tivesse o seu empurrão, esse mestrado não teria acontecido. Muito obrigada! Agradeço também pelo suporte, compartilhamento de angústias e comemorações que ocorreram ao longo desse percurso. Você faz parte da minha história de mestrado.

A minha mãe Fátima que está sempre presente em minha vida, com carinho, amor e suporte, imprescindíveis para minha constituição como ser humano. Para meu querido irmão Rafael.

Ao meu orientador Alberto Meyer, meus sinceros agradecimentos! Conduziu o processo de orientação de maneira exemplar. Sempre disponível e extremamente generoso no seu papel como orientador. Sua dedicação fez a grande diferença nesse caminho. Foi um grande prazer trabalhar contigo!

Ao Thiago Furlanetto Wronski todo o meu amor! Obrigada por mais uma vez estar ao meu lado, acompanhando de uma maneira tão próxima um momento importante da minha vida. Obrigada por ser você, pela sua sempre genuína torcida, sinto-me privilegiada e honrada por compartilharmos a vida juntos.

EPÍGRAFE

Somos o que repetidamente fazemos.

A excelência, portanto, não é um feito, mas um hábito

(Aristóteles)

A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltara ao seu tamanho original.

(Albert Einstein, 1879-1955)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de Internacional *Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO - 2 -

1.1 CIRROSE HEPÁTICA - 2 -

1.2 CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS - 6 -

2 OBJETIVOS - 12 -

2.1 OBJETIVO GERAL - 12 -

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS - 12 -

3 MÉTODO - 14 -

3.1 ETAPAS DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO - 14 -

3.1.1 1ª ETAPA: CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO - 14 -

3.1.2 2ª ETAPA: PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO - 14 -

3.1.3 3ª ETAPA: REESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO - 17 -

3.1.4 4ª ETAPA: PROCESSO DE REAVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO - 18 -

3.1.5 5ª ETAPA: DESENVOLVIMENTO DA VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO - 19 -

4 RESULTADOS - 21 -

4.1 1ª FASE DE ANÁLISE DO INSTRUMENTO - 21 -

4.1.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DO INSTRUMENTO - 21 -

4.1.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO INSTRUMENTO - 27 -

4.2 2ª FASE DE ANÁLISE DO INSTRUMENTO - 32 -

4.2.1 ANÁLISE QUALITATIVA DO INSTRUMENTO - 32 -

4.2.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DO INSTRUMENTO - 32 -

5 DISCUSSÃO - 40 -

<u>6</u>	<u>CONCLUSÃO</u>	<u>- 46 -</u>
<u>7</u>	<u>ANEXOS</u>	<u>- 48 -</u>
<u>8</u>	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>- 61 -</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CH	Cirrose Hepática
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
CAPPESQ	Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição
ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Etapas utilizadas no processo de desenvolvimento de um instrumento de medida.....	10
-----------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Exemplo de cálculo IVC-Médio.....	16
Tabela 2	Exemplo de cálculo IVC-Universal.....	17
Tabela 3	Exemplo da estrutura do questionário para uso com os pacientes.....	19
Tabela 4	Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.....	22
Tabela 5	Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.....	23
Tabela 6	Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.....	24
Tabela 7	Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.....	25
Tabela 8	Comparação dos resultados do IVC Médio de cada tópico na primeira e segunda versão do instrumento.....	26
Tabela 9	Comparação dos resultados do IVC Universal de cada tópico na primeira e segunda versão do instrumento.....	26
Tabela 10	Análise semântica: Sinais e sintomas.....	27
Tabela 11	Análise semântica: Diagnóstico.....	28
Tabela 12	Análise semântica: Tratamento.....	29
Tabela 13	Análise semântica: Medicamentos.....	30
Tabela 14	Comentários gerais sobre os tópicos: sugestão ou acréscimo de conteúdo.....	31
Tabela 15	Resultado com relação ao critério clareza do instrumento.....	33
Tabela 16	Resultado referente ao critério objetivo do instrumento.....	34
Tabela 17	Resultado relacionado ao critério se o contexto da questão está adequado.....	35
Tabela 18	Resultado referente ao critério adequação a cultura brasileira do instrumento.....	36
Tabela 19	Resultado do critério adequação a população avaliada do instrumento.....	37
Tabela 20	Análise descritiva de todos os critérios avaliados.....	38

RESUMO

Stelmach M. *Desenvolvimento de um instrumento de avaliação do conhecimento que o paciente com cirrose hepática tem sobre sua doença* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: Uma estratégia para avaliar o conhecimento do paciente é por meio de instrumentos de medida. Ao realizar uma avaliação, é possível dimensionar o que o paciente está compreendendo, qual é o seu conhecimento e, a partir dessas informações, elaborar planos terapêuticos assertivos à necessidade de cada paciente. Este estudo tem como objetivo construir um instrumento que avalie o conhecimento do paciente sobre a doença cirrose hepática. **MÉTODO:** Estudo composto por três fases. A primeira fase constituiu a construção do instrumento por meio de um levantamento bibliográfico. As questões foram distribuídas em tópicos de acordo com conteúdos considerados relevantes a serem compreendidos e trabalhados na educação do paciente: sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medicamentos. Na segunda fase cinco especialistas foram convidados para participar da avaliação do instrumento, verificando a validade do conteúdo. Foram feitas análises quantitativas e qualitativas. A ferramenta utilizada para a análise quantitativa foi o IVC (Índice de Validade de Conteúdo) e para a análise qualitativa utilizou-se a avaliação semântica das questões. A terceira fase foi destinada ao processo de reestruturação do instrumento, portanto questões foram adicionadas, reelaboradas ou eliminadas (com base nos resultados obtidos com o IVC). **RESULTADOS:** A versão final do instrumento obteve uma composição de 36 questões. O instrumento obteve um resultado do IVC médio 91,7 e do IVC universal 94,4%. A análise semântica apresentou como principal sugestão o uso de uma linguagem mais simples e acessível ao público alvo. **CONCLUSÃO:** As questões mostraram-se compreensíveis, claras e com uma estrutura adequada. Assim sendo, o instrumento final apresentou validade de conteúdo satisfatória, atingindo a proposta do estudo.

Descritores: cirrose hepática; estudos de validação; educação em saúde; questionários; conhecimento; psicometria.

ABSTRACT

Stelmach M. *Development of an instrument to evaluate the knowledge of the patient with liver cirrhosis on his disease* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

INTRODUCTION: The application of measurement instruments is a strategy to evaluate the patient's knowledge about the disease. When carrying out an evaluation, it is possible to verify the patient understands and his/her knowledge about his/her liver cirrhosis, in order to, from this information, elaborate assertive therapeutic plans for each patient's need. This study aims to build an instrument that evaluates the patient's knowledge about liver cirrhosis. **METHOD:** This study includes three phases. The first one was the construction of the instrument based on a literature review. The questions were distributed in topics according to the content considered relevant to be understood and worked out during the patient's education: signs and symptoms, diagnosis, treatment and medications. In the second phase, five experts were invited to participate in the evaluation of the instrument, to check the validity of the content. Quantitative and qualitative analyzes were made. The tool used for the quantitative analysis was the CVI (Content Validity Index) and for the qualitative analysis it was used the semantic study of the questions. The third phase was the process of the restructuring the instrument, therefore, questions have been added, deleted or reworked (based on results obtained in the CVI). **RESULTS:** The final version of the instrument consisted of 36 questions. The instrument was evaluated in 91.7 by the average CVI and 94.4% by the universal CVI. The main suggestion indicated from the semantic study was the use of a simpler language and accessible to the target public. **CONCLUSION:** The questions are properly structured and clear, therefore, understandable. Thus, the final instrument presented satisfactory content validity, so that, it reached the aim of this study.

Descriptors: liver cirrhosis; validation studies; health education; questionnaires knowledge; psychometrics.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Cirrose Hepática

A Cirrose Hepática (CH) é uma doença caracterizada por diferentes mecanismos que resultam na formação de cicatrizes irreversíveis no fígado; levando ao bloqueio da circulação sanguínea na área lesionada, impossibilitando o órgão de realizar suas funções normais. Os principais fatores etiológicos são o uso abusivo do álcool, hepatites virais e doenças autoimunes. Uma importante mudança vem ocorrendo na última década: houve um aumento na proporção de casos de cirrose relacionados a doença hepática criptogênica e a doença hepática gordurosa não alcóolica ^(1,2).

A CH é um problema de saúde pública. Em 2013, foi a 13ª principal causa de morte no mundo, responsável por aproximadamente 1 milhão de óbitos⁽²⁾. Apesar da importância da CH no Brasil, ainda há uma pobreza de dados epidemiológicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, houve 853.751 admissões hospitalares atribuídas à CH no período de 2001 a 2010, o que corresponde a 0,72% do total de admissões hospitalares. Do total de mortes no país neste mesmo intervalo de tempo, a CH corresponde a 3,34% (308.209 mortes), o que coloca a doença como a oitava causa de morte no país ^(3,4).

A doença inicialmente caracteriza-se por uma fase assintomática, ou seja, o fígado realiza suas funções vitais de maneira adequada, seguida por uma fase sintomática em que os danos no fígado não permitem realizar suas funções vitais, ocasionando um declínio funcional. A transição entre essas fases é marcada pelo desenvolvimento de sintomas como: ascite, icterícia, fadiga, prurido, hemorragia gastrointestinal, varizes esofágicas e hipertensão portal ⁽⁵⁾.

Os pacientes podem ainda apresentar complicações como a encefalopatia e o aparecimento de hérnias. A encefalopatia envolve uma disfunção cerebral que pode desencadear confusão mental, distúrbios no ciclo sono-vigília, perda das habilidades motoras finas, levando, em casos graves, ao coma. A hérnia de parede abdominal é mais uma das complicações frequentes, provocando desconforto, dor, alterações na deambulação e perfuração. Está presente em 20% dos casos de pacientes cirróticos e em 40% dos casos de pacientes cirróticos com ascite. Com o agravamento das funções hepáticas, o aparecimento desses sintomas pode acelerar o desenvolvimento de outras

complicações, como uma piora renal, síndrome hepatopulmonar e sepse, e o surgimento de carcinoma hepatocelular^(6,7).

O complexo tratamento medicamentoso, embora não seja curativo, em muito pode contribuir para alívio de sintomas e controle de complicações da CH. O agravamento dos sintomas da encefalopatia hepática e ascite podem, por exemplo, ser gerenciados com a terapia farmacológica⁽⁸⁾.

A CH pode progredir para uma insuficiência hepática, aguda ou crônica, e nesses casos a opção de tratamento é o transplante hepático. O Brasil, em números absolutos, é o país que mais realiza transplantes na América Latina; ocupa o terceiro lugar em todo mundo, perdendo para os Estados Unidos e a China. Entre 2005 e 2015, foram realizados 14.817 transplantes de fígado no Brasil^(9,10). Segundo dados publicados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2016 o país contava com 62 equipes atuantes e realizou um total de 1880 transplantes hepáticos, apresentando uma lista de 1331 pacientes ativos em espera para transplante⁽¹¹⁾.

O transplante hepático é uma cirurgia eficaz e de alta complexidade. Consiste na substituição de um órgão doente por outro sadio, sendo que o enxerto é extraído de um doador vivo ou cadáver. É indicado para casos terminais em que tratamentos conservadores não conseguem controlar os sintomas ou impedir a progressão da doença. Estimativas mostram que a mortalidade com tratamentos conservadores atingiria 70% dos casos ao final de um ano, caso a cirurgia não fosse realizada^(12,13).

Por ser uma doença crônica, exige do paciente mudanças de hábitos, desde alterações na dieta alimentar até comprometimento com o uso das medicações e necessidade de cuidados contínuos, o que pode afetar a qualidade de vida. Se adicionarmos a essa doença crônica o transplante como tratamento (por ser a única terapêutica para muitos casos), pode-se pensar num processo ainda mais complexo. O comportamento humano e seus hábitos são moldados pelas crenças de cada indivíduo e essas, por sua vez, influenciarão diretamente as decisões do paciente de seguir ou não o tratamento. As crenças são derivadas de diferentes fontes, como experiências pessoais, familiares e sociais⁽¹⁴⁾.

Ainda nessa perspectiva, a atitude do paciente quanto ao tratamento é reflexo de uma série de componentes: cognitivos, emocionais e motivacionais. O conhecimento é uma das variáveis que provocarão a mudança de comportamento frente ao adoecimento. Além disso, tempo de diagnóstico, apoio familiar, crenças relacionadas à saúde e à doença, facilidade de acesso ao serviço de saúde, entre outras, também contribuirão para o manejo do paciente diante do adoecimento⁽¹⁵⁾.

Além de todas essas perspectivas pessoais, familiares e sociais que envolvem o universo do paciente e repercutem na sua postura diante do adoecimento, não se pode deixar de analisar a contribuição que os profissionais de saúde desempenham no acompanhamento do adoecimento e no tratamento do paciente.

Segundo Saberifiroozi ⁽¹⁾, a taxa de adesão ao tratamento em muito pode aumentar se a equipe de saúde estiver mais próxima, atendendo às necessidades do paciente por meio de um cuidado holístico. Grupos educativos, contato contínuo, aumento da capacidade de autogestão do paciente são exemplos de atuações que a equipe pode realizar refletindo em uma melhor qualidade do cuidado.

A educação é entendida como uma compreensão do paciente da sua própria condição física, o que o levará ao desenvolvimento do autocuidado. No caso de pacientes que precisam de transplante de órgãos sólidos, a necessidade de um processo educativo torna-se ainda mais relevante. Nesse caso, o paciente precisa aprender a administrar a nova medicação que fará uso pelo resto da vida, além de aderir a mudanças no estilo de vida, como práticas de higiene, monitoramento do novo órgão, prevenção de infecção e reajustamento social e profissional ⁽¹⁶⁾.

Diante do exposto, percebe-se a complexidade de fatores que influenciam o paciente sobre sua doença e tratamento. Dentro desse contexto multifacetado, torna-se fundamental os profissionais de saúde desenvolverem estratégias para identificar melhor as necessidades de cada paciente. A partir desse conhecimento, é possível realizar intervenções mais assertivas junto ao paciente, tornando-o mais ativo em seu tratamento. Os pacientes que possuem mais informações comunicam-se com a equipe de maneira mais eficaz e produzem melhores resultados nos seus respectivos tratamentos ⁽¹⁷⁾.

É imprescindível que o profissional de saúde entenda a importância da transmissão de informação como um ponto relevante do seu trabalho com o paciente e desenvolva maneiras de tornar a informação acessível à população que está atendendo. Níveis baixos de escolaridade - a baixa alfabetização dos pacientes, por exemplo - podem interferir de modo negativo no prognóstico da doença, pois a compreensão das orientações médicas fica prejudicada, podendo, com isso, aumentar as taxas de mortalidade, visitas a centros de emergência e readmissões hospitalares ⁽¹⁸⁾.

Dessa maneira, entrando no universo da população do presente estudo – os pacientes com CH e a importância da equipe de saúde de atentar-se às informações transmitidas - pode-se citar uma pesquisa desenvolvida com objetivo de avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o processo de transplante hepático. Os resultados demonstram a

difficuldade que as equipes encontram na comunicação com o paciente. A pesquisa foi realizada com 62 candidatos em lista de transplante e apontou uma média de acertos de 7,4 de um total de 10, com desvio padrão de 2,5. As questões relativas à fase pós-transplante tiveram os piores índices de acertos: 43% apontaram ter recebido informações e 77,4% não as julgaram suficientes. Em relação à compreensão da doença e do transplante, 37,1% e 45,2% respectivamente apontaram compreensão insuficiente. A partir desses resultados, ressalta-se a necessidade de desenvolver estratégias educativas capazes de melhorar a compreensão do processo de transplante ⁽¹⁹⁾.

Outra pesquisa realizada sobre a aderência medicamentosa de pacientes com CH demonstra que até 70% dos pacientes foram identificados como tendo níveis baixo ou médio de adesão à medicação. A não adesão é responsável por um pior prognóstico no percurso da doença. Salientando a importância da adesão à medicação e a baixa aderência observada na população, podem-se buscar melhorias na aderência por meio de intervenções que promovam um reforço positivo no valor e na importância do medicamento, além de um trabalho educativo adaptado individualmente a cada paciente ⁽⁸⁾.

Com base nos estudos citados, para um bom prognóstico de tratamento o paciente precisa conhecer a sua doença e as implicações envolvidas no tratamento. Partindo desse pressuposto, os profissionais de saúde precisam desenvolver uma perspectiva de trabalho em que o paciente seja colocado como agente ativo do processo. Uma estratégia para acessar o conhecimento do paciente é por meio de instrumentos de medida. Ao realizar uma avaliação, é possível dimensionar o que o paciente está compreendendo, qual é o seu conhecimento e, a partir dessa informação, pensar em planos terapêuticos assertivos à necessidade de cada paciente. Instrumentos de avaliação são recursos valiosos em programas educativos.

O uso de escalas padronizadas como instrumentos de avaliação pode contribuir com o trabalho do profissional da saúde, auxiliando no rastreamento dos pacientes que necessitam de algum tipo acompanhamento ou intervenção. Escalas de medidas são ferramentas úteis para a prática clínica, contudo, para alcançar os objetivos propostos pelo instrumento deve-se atentar ao fato de escalas serem instrumentos padronizados que exigem um processo rigoroso de construção e validação ⁽²⁰⁾.

Alguns estudos têm desenvolvido e validado instrumentos com o objetivo de compreender o conhecimento que o paciente tem da sua doença. No âmbito nacional, podemos citar Padilha et. al ⁽²¹⁾ que investigaram crenças e atitudes em pacientes

valvopatas. O trabalho de Bonin et. al ⁽²²⁾, construiu um questionário para mensurar o conhecimento do paciente com insuficiência cardíaca. A pesquisa de Zulianello et. al ⁽²³⁾, construiu e validou uma escala psicométrica para avaliar o conhecimento dos pacientes hipertensos. Maciel et. al⁽²⁴⁾ desenvolveram uma escala de crenças sobre a doença mental. Além disso, referindo-se a estudos internacionais, tem-se Benhamou et. al ⁽¹⁴⁾ que desenvolveram e validaram um instrumento para avaliar medos e crenças em pacientes com osteoartrite de joelho; Siklosi et. al ⁽²⁵⁾ que desenvolveram e validaram um questionário para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre Fibrose Cística; Bardazzi et. al ⁽²⁶⁾ que validaram um questionário sobre a consciência dos pacientes com psoríase; Zschocke et. al ⁽²⁷⁾ que desenvolveram um questionário para avaliar fatores de aderência em pacientes com tratamento de terapia tópica; e Webb et. al ⁽²⁸⁾, que desenvolveram um instrumento para avaliar a qualidade de vida em pacientes com hiperparatireoidismo primário.

As pesquisas supracitadas tiveram como objetivo o desenvolvimento de instrumentos visando uma melhor compreensão do paciente sobre sua doença, permitindo, por parte da equipe, um conhecimento sobre o paciente, o que viabiliza um tratamento mais efetivo, menos desgastante, resultando em um melhor prognóstico para o paciente e propiciando uma melhor qualidade de vida. No Brasil, ainda não existem instrumentos desenvolvidos e validados para avaliar a população de pacientes com CH. Daí a relevância do estudo: criar um instrumento para auxiliar os profissionais a avaliar o conhecimento nesta população.

1.2 Construção de instrumentos de medidas

Uma estratégia para avaliar o conhecimento é por meio do desenvolvimento de instrumentos. Contudo, instrumentos para avaliação só podem ser úteis se demonstrarem boas propriedades psicométricas. Os questionários, por exemplo, são instrumentos que viabilizam recolher informação e avaliar lacunas do conhecimento e exercem grande influência na tomada de decisões sobre cuidado, tratamento, intervenções e formulação de programas de saúde ⁽²⁹⁾.

A construção de um instrumento de medida pode ser apresentada em cinco etapas, da seguinte maneira:

- 1ª etapa – definição dos objetivos do instrumento: a construção de instrumentos de medidas requer primeiramente que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham uma conexão com os conceitos abordados ⁽²⁹⁾.
- 2ª etapa – construção dos itens e das escalas de respostas: os itens não devem ser escolhidos ao acaso. A busca na literatura, em bases de dados nacionais e internacionais, é o principal recurso utilizado no desenvolvimento de instrumentos de medidas.

Além da construção dos itens, outro ponto relevante é a escolha do método para a obtenção de respostas. A escala likert é a mais utilizada para levantamento de opiniões, atitudes e avaliações. Nesse tipo de escala pede-se ao indivíduo avaliar o fenômeno (a questão) numa escala de 5 pontos. A idéia é que o avaliado escolha para cada questão apresentada uma das categorias de respostas ^(29,30). Ainda, segundo Carvalho e Rueda ⁽²⁰⁾, uma escala likert deve rigorosamente ter 5 pontos; qualquer outro tipo de pontuação e/ou categoria deve ser referida como “tipo likert”.

3ª etapa – seleção e organização dos itens: devem ser organizados de maneira lógica para diminuir o esforço mental do indivíduo. A construção de um questionário deve ser formulada de maneira a apresentar questões respeitando os princípios de clareza, coerência e neutralidade. A redação das perguntas deve utilizar-se de uma linguagem clara e compreensível, evitando questões complexas, ambíguas e demasiadamente longa ^(29,31).

Alguns critérios são essenciais a serem seguidos para a elaboração adequada dos itens (questões)⁽²⁰⁾:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou constructo;
- Critério da objetividade: o indivíduo pode concordar ou não com o item e deve ser permitido que o mesmo demonstre saber se a resposta está certa ou errada;
- Critério da simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;
- Critério da clareza: devem-se utilizar frases curtas, com uma linguagem acessível, inteligível e apropriada para as pessoas que serão avaliadas pelo instrumento;
- Critério da relevância: o item deve ser condizente com o constructo que se propõe a medir;

- Critério da precisão: o item precisa possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens;
- Critério da variedade: evitar a utilização do mesmo termo em todos os itens; a repetição dos mesmos termos pode provocar monotonia e cansaço;
- Critério da modalidade: desenvolver frases com expressões em reações modais, evitando expressões extremadas, como “excelente”, “miserável”;
- Critério da tipicidade: formular frases com expressões pertinentes com o atributo;
- Critério da credibilidade: o item não deve ser formulado de uma maneira infantil, pois o indivíduo, ao responder ao instrumento, pode ficar irritado, afetando suas respostas;
- Critério da amplitude: aponta que o conjunto de itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo;
- Critério do equilíbrio: os itens, dentro do constructo, devem manter uma distribuição proporcional em todos os segmentos, devendo haver, portanto, itens fáceis, médios e difíceis.

Após ter organizado e estruturado os itens, o instrumento necessita ser testado quanto à hipótese de que os itens definidos representam adequadamente os domínios do constructo. O procedimento de escolha para esse fim é a avaliação de conteúdo. A validade de conteúdo é um processo fundamental no desenvolvimento de um instrumento. Ela não é representada estatisticamente, o que significa que não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes especialistas examinadores. Por ser um método subjetivo, é necessário utilizar outras medidas psicométricas^(32,33).

No que se refere ao processo avaliativo dos especialistas, dentro do quesito validade de conteúdo os mesmos devem contemplar a análise dos itens individualmente, verificando a clareza e a pertinência. A clareza avalia a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir. A pertinência, por sua vez, busca analisar se os itens refletem os conceitos envolvidos e se são adequados ou relevantes. É necessário deixar um espaço para que os especialistas possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários⁽³²⁾.

Ainda nesse estágio, recomenda-se que seja feita uma análise quantitativa entre a concordância dos membros avaliadores (especialistas). Uma forma de realizar essa

análise é por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Os índices do IVC medem a proporção de especialistas que estão em concordância sobre os itens do instrumento. Permitem analisar cada item individualmente e, posteriormente, o instrumento como um todo. É um método bastante utilizado na área da saúde ^(32,34,35).

- 4ª etapa – pré-teste: o objetivo é avaliar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Ao final dessa etapa, o instrumento de medida está pronto para ter suas propriedades psicométricas avaliadas ⁽²⁹⁾.
- 5ª etapa – avaliação das propriedades psicométricas: a literatura aponta diversos atributos para a avaliação das propriedades psicométricas. Os mais relevantes são: validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. A validade e a confiabilidade são critérios particularmente importantes a serem desenvolvidos ^(29,32).

O critério de validade relaciona-se com a capacidade de o instrumento medir o que pretende medir, enquanto a confiabilidade diz respeito ao grau de resultados iguais que sua repetida aplicação produz, ou ainda, refere-se à consistência ou à estabilidade de uma medida ⁽³⁶⁾.

Dentre os quatro atributos relevantes, a validade pode ser avaliada pelo método de validade de constructo ou critério. A confiabilidade pode incluir procedimentos para avaliação, como: estabilidade (teste - reteste), homogeneidade e equivalência; o critério de praticabilidade relaciona-se a aspectos práticos da utilização do instrumento; o critério de sensibilidade é a habilidade de a medida identificar diferenças entre os grupos com afecções leves ou severas; a responsividade refere-se à capacidade de o instrumento detectar mudanças sobre o constructo ao longo do tempo e está relacionada à validade no contexto longitudinal⁽³²⁾.

O processo de desenvolvimento do instrumento, seguiu o modelo proposto por Coluci et. al ⁽²⁹⁾ e pode ser representado esquematicamente da seguinte maneira (Figura 1):

Figura 1. Etapas utilizadas no processo de desenvolvimento do instrumento de medida desse trabalho.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir um instrumento que avalie o conhecimento do paciente sobre a doença e o tratamento da cirrose hepática.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar as questões do instrumento para avaliar o conhecimento do paciente sobre a cirrose hepática;
- Avaliar as propriedades psicométricas das questões;
- Reestruturar as questões de acordo com a análise estatística e desenvolver a versão final do instrumento.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAPPESQ), aprovado conforme Protocolo de Pesquisa número 15056. Após aprovação, foi iniciado o processo de desenvolvimento do instrumento, dividido em cinco etapas: 1ª etapa: Construção do instrumento; 2ª etapa: Processo avaliativo do instrumento pelos profissionais com experiência na área – especialistas; 3ª etapa: Reestruturação do instrumento; 4ª etapa: Processo de reavaliação do instrumento pelos profissionais; 5ª etapa: Desenvolvimento da versão final do instrumento.

3.1 Etapas do processo de desenvolvimento do instrumento

3.1.1 1ª etapa: Construção do instrumento

A construção do instrumento foi realizada com base em uma extensa revisão bibliográfica, com publicações relevantes sobre o tema nos últimos cinco anos.

O instrumento foi dividido em tópicos de acordo com os conteúdos importantes a serem compreendidos e trabalhados na educação do paciente: sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medicamentos.

A primeira versão do instrumento contou com 15 questões em cada um dos tópicos, apresentando um total de 60 questões. Tendo em vista que algumas questões seriam excluídas após a avaliação dos especialistas, optou-se por desenvolver na primeira versão um número maior de questões. Não existe consenso sobre a quantidade de itens que deve conter uma escala, contudo alguns autores apontam como aconselhável que cada dimensão (categoria) tenha entre cinco e 10 itens⁽³⁷⁾.

3.1.2 2ª etapa: Processo de avaliação do instrumento

Um grupo de profissionais foi convidado a participar da avaliação do instrumento, com o objetivo de realizar a verificação da validade de conteúdo. A primeira abordagem dos profissionais foi um convite via e-mail. Os especialistas que aceitaram participar receberam um envelope contendo as instruções e o instrumento impresso (Anexo A).

O requisito utilizado na escolha dos especialistas foi atuar há pelo menos um ano com assistência de pacientes com CH. Nessa etapa, participaram cinco profissionais de saúde de diferentes áreas (uma enfermeira, um médico, duas psicólogas e uma assistente social). A literatura aponta controvérsias sobre o número de especialistas que deve participar do processo envolvendo a validação de conteúdo, portanto utilizaram-se como referência os parâmetros mínimos citados de pelo menos cinco sem extrapolar o máximo de 10 especialistas ^(29,32,35).

➤ Critérios para avaliação do instrumento: validade de conteúdo

A validade de conteúdo é definida como uma medida que avalia se o teste (instrumento) mensura aquilo a que se destina medir. Ou seja, a validade refere-se a um índice de concordância entre o que ele mede e o que se propõe a medir ⁽³⁸⁾.

A validade de conteúdo do instrumento foi feita com análises quantitativa e qualitativa.

Análise Quantitativa: a ferramenta utilizada foi o IVC. Foi calculado o IVC da questão, o IVC médio e IVC universal de cada tópico e do instrumento como um todo.

Não existe na literatura uma uniformidade de como avaliar um instrumento como um todo. Diferentes propostas podem ser seguidas no processo de avaliação. Uma das sugestões recomendadas aos pesquisadores (adotada no trabalho) é utilizar a “média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes”, o que é feito pelo cálculo do IVC universal, outra forma é realizar a “média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, soma-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação” – correspondendo ao IVC médio ⁽³²⁾.

O Cálculo do IVC por questão, IVC médio e IVC universal serão exemplificados abaixo:

A) Cálculo do IVC por questão: o cálculo nesse método é feito por meio de uma escala tipo likert de quatro pontos ordinais. Segundo os autores, para a avaliação da relevância do item (questão) os especialistas podem escolher: 1 - não claro, 2 - pouco claro, 3 - bastante claro, 4 - muito claro. O escore do índice é calculado a partir do somatório dos itens que foram marcados pelos especialistas como “3” ou “4”, dividindo essa soma pelo número total de respostas. Os itens que receberam 1 ou 2 devem ser revisados ou eliminados ⁽³²⁾.

A fórmula para avaliar cada item pode ser descrita assim:

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

No presente trabalho, ressalta-se que a escala likert utilizada para avaliação dos especialistas foi de 10 pontos ordinais. Para cada questão, foi organizada uma escala com valores em um intervalo de 1 a 10, sendo que: 1 a 4, a questão é considerada confusa; 5 a 7, a questão é considerada pouco clara; 8 a 10, a questão é considerada clara. É possível descrever a fórmula do IVC para o trabalho da seguinte maneira:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "8", "9" ou 10}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para cada uma das questões são avaliadas as respostas de cada especialista. As respostas com escore igual ou superior a 8 são mantidas. As respostas com valor menor que 8 são descartadas. O escore final da questão é o número de respostas válidas (8,9 ou 10 – questão clara) dividido pelo número total de respostas e multiplicado por 100.

É importante salientar que, mesmo com a variação da escala likert nesse trabalho, não houve alteração estatística no resultado da avaliação de cada item. A taxa de concordância mínima para manter a questão permanece a mesma descrita pela literatura que aponta uma concordância mínima aceitável de 80 ^(29,34). O resultado obtido da fórmula do IVC deve ser um valor igual ou superior a 80 para manter a questão.

B) IVC Médio: É calculado com base IVC de cada questão (calculado anteriormente). O cálculo é obtido pela média aritmética das respostas dos especialistas. Exemplo:

Tabela 1. Exemplo de cálculo IVC Médio

*Q1	Q2	Q3	Q4	IVC - Médio
60	100	80	100	340/4 = 85

*Q1 = Questão 1

No exemplo acima temos quatro questões (hipotéticas), que foram primeiramente avaliadas individualmente a partir do IVC. Em um segundo momento com o resultado do

IVC da questão, o IVC médio foi calculado através da média aritmética de todas as questões.

C) IVC Universal: Também é calculado com base no IVC de cada questão. O IVC universal corresponde ao número de questões consideradas claras (nota igual ou superior a 8) divididos pelo número total de questões. Exemplo:

Tabela 2. Exemplo de cálculo IVC Universal

Q1 ¹	Q2	Q3	Q4	IVC - universal
60	100	80	100	3/4 = 75%

No exemplo acima temos quatro questões (ilustrativas) com seus respectivos cálculos do IVC por questão. O IVC por questão permite fazer o cálculo do IVC universal. O número de questões com valor igual ou superior a 8 (3 questões no exemplo acima) é dividido pelo número total de questões (4), resultando em 75%.

Análise Qualitativa: no final de cada questão, os especialistas puderam fazer sugestões referentes a análise de conteúdo, de clareza e de semântica da questão. Avaliar a qualidade dos itens, se as questões estavam claras e o conteúdo era compreensível.

Além disso, no final de cada tópico (diagnóstico, sinais e sintomas, tratamento e medicamento), havia um espaço para fazer comentários gerais sobre o tópico e sugerir assuntos ou conteúdos pertinentes e que não haviam sido abordados.

3.1.3 3ª etapa: Reestruturação do instrumento

Os resultados estatísticos da análise quantitativa e qualitativa geraram a segunda versão do instrumento. Algumas questões foram descartadas por não terem atingido os critérios estabelecidos, outras questões foram reelaboradas e novas questões foram desenvolvidas e incluídas no instrumento. Todas as alterações foram baseadas nas considerações dos especialistas.

A segunda versão do instrumento apresentou 36 questões e mantiveram-se os tópicos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento. Os medicamentos entraram como um

¹ Q1= Questão 1. Optou-se no decorrer do trabalho por abreviar a palavra questão utilizando Q1, Q2 e assim sucessivamente, com intuito de não tornar tão repetitivo o uso da palavra.

subtópico da categoria tratamento. Com a exclusão de algumas questões, foi uniformizado o número de 10 questões por tópico, e 6 questões para o subtópico medicamentos.

3.1.4 4ª etapa: Processo de reavaliação do instrumento

Após a construção da segunda versão do instrumento, os especialistas que participaram da primeira rodada foram contatados (via e-mail) para participar novamente da reavaliação. Após aceitarem, foi entregue a segunda versão impressa com instruções e o instrumento (Anexo B). Nessa etapa, foi solicitado aos especialistas que preenchessem um formulário com os seus dados e experiências profissionais (Anexo C).

O processo avaliativo foi mais simples nessa segunda etapa. As perguntas que foram reelaboradas passaram somente por análise quantitativa, utilizando o mesmo método.

Além disso, na segunda versão do instrumento foi incluído uma outra forma de análise, com intuito de obter um maior rigor na avaliação da versão final do instrumento. Seguindo a referência da literatura⁽²⁰⁾ alguns critérios sobre o instrumento foram avaliados. Como por exemplo:

O texto está CLARO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
O texto está OBJETIVO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
O texto está ADEQUADO A CULTURA BRASILEIRA?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM

Na análise dos resultados manteve-se o IVC como método avaliativo. A avaliação foi em escala likert de 5 pontos ordinais, sendo o resultado satisfatório para os critérios avaliados a taxa mínima de concordância de 80%.

As novas questões que foram incluídas, além de passar pelo processo descrito acima de análise quantitativa, também possuíam um espaço para os especialistas realizarem sugestões e comentários (análise semântica).

3.1.5 5ª etapa: Desenvolvimento da versão final do instrumento

Ao término da segunda rodada, foram feitas as correções consideradas apropriadas. As questões sofreram alterações atingindo os escores iguais ou superiores a 8.

As perguntas desenvolvidas nesse processo serão transformadas posteriormente em um questionário para ser utilizado com os pacientes. Existem diferentes maneiras de construir um questionário: eles podem ser abertos, fechados ou mistos. No presente trabalho, optou-se pelo desenvolvimento de um questionário fechado, buscando a praticidade, facilidade e rapidez nas respostas. A proposta é que o questionário se torne uma ferramenta possível de ser utilizada por diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros) que atuam na assistência dos pacientes com CH.

As questões do instrumento que serão utilizadas com os pacientes serão mensuradas por meio de uma escala likert de cinco pontos. O paciente poderá escolher uma alternativa como resposta. As alternativas serão: discordo totalmente, discordo parcialmente, não sei responder, concordo parcialmente, concordo totalmente. O número de alternativas de respostas ímpar permite colocar um ponto neutro no meio da escala⁽³⁰⁾.

É possível observar a baixo um exemplo da proposta da estrutura da versão final do instrumento em forma de questionário que se pretende desenvolver para utilizar com os pacientes.

Tabela 3. Exemplo da estrutura do questionário para uso com os pacientes

A única causa da cirrose no fígado é o consumo exagerado de bebida alcoólica				
☐ Discordo	☐ Discordo	☐ Não sei	☐ Concordo	☐ Concordo
Totalmente	Parcialmente	responder	Parcialmente	Totalmente

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Na primeira versão do instrumento foi realizado uma revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: Pubmed, Lilacs, Bireme e Biblioteca Cochrane. Foram desenvolvidas 60 questões, conforme mencionado, dividiram-se em blocos seguindo os tópicos sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento, medicamentos. Cada tópico possuía 15 questões.

Na segunda versão do instrumento as questões foram reduzidas para um total de 36, distribuídas nos tópicos sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e subcategoria medicamentos. Cada tópico com 10 e a subcategoria medicamento com 6 questões.

As questões da primeira e da segunda versão do instrumento encontram-se em anexos (D e E respectivamente).

Em relação ao perfil dos especialistas que participaram do processo avaliativo, todos possuem pós-graduação como formação, trabalham com pacientes com CH apresentando como média de tempo de experiência de 16,8 anos.

4.1 1ª Fase de análise do instrumento

No processo avaliativo da primeira fase foram feitas tanto análise quantitativa como qualitativa do instrumento. Nessa análise as variáveis qualitativas serão apresentadas pela frequência relativa. Abaixo será descrito o método adotado em cada análise.

4.1.1 Análise quantitativa do instrumento

Nas questões do instrumento foi calculado o IVC por questão. Em relação aos tópicos e o questionário como um todo, foram calculados o IVC médio e IVC universal. Cada questão avaliada individualmente, o conjunto de questões do tópico e o instrumento como um todo foram considerados adequados quando o IVC da questão, o IVC médio e o IVC universal atingissem valores igual ou superiores a 80%.

A seguir será apresentada a análise das questões por tópicos da primeira e da segunda versão do instrumento.

4.1.1.1 Análise do instrumento por tópicos.

Sinais e Sintomas:

Tabela 4. Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.

Tópico	Questão	IVC – 1ª versão do instrumento	IVC - 2ª versão do instrumento
SINAIS E SINTOMAS	Q1	60	
	Q2	100	60
	Q3	80	100
	Q4	100	100
	Q5	60	
	Q6	80	100
	Q7	80	80
	Q8	60	
	Q9	100	100
	Q10	60	
	Q11	80	
	Q12	60	
	Q13	100	100
	Q14	80	80
	Q15	80	

Observamos com base nos critérios da literatura, que o IVC (primeira versão) das questões com notas inferiores a 80 foram excluídas. Assim, as questões Q1, Q5, Q8, Q10, Q12 foram eliminadas. A Q15 também foi excluída apesar de ter atingido a nota estipulada. Foi avaliado o tema como muito repetitivo (encefalopatia hepática), por isso, foi priorizado a inserção de novas questões com outros temas sugeridos pelos especialistas.

Na segunda versão temos na Q2 uma piora do IVC. As demais questões permaneceram iguais ou melhoraram o IVC.

Foram incluídas duas novas questões no instrumento. O IVC delas encontra-se na tabela abaixo:

Tópico	Questão	IVC
SINAIS E SINTOMAS	2-Q5	80
	2-Q7	100

Resultado do tópico: o IVC médio na primeira versão do instrumento foi de 78,7 e o IVC universal foi de 66,7%. Na segunda temos IVC médio de 90 e o IVC universal de 90%.

Diagnóstico:

Tabela 5. Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.

Tópico	Questão	IVC – 1ª versão do instrumento	IVC - 2ª versão do instrumento
DIAGNÓSTICO	Q1	80	100
	Q2	80	60
	Q3	60	
	Q4	20	
	Q5	60	
	Q6	80	100
	Q7	20	
	Q8	20	
	Q9	80	100
	Q10	80	100
	Q11	80	80
	Q12	20	
	Q13	100	100
	Q14	60	
	Q15	100	100

Na primeira versão as questões representadas na tabela com IVC menor que 80 foram excluídas: Q3, Q4, Q5 Q7, Q8, Q12, Q14.

Observamos que na segunda versão houve uma piora do IVC na Q2, apesar da piora a questão foi mantida. Houve uma melhora nas Q1, Q6, Q9 e Q10. As demais questões ficaram iguais.

Foram colocadas duas novas questões no instrumento. O IVC delas encontra-se na tabela abaixo:

Tópico	Questão	IVC
DIAGNÓSTICO	2-Q7	100
	2-Q10	80

Resultado do tópico: o IVC médio no primeiro instrumento foi de 62,7 e o IVC universal de 53,3%. No segundo temos IVC médio de 92 e o IVC universal de 90%.

Tratamento:

Tabela 6. Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.

Tópico	Questão	IVC – 1ª versão do instrumento	IVC - 2ª versão do instrumento
TRATAMENTO	Q1	60	
	Q2	100	100
	Q3	20	
	Q4	100	100
	Q5	80	100
	Q6	80	100
	Q7	40	
	Q8	20	
	Q9	80	80
	Q10	80	100
	Q11	60	
	Q12	100	80
	Q13	40	
	Q14	60	
	Q15	100	

Observamos na primeira versão o IVC das questões Q1, Q3, Q7, Q8, Q11, Q13, Q14 apresentaram notas inferiores a 80.

Na segunda versão a Q12 houve uma piora do IVC e nas Q5, Q6, e Q10 houve uma melhora. As demais questões permaneceram iguais.

Foram incluídas três novas questões no instrumento. O IVC delas encontra-se na tabela abaixo:

Tópico	Questão	IVC
TRATAMENTO	2-Q1	80
	2-Q2	80
	2-Q10	80

Resultado do tópico: o IVC médio no primeiro instrumento foi de 68 e o IVC universal foi de 53,3%. No segundo temos IVC-médio de 90 e o IVC universal de 100%.

Medicamentos:

Tabela 7. Comparação dos resultados por questão do IVC da primeira para a segunda versão do instrumento.

Tópico	Questão	IVC – 1ª versão do instrumento	IVC - 2ª versão do instrumento
MEDICAMENTOS	Q1	60	
	Q2	80	80
	Q3	60	100
	Q4	60	
	Q5	100	100
	Q6	40	
	Q7	60	
	Q8	100	
	Q9	80	100
	Q10	60	
	Q11	80	100
	Q12	80	
	Q13	80	
	Q14	60	
	Q15	80	100

Notamos que na primeira versão foram excluídas as Q1, Q3, Q4, Q6, Q7, Q10, Q14 por não terem atingindo o IVC com nota igual ou superior a 80. As Q12 e Q13 foram eliminadas mesmo com resultado igual a 80. O tema (imunossupressores) estava recorrente nas questões.

Na segunda versão o IVC das Q3, Q9, Q11 e Q15 tiveram uma melhora. As demais questões ficaram iguais. Não houve criação de novas questões.

Resultado do tópico: IVC médio no primeiro instrumento foi de 72 e o IVC universal foi de 53,3%. Na segunda versão temos IVC médio de 96,7 e o IVC universal de 100%.

4.1.1.2 Resultados do IVC médio e universal por tópicos

Tabela 8. Comparação dos resultados do IVC Médio de cada tópico na primeira e segunda versão do instrumento

	Sinais e Sintomas	Diagnóstico	Tratamento	Medicamento
1ª versão do instrumento	78,6	62,6	68,0	72,0
2ª versão do instrumento	90,0	92,0	90,0	96,6

Tabela 9. Comparação dos resultados do IVC Universal de cada tópico na primeira e segunda versão do instrumento

	Sinais e Sintomas	Diagnóstico	Tratamento	Medicamento
1ª versão do instrumento	67%	53%	53%	53%
2ª versão do instrumento	90%	90%	100%	100%

É possível notar que tanto o IVC médio quanto o IVC universal obtiveram um aumento nos resultados da primeira para a segunda versão do instrumento.

4.1.1.3 Comparativo entre os resultados do IVC médio e universal do instrumento

Com relação ao instrumento total, considerando todos os tópicos, temos o IVC médio de 70,3 na primeira versão do instrumento e na segunda versão de 91,7. No IVC universal foi de 56,7% para 94,4%.

4.1.2 Análise qualitativa do instrumento

As tabelas que serão apresentadas a seguir relacionam-se a análise semântica e de conteúdo realizada pelos especialistas. Com base nos diversos comentários foram feitas as alterações sugeridas, realizando a reestruturação das questões.

Tabela 10. Análise semântica: Sinais e Sintomas

SINAIS E SINTOMAS	
Q1	Substituir a palavra: hepática por fígado
Q2	Substituir: considerada grave por doença grave
Q3	Substituir: ascite e encefalopatia por barriga d'água e confusão mental
Q4	Sem Sugestão
Q5	Substituir: doença compensada por doença estável
Q6	Substituir: retenção por acúmulo
Q7	Sem sugestão
Q8	Sem sugestão
Q9	Sem sugestão
Q10	Explicar o conceito de ansiedade e depressão
Q11	Substituir: afetar por prejudicar
Q12	Sem sugestão
Q13	Alterar a frase: devem ser acompanhados ao sair de casa por sempre sair de casa acompanhados
Q14	Sem sugestão
Q15	Sem sugestão

Tabela 11. Análise semântica: Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	
Q1	Sem sugestão
Q2	Substituir: uso de álcool <i>por</i> abuso de álcool
Q3	Sem sugestão
Q4	Substituir: diagnóstico <i>por</i> doença
Q5	Sem sugestão
Q6	Acrescentar: <i>diagnóstico de</i> cirrose
Q7	Acrescentar: <i>confirmação do</i> diagnóstico
Q8	Acrescentar: <i>após o recebimento do</i> diagnóstico
Q9	Sem sugestão
Q10	Sem sugestão
Q11	Sem sugestão
Q12	Substituir: o mau funcionamento do fígado <i>por</i> o fígado doente
Q13	Substituir: torna fundamental <i>por</i> exige
Q14	Acrescentar: exagero <i>por</i> consumo exagerado
Q15	Alterar: O hepatocarcinoma (câncer no fígado) é uma doença que pode estar presente junto com o diagnóstico de cirrose hepática <i>por</i> É possível ter o diagnóstico de cirrose hepática e hepatocarcinoma (câncer no fígado) ao mesmo tempo

Tabela 12. Análise semântica: Tratamento

TRATAMENTO

Q1	Sem sugestão
Q2	Alterar: caracteriza-se pela troca de um fígado doente por outro sadio <i>por</i> é uma cirurgia em que o fígado doente é substituído pelo fígado sadio
Q3	Sem sugestão
Q4	Sem sugestão
Q5	Substituir: ao se ter o diagnóstico <i>por</i> o tratamento para cirrose no fígado
Q6	Substituir: lista <i>por</i> fila e multiprofissional <i>por</i> vários profissionais
Q7	Substituir: lista <i>por</i> fila
Q8	Alterar: pode ocorrer rejeição <i>por</i> o corpo pode fazer uma reação de rejeição
Q9	Substituir: entrar na fila <i>por</i> fazer a inscrição na lista
Q10	Alterar: após o transplante <i>por</i> após a recuperação da cirurgia de transplante
Q11	Sem sugestão
Q12	Sem sugestão
Q13	Acrescentar: o MELD* <i>é um exame de sangue</i>
Q14	Sem sugestão
Q15	Substituir: valor elevado <i>por</i> valor alto

*MELD: Model for End-Stage Liver Disease

Tabela 13. Análise semântica: Medicamentos

MEDICAMENTOS	
Q1	Substituir: causar prejuízo <i>por</i> ter efeito negativo
Q2	Sem sugestão
Q3	Substituir: quantidade exagerada <i>por</i> grande quantidade
Q4	Acrescentar: utilizados no <i>controle</i> da
Q5	Sem sugestão
Q6	Acrescentar: antes de tomar algum medicamento <i>prescrito</i>
Q7	Acrescentar: o <i>objetivo</i> do tratamento
Q8	Substituir: ingeridos <i>por</i> tomados
Q9	Acrescentar: <i>contra rejeição</i> (drogas imunossupressoras)
Q10	Substituir: imunidade do organismo <i>por</i> imunidade dos transplantados
Q11	Sem sugestão
Q12	Sem sugestão
Q13	Substituir: ao apresentar <i>por</i> ao sentir
Q14	Substituir: utilizados <i>por</i> tomados
Q15	Sem sugestão

A análise semântica apresentou quase que de maneira unânime a sugestão de alterar a palavra cirrose hepática para cirrose no fígado. De uma perspectiva geral pode-se observar que os especialistas colocaram como sugestões fazer uso de uma linguagem mais simples e acessível ao público alvo (pacientes cirróticos). As pontuações foram pertinentes e acatadas na reestruturação do instrumento para a segunda versão.

As sugestões de assuntos ou conteúdos que não foram abordados na primeira versão do instrumento e que foram considerados relevantes pelos especialistas em cada tópico serão apresentadas a seguir.

Tabela 14. Comentários gerais sobre os tópicos: sugestão ou acréscimo de conteúdo

Tópicos	Conteúdos relevantes a serem abordados
Sinais e Sintomas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alerta ao sintoma de escurecimento das fezes; ○ Abordar o sintoma de varizes de esôfago;* ○ Presença de problemas de memória, cansaço e sintomas depressivos;* ○ Encefalopatia com sintomas de sonolência, esquecimento, comportamentos agressivos
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Obesidade como causa associada a cirrose; ○ Diagnóstico realizado na fase descompensada;* ○ Aspectos da doença por ser silenciosa;* ○ Importância de um diagnóstico precoce;*
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tirar o foco somente do transplante como tratamento, incluindo as outras possibilidades de tratamento, medicamentoso, nutricional, psicológico;* ○ Cuidados diferenciados que requerem o pré e o pós-transplante;* ○ Relevância do acompanhamento durante o tratamento para acompanhar os sintomas; ○ Abordar necessidade de rede de apoio, família, cônjuge *
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abordar as diferentes ações dos medicamentos, preventivo, melhora de sintomas, etc..;

Foi realizado uma análise dos conteúdos sugeridos pelos especialistas, sendo que os conteúdos observados como pertinentes (*em negrito na tabela acima) transformaram-se em questões na segunda versão do instrumento. Os conteúdos muito específicos sugeridos dentro dos tópicos foram descartados na produção e reestruturação das questões, por se entender que ao contemplar questões muito específicas poderia tornar o instrumento muito longo e o objetivo se perderia que é ter uma visão ampla do conhecimento do paciente.

4.2 2ª fase de Análise do instrumento

4.2.1 Análise qualitativa do instrumento

Na segunda versão do instrumento foi deixado espaços somente nas questões adicionadas para os especialistas realizarem sugestões e comentários.

Os especialistas não fizeram nenhuma consideração semântica que tenha sido julgada relevante nessa segunda rodada de avaliação do instrumento, por consequência não houve alterações nas questões. Assim sendo, nesse quesito da análise qualitativa não há resultados.

4.2.2 Análise quantitativa do instrumento

Conforme descrito, essa segunda análise de critérios foi adicionada somente na segunda versão do instrumento. O objetivo foi avaliar alguns critérios específicos do instrumento, se o texto estava: claro, objetivo, adequando ao contexto, a cultura Brasileira e a população avaliada.

Os resultados obtidos foram analisados através do IVC, mantendo o padrão da literatura em relação ao critério de aceitação que é igual ou superior a 80. No instrumento para a questão ser aceita era necessário ter ao menos 4 de 5 especialistas respondendo com 4 ou 5 na escala likert.

A seguir serão apresentadas as tabelas com os resultados de cada um dos critérios referentes ao texto que foram avaliados no instrumento:

Tabela 15. Resultado com relação ao critério clareza do instrumento

Tópico	Questão	Resposta					IVC Conclusão
		1	2	3	4	5	
Sinais e sintomas	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	40	0	40	20	60
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	20	40	40	80
	Q6	0	0	20	20	60	80
	Q7	0	0	0	60	40	100
	Q8	0	0	0	40	60	100
	Q9	0	0	0	40	60	100
	Q10	0	20	0	0	80	80
Diagnóstico	Q1	0	0	0	20	80	100
	Q2	0	0	0	40	60	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100
	Q5	0	0	20	0	80	80
	Q6	0	0	0	40	60	100
	Q7	0	0	0	0	100	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	20	0	40	40	80
	Q10	20	0	0	0	80	80
Tratamento	Q1	0	0	20	20	60	80
	Q2	0	0	20	0	80	80
	Q3	0	0	0	40	60	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	0	0	0	100	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Medicamentos	Q1	0	20	0	20	60	80
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100

Somente a Q3 do tópico “sinais e sintomas” não teve o IVC com mais de 80% de aceitação.

Tabela 16. Resultado referente ao critério objetivo do instrumento

Tópico	Questão	Resposta					IVC Conclusão
		1	2	3	4	5	
Sinais e sintomas	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	20	60	20	80
	Q4	0	0	0	20	80	100
	Q5	0	0	20	20	60	80
	Q6	0	0	20	20	60	80
	Q7	0	0	20	40	40	80
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	40	60	100
	Q10	0	20	0	0	80	80
Diagnóstico	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	40	60	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	20	0	0	80	80
	Q6	0	0	0	40	60	100
	Q7	0	0	0	0	100	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	20	0	40	40	80
	Q10	0	0	0	0	100	100
Tratamento	Q1	0	0	0	20	80	100
	Q2	0	0	20	0	80	80
	Q3	0	0	20	20	60	80
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	0	0	0	100	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Medicamentos	Q1	0	20	0	20	60	80
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100

Notou-se que para todos os especialistas todas as questões estavam objetivas, ou seja, apresentaram IVC igual ou superior a 80%.

Tabela 17. Resultado relacionado ao critério se o contexto da questão está adequado

Tópico	Questão	Resposta					IVC
		1	2	3	4	5	Conclusão
Sinais e sintomas	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	20	40	40	80
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	40	60	100
	Q6	0	0	0	40	60	100
	Q7	0	0	0	60	40	100
	Q8	0	0	0	0	100	100
	Q9	20	0	0	40	40	80
	Q10	0	0	0	0	100	100
Diagnóstico	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	40	60	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	20	0	40	40	80
	Q7	0	0	0	0	100	100
	Q8	0	0	20	20	60	80
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Tratamento	Q1	0	0	0	40	60	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	20	80	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	0	0	0	100	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Medicamentos	Q1	0	20	20	20	40	60
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100

Observou-se que somente a questão 1 do tópico “medicamentos” não teve o IVC com mais de 80% de aceitação.

Tabela 18. Resultado referente ao critério adequação a cultura brasileira do instrumento

Tópico	Questão	Resposta					IVC
		1	2	3	4	5	Conclusão
Sinais e sintomas	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	20	20	60	80
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	20	20	60	80
	Q6	0	0	0	20	80	100
	Q7	0	0	0	40	60	100
	Q8	0	0	0	0	100	100
	Q9	0	0	0	60	40	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Diagnóstico	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	40	60	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	20	80	100
	Q6	0	0	20	40	40	80
	Q7	0	0	0	0	100	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	20	0	0	0	80	80
Tratamento	Q1	0	0	0	40	60	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	20	80	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	0	0	0	100	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Medicamentos	Q1	0	20	0	20	60	80
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100

Notou-se que para todos os especialistas todas as questões estavam adequadas, apresentando IVC igual ou superior a 80%.

Tabela 19. Resultado do critério adequação a população avaliada do instrumento

Tópico	Questão	Resposta					IVC
		1	2	3	4	5	Conclusão
Sinais e sintomas	Q1	0	0	0	20	80	100
	Q2	0	0	0	20	80	100
	Q3	0	0	20	40	40	80
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	60	40	100
	Q6	0	0	0	40	60	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	20	0	0	80	80
	Q10	0	0	0	0	100	100
Diagnóstico	Q1	0	0	0	0	100	100
	Q2	0	0	0	40	60	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	0	100	100
	Q5	0	0	0	40	60	100
	Q6	0	0	0	20	80	100
	Q7	0	0	0	0	100	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	40	60	100
	Q10	20	0	0	0	80	80
Tratamento	Q1	0	0	0	40	60	100
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	20	80	100
	Q4	0	0	0	20	80	100
	Q5	0	0	0	0	100	100
	Q6	0	0	0	0	100	100
	Q7	0	0	0	20	80	100
	Q8	0	0	0	20	80	100
	Q9	0	0	0	20	80	100
	Q10	0	0	0	0	100	100
Medicamentos	Q1	0	20	0	40	40	80
	Q2	0	0	0	0	100	100
	Q3	0	0	0	0	100	100
	Q4	0	0	0	20	80	100

Observou-se que para todos os especialistas todas as questões estavam adequadas, com IVC igual ou superior a 80%.

Na tabela abaixo é possível observar uma síntese descritiva dos resultados de todos os critérios: clareza, objetivo, adequação ao contexto, adequação a cultura Brasileira e adequação a população avaliada.

Tabela 20. Análise descritiva de todos os critérios avaliados

Clareza	Uma questão do tópico “sinais e sintomas” não teve mais de 80% de aceitação
Objetivo	Todas as questões estão adequadas
Adequação ao contexto	Uma questão do tópico “medicamento” não teve mais de 80% de aceitação
Adequação a cultura Brasileira	Todas as questões estão adequadas
Adequação a população avaliada	Todas as questões estão adequadas

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento do instrumento seguiu as etapas descritas pela literatura ^(29,32,39). A formulação de cada questão passou por um processo extenso de avaliação. A criação desse instrumento foi pautada nos artigos de Coluci et al. ^(29,32) que apresentaram de maneira bastante descritiva os passos necessários para o desenvolvimento de um instrumento.

A construção dos itens/questões foi feita por revisão bibliográfica, o principal recurso apontado pela literatura ^(29,35). Cabe ressaltar que é possível encontrar outras formas de construção de itens ^(29,40). O próprio autor que cita a revisão bibliográfica como principal recurso menciona no artigo outras formas, como uso de questionários já existentes, relatos de público-alvo, observação clínica, entre outros. Entre essas alternativas, o ponto favorável da revisão bibliográfica é a possibilidade de acessar uma quantidade mais expressiva de conteúdos, o que é essencial para o desenvolvimento das questões. Partindo dessa proposição, optou-se por utilizar como recurso a revisão bibliográfica. Além disso, as indicações e comentários dos especialistas obtidos com a análise qualitativa dos tópicos também permitiram pensar em conteúdos e construir questões.

A construção do instrumento foi norteadada pelo uso de uma linguagem clara na elaboração das questões ^(20,40), sem perguntas complexas, ambíguas e demasiadamente longas, tendo em vista que a população alvo é, em sua maioria, formada por pacientes com cirrose hepática que fazem uso da rede pública de saúde, apresentam baixa renda familiar per capita e baixa escolaridade. Com o uso de uma linguagem acessível e compreensível, torna-se possível alcançar o objetivo do instrumento de avaliar o conhecimento sobre cirrose.

No decorrer da construção do instrumento, houve alterações em relação ao número de questões, reduzindo-as em cada etapa do processo avaliativo. Nos artigos, não há um consenso sobre o número de questões que deve ter um instrumento. Pode-se encontrar artigo ⁽⁴¹⁾ sugerindo no máximo 20 itens, enquanto outro estudo ⁽⁴¹⁾ cita que a quantidade de itens iniciais deve ter o triplo da quantidade final. Os artigos pesquisados que se propuseram a desenvolver instrumentos de medida não apresentam uma justificativa relacionada à escolha do número de questões. Como a literatura não aponta um número preciso em relação à quantidade, optou-se por reduzir o instrumento para 36 perguntas, tornando-o menos cansativo e, ao mesmo tempo, mantendo um número adequado de

questões que contemplasse a proposta de conseguir avaliar o conhecimento do paciente sobre o adoecimento.

A literatura estabelece que as questões que não obtiveram valores adequados deveriam ser reestruturadas ou eliminadas ^(29,39,42). Assim, esse critério foi utilizado para eliminar e reduzir as questões do instrumento.

A escala likert foi o método de resposta escolhido para a versão final do instrumento com os pacientes. Optou-se por um método fechado por entendê-lo com maior facilidade de aplicabilidade e maior possibilidade de compreensão pelos pacientes. Segundo a literatura, é uma das metodologias mais utilizadas nas diferentes áreas de investigação, principalmente na saúde, psicologia e educação médica. Quando se usa esse tipo de escala, o que se preconiza é a utilização de um número ímpar de itens, tendo em vista que o ponto central é considerado neutro e os extremos opostos são considerados simétricos ⁽³⁷⁾. Para o estudo, foi desenvolvida uma escala likert de 5 pontos como forma de avaliar o conhecimento dos pacientes. Elegeu-se uma escala de 5 pontos por ser um número adequado de opções para o público-alvo. Foi levado em consideração que uma escala com mais pontos poderia dificultar a distinção e deixar os pacientes confusos no momento de escolher a resposta, podendo dificultar sua precisão.

A validade de conteúdo, etapa indispensável na produção de um instrumento de medida, foi realizada por um comitê de especialistas. A análise com especialistas corrobora com a metodologia descrita por outros autores que se propuseram a desenvolver um instrumento de medida ^(21,22,33). Cinco especialistas foram convidados para participar do processo. A literatura não segue uma única regra quanto ao número de especialistas; alguns artigos falam de no mínimo cinco sem extrapolar o máximo de 10 ^(35,42), outros sugerem um mínimo de três especialistas. Os artigos pontuam a existência de controvérsias e arbitrariedades referentes ao número apropriado ⁽³²⁾. Em relação ao trabalho, optou-se por um número ímpar de cinco especialistas para obter um ponto neutro, além de priorizar que os mesmos fossem de áreas da saúde diferentes, o que poderia oferecer uma maior contribuição na avaliação.

Conforme aponta a literatura ⁽³⁹⁾, não existe um teste específico estatístico para validade de conteúdo. Portanto, utilizaram-se duas abordagens, uma qualitativa e uma quantitativa. A abordagem qualitativa ocorreu por meio da análise semântica. Os espaços para comentários permitiram aos especialistas colocar de uma maneira diretiva e pontual suas percepções sobre cada questão. Baseando-se no desenvolvimento desse trabalho, vale destacar a importância da análise qualitativa na construção do instrumento.

Seguindo a análise semântica, além de espaços para comentários em cada questão (mencionados acima), no final de cada tópico foi possível sugerir conteúdos pertinentes que não haviam sido contemplados no instrumento. Essa possibilidade de avaliação também se mostrou bastante relevante, transformando, a partir das pontuações, alguns conteúdos em perguntas. É possível inferir que a inclusão da análise qualitativa permitiu que os especialistas tivessem mais espaços com autonomia para expor suas opiniões, tornando o instrumento mais adequando com a sua proposta.

O instrumento teve a inclusão de uma avaliação quantitativa por meio do IVC. Nesta análise, os critérios para permanência de uma questão foram os mesmos propostos pela literatura, de 80% de concordância entre os especialistas. Diversos autores que desenvolveram instrumentos utilizaram esses parâmetros avaliativos ^(35,43,44). Assim sendo, as questões com médias inferiores foram reestruturadas ou eliminadas⁽³⁵⁾.

Foram analisados o IVC médio e o universal de cada tópico (sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medicamentos). Ao final da avaliação da primeira versão do instrumento, foi necessário eliminar em cada tópico sete questões (em média) por não terem atingido a nota estipulada para se manter. A eliminação dessas questões elevou o resultado dos IVC de cada tópico na última versão do instrumento para uma média acima de 90, o que demonstra uma melhora bastante expressiva nas questões.

Em relação ao instrumento como um todo, o resultado do IVC aponta que o instrumento atingiu os valores de concordância entre os especialistas propostos pela literatura. O IVC médio teve um aumento na sua nota de 70,3 para 91,7. O IVC universal foi de 56,7% para 94,4%. Ambos os IVC obtiveram mais de 80% de concordância, chegando a 90% na versão final, o que é considerado ideal por alguns artigos ^(39,42). Esses resultados revelam que, com as considerações dos especialistas, o instrumento foi reformulado e melhorou significativamente. Assim sendo, o mesmo encontra-se com questões satisfatórias para a proposta do estudo.

Ao comparar os resultados obtidos do IVC na avaliação do instrumento com outros estudos que se propuseram a desenvolver instrumentos de medida, é possível encontrar resultados correspondentes. Um instrumento desenvolvido por Bezerra et. al ⁽⁴⁴⁾ apresentou um IVC universal de 0,87. Um estudo realizado por Fan et. al ⁽⁴⁵⁾ também voltado para a construção de instrumentos apresentou um IVC de 0,96. Um outro estudo desenvolvido por Rodrigues et. al ⁽⁴⁶⁾ retratou um IVC de 0,87. Esses estudos mostram IVC convergentes com a literatura (de ser ≥ 80) e apresentam resultados semelhantes ao instrumento desenvolvido que foi de 0,94.

Pode-se considerar que as diversas análises às quais o instrumento foi submetido permitiram que o critério de validade de conteúdo apresentasse um nível apropriado na versão final do instrumento.

O que pode ser constatado é que, em sua maioria, as notas inferiores eram atribuídas às questões que não apresentavam uma linguagem clara, com o uso de palavras de difícil compreensão pelos pacientes. O cuidado com o uso de uma linguagem clara e compreensível é um requisito assinalado pela literatura ⁽⁴⁰⁾ como fundamental para a construção de instrumentos. Portanto, as alterações sofridas na primeira versão do instrumento foram principalmente pautadas na reformulação das questões para uma linguagem mais simples, condizente com a realidade observada pelos especialistas na sua prática clínica em relação ao atendimento do paciente.

Além disso, o fato de os especialistas terem grande experiência com pacientes com cirrose (média de 16 anos de atuação) proporcionou um maior domínio na avaliação das questões, contribuindo positivamente com o desenvolvimento do instrumento.

As questões foram analisadas em relação a critérios de clareza, objetivo, contexto, adequação à cultura brasileira e à população avaliada. Os autores que se propõem à construção de instrumentos não estabelecem como regra a avaliação desses critérios ^(21,22). Contudo, encontra-se em alguns artigos a importância de realizar essa avaliação ⁽²⁰⁾. Com base nessa literatura, optou-se por incluir esses critérios analisando assim o instrumento de uma maneira mais aprimorada. Os resultados alcançados nessa avaliação foram referentes aos seguintes critérios: objetivo, adequação à cultura brasileira e adequação à população avaliada. Todas as questões tiveram IVC com mais de 80%, demonstrando que as questões foram avaliadas como adequadas. Em relação ao critério clareza e adequação ao contexto, somente uma questão de cada critério não obteve mais de 80% de aceitação, as outras questões foram avaliadas como adequadas. Assim, pode-se observar que, com a inclusão desses critérios, ampliando a avaliação das questões, alcançaram-se resultados quantitativos satisfatórios sobre o instrumento.

O desenvolvimento de um instrumento é um processo bastante complexo que exige o cumprimento de diversas etapas para torná-lo confiável na avaliação do que se propõe. Um dos grandes desafios e dificuldades é não existir um padrão único. Não encontramos concordância na literatura no que diz respeito a várias questões: número de perguntas necessárias para tornar o instrumento confiável, quantidade de especialistas ou ainda um único modelo a ser seguido de etapas para a construção do instrumento. Cada instrumento pesquisado apresenta um processo particular de desenvolvimento, o que exigiu um

trabalho de investigação bastante rigoroso e minucioso na escolha das etapas de construção desse instrumento.

Em relação aos aspectos levantados sobre as complicações de se construir um instrumento, encontrou-se uma correlação com preocupações descritas por alguns artigos. Por exemplo, a literatura referencia a importância dos instrumentos e alerta para a necessidade de uma avaliação criteriosa quanto as suas propriedades psicométricas. A qualidade dos resultados que se espera conseguir utilizando um instrumento só pode ser obtida com a utilização de um que tenha parâmetros adequados e precisos⁽³⁹⁾.

Nesse sentido, reitera-se a necessidade de continuar os processos avaliativos e psicométricos do instrumento. Uma etapa importante foi finalizada: a construção do instrumento. Contudo, vale ressaltar que existem outras propriedades psicométricas que precisam ser avaliadas, como confiabilidade, praticabilidade, responsividade e sensibilidade, possibilitando então chegar à etapa final de validação do instrumento para uso na população.

Com a finalização da construção das questões do instrumento, uma proposta a ser acrescentada em etapas posteriores relaciona-se à elaboração do instrumento piloto a ser aplicado na população alvo^(20,41). As vantagens de incluir essa etapa é obter uma análise mais precisa do entendimento das questões e avaliar o tempo médio de preenchimento do instrumento na população dos pacientes com cirrose. Com base nesses dados adquiridos com a aplicação, é possível (ainda) realizar alterações na estrutura do instrumento (quanto ao número ou semântica das questões, por exemplo) antes de desenvolver a versão final. Ter a informação do desempenho do instrumento ao usá-lo com a população pode torná-lo ainda mais útil e adaptado.

Reitera-se com essa pesquisa a necessidade de desenvolver estratégias que possam contribuir com o profissional da saúde. Quanto maior for o conhecimento sobre a compreensão do paciente, mais efetivo será o tratamento, o que implica menores custos para a saúde e melhores resultados.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O processo de construção do instrumento para avaliar o conhecimento do paciente foi finalizado, seguiu as etapas descritas e atingiu a proposta do estudo. Os resultados das propriedades psicométricas demonstraram que as questões se mostraram pertinentes, claras e com um nível adequado. A versão final do instrumento apresentou validade de conteúdo satisfatória.

Tendo em vista que as questões atingiram os valores indicados pela literatura e apresentaram-se relevantes pela avaliação dos especialistas, o referido instrumento é uma ferramenta válida para auxiliar o trabalho dos profissionais da saúde.

7 ANEXOS**Anexo A – Primeira Carta Convite para os Especialistas****São Paulo, 25 de setembro de 2018**

Prezados Senhor (a),

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do estudo científico intitulado “Desenvolvimento de um instrumento para avaliar o conhecimento que pacientes com cirrose hepática possuem sobre sua doença”. O estudo tem como objetivo o desenvolvimento de um instrumento. Construído em forma de questionário auto-aplicável, com mensuração de respostas em escala likert de 5 pontos. Os tópicos relacionados a doença que são contemplados no instrumento são sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medicamentos.

Salientamos que a referida pesquisa se constitui como projeto de mestrado e esta sob responsabilidade da pesquisadora Mariana Stelmach, sendo conduzida junto ao programa de pós-graduação em Ciências em Gastroenterologia pela Faculdade de Medicina da USP com orientação do Dr. Alberto Meyer.

Desta forma, considerando seu grande conhecimento e experiência de atuação na área do estudo, gostaríamos de poder contar com sua importante participação, procedendo como avaliador na análise deste instrumento.

Nas folhas seguintes descrevemos com detalhes como deve ser realizada a análise. Desde já, agradecemos a sua participação.

Mariana Stelmach

Mestranda Dep.
Gastroenterologia da Faculdade de
Medicina da USP

Dr. Alberto Meyer

Médico Cirurgião do Dep.
Gastroenterologia do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina
da USP

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

É de suma importância para adequação do instrumento o processo de avaliação.

A avaliação do instrumento será dividida em três partes. Na primeira parte, “*leitura e pontuação*” você realizará a leitura de cada questão, inserindo um valor entre 1 a 10 para cada questão avaliada. Cabe destacar que deverá ser concedido uma única alternativa para cada questão. A referência dos valores a serem atribuídos são:

1-4= questão considerada confusa

5-7 = questão considerada pouco clara

8-10 = questão considerada clara.

A segunda parte corresponde a *análise de conteúdo e semântica*, será deixado um espaço no final de cada questão para possíveis sugestões referentes a questão (parte A). Além disso no final de cada tópico (sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medicamentos) será deixado um espaço para acréscimos de conteúdos e temas que considera importante e que não foram abordados no instrumento (parte B). Também será fornecido um espaço para comentários gerais sobre o tópico (parte C)

O prazo para devolução do material respondido é de até 20 dias, lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo (a). Caso termine antes do prazo estipulado peço a gentileza de me avisar por e-mail. As suas sugestões serão analisadas e auxiliarão na reestruturação do instrumento. Após a correção uma segunda versão do instrumento será gerada e reapresentada para sua avaliação. Ressaltando que contaremos com a sua ajuda nesse segundo momento para reavaliar o instrumento

Deixo meu contato para eventuais dúvidas durante o processo de avaliação

Desde já agradecemos a sua colaboração!

Anexo B – Segunda Carta Convite para os Especialistas

Prezada XXX,

Gostaríamos primeiramente de agradecer-lhe por participar desta avaliação do instrumento.

As suas contribuições foram de extrema importância e possibilitaram reformular, excluir e acrescentar questões ao instrumento. Nesse momento pedimos novamente a sua colaboração para uma segunda rodada de avaliação que será mais simples e menos trabalhosa.

Você irá perceber que o instrumento está mais compacto. As questões serão avaliadas conforme modelo abaixo, em escala “likert”, ou seja, a mesma que foi utilizada na avaliação da primeira rodada:

Questão considerada confusa	Questão considerada pouco clara	Questão considerada clara
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	5 ☐ 6 ☐ 7 ☐	8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Além disso, nessa rodada foi inclusa uma outra escala “likert” para avaliação de cada questão conforme tabela abaixo. Também incluímos espaços para que o avaliador possa sugerir mudanças para as questões que foram adicionadas nesta etapa.

› texto está CLARO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
› texto está OBJETIVO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
› texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
› texto está ADEQUADO A CULTURA BRASILEIRA?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM
› texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?	NÃO 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ SIM

Quando terminar a avaliação (preferencialmente em até duas semanas) peço a gentileza de me avisar através dos contatos informados abaixo. Após a correção talvez uma terceira versão do instrumento será gerada, nesse caso entrarei em contato. Fico a disposição para esclarecimentos que se façam necessários.

Mariana Stelmach
Mestranda Dep. Gastroenterologia
da Faculdade de Medicina da USP

Dr. Alberto Meyer
Médico Cirurgião do Dep
Gastroenterologia do Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da
USP

Anexo C – Formulário de informações sobre os Especialistas**Por favor preencha esse quadro com as suas informações profissionais**

Profissão:
Possui titulação (exemplo: pós-graduação, mestrado, doutorado,):
Área de atuação:
Tempo (em anos) de experiência na área de atuação:

Anexo D – Primeira versão do instrumento**SINAIS E SINTOMAS**

Q1	Os sintomas da cirrose hepática são curados pela mudança dos hábitos de vida
Q2	Não ter sintomas significa que a cirrose hepática não é considerada grave
Q3	Coceiras pelo corpo, amarelão, ascite e encefalopatia, são alguns sintomas da cirrose hepática
Q4	A cirrose hepática pode causar desnutrição deixando o paciente fraco
Q5	Os pacientes podem ter o diagnóstico de cirrose e não apresentar sintomas, ou seja, ter a doença compensada
Q6	A ascite é uma complicação comum da cirrose e caracteriza-se pela retenção de líquido na barriga
Q7	A cirrose hepática, em alguns casos, apresenta complicações (varizes de esôfago, encefalopatia, ascite) que devem ser tratadas pois podem complicar ainda mais o estado de saúde
Q8	Seguir as orientações do nutricionista sobre a alimentação podem auxiliar no controle da ascite e encefalopatia complicações comuns na cirrose hepática
Q9	A encefalopatia hepática apresenta como sintomas: confusão mental, desorientação, tremores nas mãos, fala arrastada, movimento lento, e em casos mais graves pode levar ao coma
Q10	A cirrose hepática pode desencadear sintomas de ansiedade e depressão
Q11	A encefalopatia hepática pode afetar a sua habilidade de trabalhar e dirigir podendo provocar riscos de acidentes de carro
Q12	Ao apresentar sintomas de icterícia, ou seja, o amarelão, significa que o fígado está se regenerando e apresentando sinais de melhora
Q13	Os pacientes que apresentam crises de encefalopatia hepática devem ser acompanhados ao sair de casa
Q14	O fígado com cirrose libera substâncias tóxicas que podem atacar o sistema cardiovascular provocando uma parada cardíaca
Q15	O paciente ao apresentar crise de encefalopatia hepática deve procurar ajuda considerando que o quadro pode piorar rapidamente e se tornar uma condição de emergência

DIAGNÓSTICO

Q1	A cirrose hepática é uma doença que ataca o fígado
Q2	A cirrose hepática pode ser ocasionada por diferentes causas, por exemplo, hepatites, álcool e doenças autoimunes, entre outras causas
Q3	A cirrose hepática é uma doença que acomete pessoas idosas devido ao enfraquecimento do funcionamento do fígado
Q4	O diagnóstico de cirrose hepática não exige uma alteração nos hábitos alimentares
Q5	A cirrose hepática é considerada uma doença grave e se não tratada pode levar a morte
Q6	A cirrose hepática possibilita o consumo moderado de álcool
Q7	A biópsia no fígado é um dos exames utilizados para o diagnóstico de cirrose hepática
Q8	O diagnóstico de cirrose hepática proíbe a prática de exercícios físicos praticados pois podem prejudicar o funcionamento do fígado
Q9	A única causa da cirrose hepática é o consumo exagerado de álcool
Q10	A cirrose hepática é uma doença contagiosa
Q11	A cirrose hepática é considerada uma doença crônica, ou seja, irá acompanhar o indivíduo ao longo da vida
Q12	O fígado doente na cirrose hepática pode prejudicar o funcionamento de outros órgãos
Q13	O diagnóstico de cirrose hepática torna fundamental o acompanhamento médico contínuo para detectar precocemente possíveis complicações da doença
Q14	A cirrose hepática é ocasionada pelo exagero de bebidas quentes ingeridas diariamente
Q15	O hepatocarcinoma (câncer no fígado) é uma doença que pode estar presente junto com o diagnóstico de cirrose hepática

TRATAMENTO

Q1	Em casos graves de cirrose a única forma de tratamento é o transplante
Q2	O transplante caracteriza-se pela troca de um fígado doente por outro sadio
Q3	O transplante é considerado uma cirurgia de baixa complexidade
Q4	Alguns alimentos podem prejudicar o paciente com cirrose hepática e precisam ser evitados, por isso é necessário um acompanhamento com nutricionista
Q5	Ao ter o diagnóstico de cirrose hepática é necessário se organizar com uma rede de suporte social para auxiliar com as idas ao hospital, uso de medicação e cuidados durante o tratamento
Q6	Ao entrar na fila de transplante é necessário seguir em acompanhamento multiprofissional (enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social)
Q7	A fila de transplante funciona de acordo com a ordem de chegada, ou seja, os pacientes inscritos por primeiro recebem o órgão antes do segundo, e assim consecutivamente
Q8	Pode ocorrer rejeição do novo órgão após o transplante, e isso significa a possibilidade de um retransplante
Q9	Ao entrar na fila de transplante, inicia-se um período de espera pelo órgão. Esse período pode ser bastante estressante, levando a desenvolver sintomas de ansiedade e depressão que devem ser acompanhados por psiquiatras e psicólogos
Q10	Após o transplante não será mais necessário acompanhamento médico ou ir ao hospital pois a doença estará curada
Q11	Os hábitos de vida (trabalho, atividades físicas e alimentação) necessitam ser adaptados após o transplante
Q12	Para receber os cuidados adequados, após a cirurgia de transplante o paciente vai para UTI e posteriormente para enfermaria
Q13	O MELD do paciente é um dos critérios para alocação na fila de transplante (resultado de um exame)
Q14	Uma vez inscrito na fila de transplante não tem mais como ser retirado
Q15	Um valor elevado de MELD indica uma maior gravidade da doença

MEDICAMENTOS

Q1	O uso contínuo de medicamentos pode causar outros prejuízos (ter efeito negativo) para a saúde
Q2	Os medicamentos usados para tratar a cirrose hepática causam impotência sexual
Q3	As medicações prescritas pelo médico são em quantidade exagerada e provocam efeitos colaterais indesejados
Q4	A lactulona é um dos principais medicamentos utilizados no tratamento da encefalopatia hepática
Q5	Os medicamentos prescritos pelo médico não são para curar a cirrose mas para tratar e controlar os sintomas da doença
Q6	Antes de tomar algum medicamento é fundamental conversar com o médico pois alguns medicamentos devem ser evitados por prejudicar ainda mais o fígado doente
Q7	O tratamento com medicamentos pode curar a cirrose hepática e não precisar mais do transplante
Q8	É importante que os medicamentos sejam ingeridos de acordo com a orientação médica, seguindo a dosagem exata e os horários
Q9	Após o transplante devo fazer uso da medicação (drogas imunossupressoras) pelo resto de vida
Q10	Os medicamentos imunossupressores baixam a imunidade do organismo o que leva a uma maior probabilidade de adquirir outras doenças (resfriados, por exemplo), por isso, é necessário ter um maior cuidado com a saúde
Q11	O transplante tem como objetivo a cura da doença do fígado, o que significa que após realizá-lo não será mais necessário usar nenhum medicamento
Q12	É possível ficar sem tomar os medicamentos imunossupressores até no máximo uma semana sem causar prejuízos ao novo órgão transplantado
Q13	Ao apresentar um efeito colateral indesejado dos imunossupressores devo informar o médico antes de fazer uso de qualquer medicamento
Q14	Os medicamentos imunossupressores são muito caros o que dificulta muitas vezes utilizá-los conforme orientação médica
Q15	A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser facilitada com o apoio da família, que pode auxiliar com o horário e o uso correto do medicamento, por exemplo.

Anexo E – Segunda versão do instrumento**SINAIS E SINTOMAS**

Q1	A cirrose no fígado pode causar desnutrição e deixar o paciente fraco
Q2	Cocceiras pelo corpo, amarelão na pele, barriga d'água, confusão mental (encefalopatia hepática), varizes de esôfago são alguns sinais e sintomas da cirrose no fígado
Q3	Não ter sintomas significa que cirrose no fígado está no início da doença
Q4	A barriga d'água (ascite) é uma complicação comum da cirrose no fígado e caracteriza-se pelo acúmulo de líquido na barriga
Q5	As varizes de esôfago (dilatação das veias do esôfago) são complicações raras nos casos de cirrose no fígado
Q6	A cirrose no fígado, em alguns casos, apresenta complicações (varizes de esôfago, confusão mental, barriga d'água) que devem ser tratadas e acompanhada pelo médico para evitar o agravamento do estado de saúde
Q7	O sintoma de cansaço não é uma complicação da cirrose no fígado, o cansaço é causado por um quadro de depressão grave
Q8	A encefalopatia hepática apresenta como sinais: confusão mental, desorientação, tremores nas mãos, fala arrastada, movimentos lentos, perda de memória, e em casos mais graves pode levar ao coma
Q9	O fígado com cirrose libera substâncias tóxicas que podem atacar o coração e provocar uma parada cardíaca
Q10	Os pacientes que apresentam crises de encefalopatia hepática como sinais de confusão mental, desorientação, movimentos lentos, etc, devem sempre sair de casa acompanhados

DIAGNÓSTICO

Q1	A cirrose caracteriza-se por lesões no fígado que fazem com que o órgão perca as suas funções
Q2	A única causa da cirrose no fígado é o consumo de bebida alcoólica
Q3	É possível ter cirrose no fígado e hepatocarcinoma (câncer no fígado) ao mesmo tempo
Q4	A cirrose no fígado exige acompanhamento médico contínuo para avaliar a evolução da doença
Q5	A cirrose no fígado pode ser ocasionada por diferentes causas, por exemplo: hepatite B ou C, álcool, gordura no fígado e doenças autoimunes
Q6	A cirrose no fígado é uma doença contagiosa transmitida pela picada de um mosquito
Q7	Muitas vezes a doença de cirrose no fígado é descoberta quando o paciente apresenta complicações da doença: barriga d'água, confusão mental (encefalopatia), varizes de esôfago, amarelão na pele
Q8	A cirrose no fígado permite o consumo moderado de bebida alcoólica, ou seja é possível beber uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de destilado por dia.
Q9	A cirrose no fígado é considerada uma doença crônica, ou seja, irá acompanhar o indivíduo ao longo da vida
Q10	Um valor elevado de MELD indica uma maior gravidade da doença

TRATAMENTO

Q1	O tratamento da cirrose no fígado exige somente acompanhamento médico
Q2	Quando o transplante é indicado como tratamento para a cirrose no fígado é necessário ter acompanhamento dos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistente social) tanto no período de pré-transplante quanto no pós-transplante.
Q3	Orientações dos nutricionistas sobre alimentação não são indicadas no tratamento da cirrose no fígado, já que nenhum alimento pode agravar os sintomas e a doença
Q4	O transplante no fígado é uma cirurgia em que o fígado doente (com cirrose) é substituído por um fígado sadio
Q5	Ao entrar na lista de transplante do fígado é necessário passar por avaliações e seguir em acompanhamento com diversos profissionais, como enfermeiros (as), nutricionistas, psicólogo (as), assistentes sociais, etc.
Q6	O tratamento da cirrose no fígado exige uma rede de suporte social, ou seja, ajuda de amigos e/ou familiares para idas ao hospital, uso de medicação e tarefas da vida diária
Q7	Após a inscrição na lista de transplante do fígado a espera pelo órgão pode ser estressante, neste período pode surgir de sintomas de ansiedade e depressão que precisam ser acompanhados por psiquiatras e psicólogos
Q8	Para receber os cuidados adequados após a cirurgia de transplante no fígado o paciente fica um período internado na enfermaria, e somente em casos graves ou complicações pode ir para a UTI
Q9	Após a recuperação da cirurgia de transplante do fígado não é mais necessário acompanhamento médico considerando que a doença foi curada
Q10	O paciente pode ter diferentes reações emocionais (medos, angustias, tristezas, inquietações) durante o tratamento da cirrose no fígado, no período pré e pós-transplante por isso é importante o acompanhamento psicológico

MEDICAMENTOS

Q1	Os medicamentos usados para tratar a cirrose no fígado causam impotência sexual
Q2	Os medicamentos não são para curar a cirrose no fígado mas para controlar os sintomas da doença
Q3	É importante que os medicamentos sejam tomados de acordo com a orientação médica, seguindo as dosagens e os horários
Q4	O transplante tem como objetivo a cura da cirrose do fígado, o que significa que após realizá-lo não será mais necessário usar nenhum medicamento
Q5	A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser facilitada com o apoio da família, que pode auxiliar com o horário e o uso correto do medicamento, por exemplo.
Q6	Após o transplante devo fazer uso da medicação contra a rejeição (drogas imunossupressoras) pelo resto de vida

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saberifiroozi M. Improving Quality of Care in Patients with Liver Cirrhosis. *Middle East J Dig Dis*. 2017;9(4):189–200.
2. Muir AJ. Understanding the Complexities of Cirrhosis. *Clin Ther*. 2015;37(8):1822–36.
3. Carvalho JR de, Villela-Nogueira CA, Perez RM, Portugal FB, Flor LS, Campos MR, et al. Burden of chronic viral hepatitis and liver cirrhosis in Brazil - The Brazilian global burden of disease study. *Ann Hepatol*. 2017;16(6):893–900.
4. Nader LA, Mattos AA de, Bastos GA. Burden of liver Disease in Brazil. *Liver Int*. 2014;34(6):844–9.
5. D’Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. 2006;44(1):217–31.
6. Liu A, Perumpail RB, Kumari R, Younossi ZM, Wong RJ, Ahmed A. Advances in cirrhosis: Optimizing the management of hepatic encephalopathy. *World J Hepatol*. 2015;7(29):2871–9.
7. Andraus W, Paoletti B, Pinheiro R, Bitencourt F, Farias C, D’Albuquerque L. Avaliação da qualidade de vida em pacientes cirróticos com hérnia da parede abdominal. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2009;22(4):222–5.
8. Hayward KL, Valery PC, Martin JH, Karmakar A, Patel PJ, Horsfall LU, et al. Medication beliefs predict medication adherence in ambulatory patients with decompensated cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2017;23(40):7321–31.
9. Aguiar MIF de, Braga VAB, Almeida PC de, Garcia JHP, Lima CA de. Gravidade da doença hepática e qualidade de vida no transplante de fígado. 2016;29(1):107–14.
10. Bittencourt PL, Farias AQ, Couto CA. Liver Transplantation in Brazil. *Liver Transplant*. 2016;22(9):1254–8.
11. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). *RBT* 2016. 4:1–89.
12. Castro-e-Silva Jr O de, Sankarankutty AK, Oliveira GR de, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD, et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. *Acta Cir Bras*. 2002;17(suppl 3):83–91.

13. Dornelas J. O impacto da doença hepática e do transplante de fígado na qualidade de vida [dissertação]. Faculdade de Medicina de São Paulo. 2017;
14. Benhamou M, Baron G, Dalichampt M, Boutron I, Alami S, Rannou F, et al. Development and Validation of a Questionnaire Assessing Fears and Beliefs of Patients with Knee Osteoarthritis: The Knee Osteoarthritis Fears and Beliefs Questionnaire (KOFBeQ). Milanese S, editor. PLoS One. 2013 Jan 21;8(1):e53886.
15. Fernanda F, Rodrigues L, Antônio M, Regina C, Teixeira DS, Gonela JT, et al. Relationship between knowledge , attitude , education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):284–90.
16. Dal K, Mendes S, Castro O De, Ziviani C, Maria M, Zago F, et al. Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado. 2013;21(1):1–7.
17. Taddeo P da S, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AM de A, Oliveira GC de, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Cien Saude Colet. 2012;17(11):2923–30.
18. Wright JP, Edwards GC, Goggins K, Tiwari V, Maiga A, Moses K, et al. Association of Health Literacy With Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Abdominal Surgery. JAMA Surg. 2017;239(2):137–42.
19. Oliveira PC de, Paglione HB, Mucci S, Silva VS e, Schirmer J, Roza B de A. Avaliação do conhecimento dos candidatos a transplante de fígado. Rev Enferm da UFSM. 2017;6(4):529.
20. Gorenstein C, Wang Y. Fundamentos de mensuração em saúde mental. Instrumentos avaliação em saúde Ment. 2016;1–52.
21. Padilha KM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Desenvolvimento de instrumento de medida de crenças e atitudes de pacientes valvopatas. Rev Lat Am Enferm. 2004;12(3):453–9.
22. Bonin CDB. Construção e validação do questionário de conhecimentos da doença para pacientes com insuficiência cardíaca [dissertação]. Univ do Estado St Catarina; 2013.
23. Zulianello R, Decker C, Bonin B, Ten E, Martins C, Junior MP, et al. Construção e Validação Psicométrica do HIPER-Q para Avaliar o Conhecimento de Pacientes Hipertensos em Reabilitação Cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2018;
24. Maciel SC, Pereira CR, Lima TJS de, et al. Desenvolvimento e Validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. Psicol Reflexão e Crítica. 2015;28(3):463–73.

25. Siklosi KR, Gallagher CG, Mckone EF. Development , validation , and implementation of a questionnaire assessing disease knowledge and understanding in adult cystic fibrosis patients. *J Cyst Fibros*. 2010;9:400–5.
26. Bardazzi F, Amerio P, Amoruso G, Campanati A, Conti A, Simone CDE, et al. Investigating psoriasis awareness among patients in Italy: validation of a questionnaire. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;3435–52.
27. Zschocke I, Mrowietz U, Lotzin A. Assessing adherence factors in patients under topical treatment : development of the Topical Therapy Adherence Questionnaire (TTAQ). *Arch Dermatol Res*. 2014;306:287–97.
28. Webb SM, Puig-domingo M, Villabona C, Muñoz-torres M, Farrerons J, Badia X. Development of a new tool for assessing Health-Related Quality of Life in patients with primary hyperparathyroidism. *Heal Qual live outcomes*. 2013;11(97):1–8.
29. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925–36.
30. Gunther H. Como Elaborar um Questionário. *Laboratório Psicol Ambient*. 2003;(1):1–35.
31. Meyer ALM, Teixeira MG, Almeida MG de, Kiss DR, Nahas SC, Cecconello I. Quality of life in the late follow-up of ulcerative colitis patients submitted to restorative proctocolectomy with sphincter preservation over ten years ago. *Clinics*. 2009;64(9):877–83.
32. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061–8.
33. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos : um desafio para a psicolinguística. *Let Hoje*. 2009;44(3):86–93.
34. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459–67.
35. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci*. 2015;4(2):165–78.
36. Martins GDA. Sobre Confiabilidade e Validade. *RBGN*. 2006;8(12):1–12.
37. Curado MAS, Teles J, Marôco J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):149–56.

-
38. Rodrigues IB, Adachi JD, Beattie KA, MacDermid JC. Development and validation of a new tool to measure the facilitators, barriers and preferences to exercise in people with osteoporosis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):540.
 39. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B, Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2017;26(3):649–59. Available from: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649
 40. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* [Internet]. 2010;68(4):319–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
 41. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):206–13.
 42. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2018;(xxxx):0–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
 43. Torres-Narváez M-R, Vargas-Pinilla O-C, Rodríguez-Grande E-I. Validity and reproducibility of a tool for assessing clinical competencies in physical therapy students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018;18(1):280. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1377-x>
 44. I CMB, Vera M, Moreira L, Cardoso L, Roberta G, Ii S, et al. Construção e validação de checklist para transfusão sanguínea em crianças. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3196–202.
 45. Fan Y, Zhang S, Li Y, Li Y, Zhang T, Liu W, et al. Development and psychometric testing of the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) questionnaire among student Tuberculosis (TB) Patients (STBP-KAPQ) in China. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):1–10.
 46. I SRR, Rayanna C, Mendes S, I MAF, Sandro A, Grangeiro DM, et al. Câncer de cabeça e pescoço : validação de instrumento para coleta de dados. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2010–8.