**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Beatriz Farias Alves Yamada

**Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers:
Construção e validação da versão feridas**

**São Paulo
2006**

Beatriz Farias Alves Yamada

**Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: construção e
Validação da Versão Feridas**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Profa Dra Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

São Paulo

2006

Catalogação na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação da EEUSP

Yamada, Beatriz Farias Alves

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: Construção e Validação da
Versão Feridas/Beatriz Farias Alves Yamada - São Paulo: B.F.A Yamada, 2006.

254 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dr^a. Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

1. Qualidade de Vida 2. Validade 3. Confiabilidade. Feridas.

Se não houver frutos,
valeu a intenção das flores.

Se não houver flores,
valeu a intenção das folhas.

Se não houver folhas,
valeu a intenção da semente.

Henfil (1944-1988)

Dedicatória

Aos meus pais e irmãos

Aos meus dois amores: Túlio e Rachel

Agradecimento Especial

Sem o apoio recebido de uma rede de pessoas, teria sido impossível fazer esse trabalho em nove meses.

“...há amigos mais chegados que um irmão” (BS, Prov. 18: 24).

Portanto, amigos, essa tese também lhes pertence, pois tem um pouquinho das mãos de cada um.

Rivanda	Karla Emanuela	Leila Blanes	Nancy
Maria Alice	Débora Guedes	Diba Souza	Suely Thuler
Aline Fernanda	Silvéria	Luciana Purcino	Caroline
Rosângela Lombardi	Antonila	Mérian	Bruno Amaral
Aline Marcelino	Francisca	Kelly Strazzieri	Paula Elisabete
Franciane	Rosângela Oliveira	Priscila Dal Ben	André Samartine
Lívia	Sabrina	Carolina	Débora Pacheco
Seidiane	See Hee	Euridea	Suelem Silva
Túlio	Eliana Yamashita	Mateus	Lívia Parente
Karini	Marina Carregau	Isabela	Juliano Teixeira
Rosemary	Graciane	Ana Marta	Talita
Elisabete Capalbo	Wilma Kazama	Mayumi	Ana Amato
		Francinei	

Agradecimentos

A Deus, Senhor da minha vida, que “não joga as coisas lá de cima” mas nos garante, “*não tenha medo, esforce-te e eu te ajudarei*”. Obrigada meu Senhor por confortar-me nos momentos turbulentos.

Aos pacientes, que colaboraram em cada fase desse estudo. Sem vocês nada disso teria acontecido.

À Escola de Enfermagem da USP, pelas oportunidades concedidas desde a minha especialização.

À Profa Dra Vera Santos, que há sete anos tenho o grande prazer de conhecer, meu sincero agradecimento por todo o ensinamento e paciência. Sem o seu “rigor”, nada do que fizemos juntas teria tanto valor. Como gosto muito de história... *fico orgulhosa em fazer parte de sua história acadêmica, como a primeira doutoranda*. Tenha certeza de que nossa relação profissional e pessoal tem validade de *construto convergente* e muita *confiabilidade* - atestada pela consistência interna e pela estabilidade ao longo do tempo.

À Dra Carol E Ferrans (USA) pela autorização para construir essa versão, sempre solícita em nos tirar dúvidas.

Aos membros do comitê de juizes, Dras Miako Kimura e Diná Cruz (Escola de Enfermagem da USP - São Paulo-SP); Dr José Victor (Faculdade Wenceslau Brás - Itajubá); Dra Maria Helena Caliri (Escola Enfermagem da USP- Ribeirão Preto); Dra Leila Blanes (Hospital São Paulo), obrigada por tão prontamente terem realizado as análises de conteúdo.

À Profa Dra Miako, carinhosamente Profa Mi, muitíssimo obrigada pelas constantes orientações e por poder compartilhar com você esse misterioso mundo da qualidade de vida.

A Silvana, embaixatriz da Pós-Graduação da EEUSP, obrigada pelo sorriso contagiante e eterna compreensão.

A todas as instituições que me concederam a oportunidade de fazer coleta de dados, minha gratidão. Obrigada pelo carinho e estima.

Aos colegas, Juliano (Divinópolis-MG), José Victor (Itajubá-MG), Diba (Pouso Alegre-MG); Rivanda (São José dos Campos-SP), Silvéria, Euridea e Antonila (Fortaleza-CE); Gisele (Sorocaba), Rosangela Lombardi e Leila Blanes (São Paulo-SP), Suely Thuler (Americana-SP), obrigada pela colaboração na obtenção dos campos de pesquisa. Vocês estão guardados no meu coração e um pedaço dessa tese lhes pertence.

À amiga Rosangela Oliveira, pela amizade e pela troca de experiência nesse universo das feridas.

Às Débora 1 e 2, à Anete e à Merian, minhas companheiras da Enfmedic. Somente com a competência profissional de vocês consegui me enclausurar esses últimos meses. Obrigada pelo apoio e afeto de cada uma.

Aos amigos das sextas à noite (pequeno grupo), obrigada pelas orações.

Ao professor Dr Júlio Pereira pela inestimável colaboração nas dificuldades estatísticas e metodológicas.

À Karini Leão, carinhosamente chamada de ‘Salvadora da Pátria’. Foram horas de sono perdido e muito trabalho. Valeu pela análise estatística e constante apoio.

Ao Luiz Carlos Rufo, pela arte da capa, feita especialmente para mim.

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1. Introdução e Justificativa	1
1.1 Interesse pelo tema e justificativa da pesquisa.....	1
2. Questão de Pesquisa	5
3. Hipóteses	6
4. Objetivos	7
4.1. Objetivo geral.....	7
4.2. Objetivos específicos	7
5.Bases conceituais e Metodológicas	8
5.1. Contextualizando a qualidade de vida	8
5.1.1 . Instrumentos de qualidade de vida	9
5.2 Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Poweres	13
5.3 A questão das feridas	20
Úlceras de membros inferiores	21
Úlceras por pressão	22
Outras Feridas	23
5.3.1 Repercussões gerais oriundas de feridas cutâneas.....	23
5.4 Construção de Instrumentos de medida.....	29
I) Procedimentos teóricos para a elaboração de instrumentos	33
a) Estabelecer a dimensionalidade	34
b) Definir construto	35
c) Operacionalizar o construto	36
1. Fonte dos itens.....	36
2. Regras de construção de itens.....	37

3. Quantidade de itens	39
d) Analisar o construto (análise dos itens)	40
II) Procedimentos empíricos (experimentais) para a elaboração de instrumentos	42
a) Planejamento e aplicação	43
b) Aplicação e coleta de dados	44
III) Procedimentos analíticos (estatísticos) para a elaboração de instrumentos	44
a) Dimensionalidade	45
b) Análise dos Itens	46
c) Precisão do Instrumento	47
d) Acurácia Instrumento	52
- Validade de conteúdo	53
- Validade de critério	54
- Validade de construto	55
e) Estabelecimento de Normas	57
6. Método.....	58
6.1 Tipo de estudo	58
6.2 Procedimentos éticos	58
6.3 Período e Locais do estudo	59
6.4 Critérios de elegibilidade	60
6.5 Procedimentos para a elaboração da versão feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.....	61
I) Procedimentos teóricos	61
a) Estabelecer a dimensionalidade	61
b) Definir o construto: constitutiva e operacionalmente	62
c) Análise dos Itens	67
d) Pré-teste	70
II) Procedimentos empíricos	71
a) Seleção dos pacientes	72
b) Instrumentos utilizados	72
c) Procedimentos para o treinamento dos entrevistadores	75

1. Conhecendo os instrumentos.....	76
2. Os procedimentos para a entrevista	76
3. Quando houvesse dúvidas	77
4. Procedendo à entrevista	80
<i>d) Coleta de dados final</i>	81
Amostra para o teste	81
Amostra para o re-teste	86
Amostra para a validade de construto convergente.....	90
III) Procedimentos analíticos.....	93
<i>a) organização dos dados</i>	93
<i>b) Critérios para exclusão de itens</i>	95
<i>c) Procedimentos estatísticos</i>	96
1) Confiabilidade	97
2)Validade	98
7. Resultados	103
I) Procedimentos teóricos	103
<i>a) Inclusão de itens</i>	103
<i>b) Análise dos itens</i>	104
<i>c) Pré-Teste</i>	110
II) Procedimentos empíricos	112
<i>Coleta final dos dados</i>	112
III) Procedimentos analíticos	113
<i>a) Confiabilidade</i>	113
<i>b) Validade</i>	128
8. Discussão	138
9. Conclusões	165
10. Considerações Finais	167
Anexos	170
Referências Bibliográficas	223
Apêndices	242

Lista de Quadros e Figuras

Quadro I	<i>Instituições que participaram do estudo</i>	60
Quadro II	<i>Fontes de extração de itens para a versão feridas.....</i>	64
Quadro III	<i>Perfil das pessoas que compuseram o grupo focal.....</i>	69
Quadro IV	<i>Itens e domínios componentes do instrumento WHOQOL-bref.....</i>	74
Quadro V	<i>Itens com dificuldades de compreensão e seus respectivos complementos....</i>	80
Quadro VI	<i>Itens semelhantes em domínios distintos.....</i>	99
Quadro VII	<i>Itens componentes da IQVFP- Versão feridas (Final).....</i>	125
Quadro VIII	<i>Coefficientes alfa de Cronbach em estudos utilizando o IQVFP.....</i>	150
 Figura 1	 <i>Esquema das correlações hipotetizadas</i>	 6
Figura 2	<i>Esquema sobre o desenvolvimento do IQV de Ferrans & Powers, Versão I.....</i>	14
Figura 3	<i>Análise fatorial confirmatória do IQVFP-VF.....</i>	135

Lista de Tabelas

Tabela 1	<i>Distribuição dos indivíduos do teste, segundo características sócio-demográficas.....</i>	82
Tabela 2	<i>Distribuição dos indivíduos do teste, segundo características clínicas.....</i>	85
Tabela 3	<i>Distribuição dos indivíduos do re-teste, segundo características sócio-demográficas.....</i>	87
Tabela 4	<i>Distribuição dos indivíduos do re-teste, segundo características clínicas.....</i>	89
Tabela 5	<i>Distribuição dos indivíduos da análise convergente, segundo características sócio-demográficas.....</i>	91
Tabela 6	<i>Distribuição dos indivíduos da análise convergente, segundo características clínicas.....</i>	92
Tabela 7	<i>Concordância dos Juízes no domínio Saúde e Funcionamento, versão piloto I</i>	105
Tabela 8	<i>Concordância dos Juízes do domínio Sócio-econômico, versão piloto I.....</i>	107
Tabela 9	<i>Concordância dos Juízes do domínio PE, versão piloto I.....</i>	108
Tabela 10	<i>Concordância dos Juízes do domínio Fa, versão piloto I</i>	108
Tabela 11	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento.....</i>	114
Tabela 12	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se o item 3.....</i>	115
Tabela 13	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3 e 28.....</i>	116
Tabela 14	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3, 21, 28.....</i>	117
Tabela 15	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3, 21, 27, 28.....</i>	118
Tabela 16	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico.....</i>	119
Tabela 17	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico sem o item 35.....</i>	120
Tabela 18	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico, excluindo-se os itens 35 e 33/34.....</i>	120

Tabela 19	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Psicológico/Espiritual.....</i>	121
Tabela 20	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Família.....</i>	122
Tabela 21	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Família, excluindo-se o item 17.....</i>	123
Tabela 22	<i>Confiabilidade dos itens do domínio Família, excluindo-se os itens 17e 22/23.....</i>	123
Tabela 23	<i>Resultado final da análise de confiabilidade do IQVFP-VF.....</i>	124
Tabela 24	<i>Confiabilidade do WHOQOL-bref segundo domínios e QV geral.....</i>	126
Tabela 25	<i>Escore obtidos no teste e re-teste, segundo os domínios e QV geral.....</i>	127
Tabela 26	<i>Concordância entre os escores dos domínios do IQVFP-VF do teste e re-teste.....</i>	127
Tabela 27	<i>Correlação entre o item satisfação com sua vida de modo geral e os domínios do IQV.....</i>	129
Tabela 28	<i>Correlação entre os domínios do IQVFP- VF e os domínios do WHOQOL –Bref.....</i>	129
Tabela 29	<i>Comparação entre médias e desvios-padrão dos escores dos domínios e QV geral do IQVFP-VF de indivíduos com 1 ferida e ≥ 2 feridas.....</i>	131
Tabela 30	<i>Médias e desvio-padrão dos domínios e QV geral do IQVFP-VF e a duração da ferida.....</i>	131
Tabela 31	<i>Médias e desvio-padrão dos domínios e QV geral do IQVFP-VF e a pior intensidade de dor uma semana antes da entrevista.....</i>	132
Tabela 32	<i>Comparação das médias dos domínios, IQV geral e segundo faixas etárias não idosos e idosos.....</i>	133
Tabela 33	<i>Comparação das médias dos domínios, IQV geral e segundo faixas etárias: adultos jovens, adultos e idosos.....</i>	133

Resumo

YAMADA, B F A. **Índice de Qualidade de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: Construção e Validação da Versão Feridas**. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2006.

Diante da indisponibilidade de um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida (QV) de pessoas com qualquer tipo de ferida, em nosso meio, o objetivo deste estudo foi construir e validar a versão feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP-VF). Inicialmente, o estudo recebeu autorização das autoras do instrumento original, aprovação pelo Comitê de Ética da EEUSP e autorizações dos campos para a coleta de dados. Classificado como do tipo metodológico, o estudo foi desenvolvido segundo os *procedimentos teóricos*, *empíricos* e *analíticos*, propostos por Pasquali. Os *procedimentos teóricos* incluíram a definição e análise dos itens por meio de revisão de literatura, avaliações de juizes (especialistas e pacientes) e pré-teste; os *empíricos* foram realizados por meio da aplicação do instrumento, resultante da etapa anterior, para análise de suas propriedades psicométricas, em amostras de teste (n=362), re-teste (n = 63) e validade convergente (n=179); e os *analíticos*, por meio das estratégias estatísticas destinadas às análises das propriedades psicométricas do instrumento final dos procedimentos teóricos. A confiabilidade foi obtida por meio da avaliação da *consistência interna* – *CI* (alfa de Cronbach $\geq 0,70$) e da *estabilidade* do instrumento - duas semanas pós-teste (coeficiente de correlação intraclassa $\geq 0,70$). Avaliaram-se a *validade de conteúdo*, pela concordância entre juizes ($\geq 80\%$); a de *critério concorrente*, pela correlação entre os escores do item *sua satisfação* e dos domínios e instrumento total (coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman $\geq 0,30$); a validade de *construto convergente*, correlacionando-se os domínios e instrumento total do IQVFP-VF e WHOQOL-bref (esperando-se correlações moderadas a fortes $\geq 0,30$ entre os domínios similares e $< 0,30$ entre os diferentes) e a validade de *construto discriminante*, comparando-se os escores dos domínios e instrumento total quanto a idade, número e duração da ferida e intensidade de dor, no momento e na última semana (*Testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, t-Student e ANOVA*). A análise fatorial confirmatória (AFC) foi testada pelo grau de correlação entre os itens e os domínios originais (saúde/funcionamento-SF; sócio-econômico-SE; psicológico e espiritual-PE e família-Fa) e medidas de ajuste de modelo (LISREL). A amostra foi composta de pacientes ambulatoriais com feridas, pertencentes a dezesseis instituições, que se enquadraram em critérios pré-estabelecidos. Os resultados

mostram coeficientes alfa de *Cronbach* 0,90; 0,88; 0,65; 0,81; 0,55 para o instrumento total e domínios SF, SE, PE, Fa respectivamente, na avaliação da *CI*; para a *estabilidade*, encontraram-se correlações $\geq 0,83$ ($p < 0,000$); para a *validade concorrente*, correlações de 0,28 a 0,69; para a *validade convergente*, correlações de 0,17 a 0,60 e para a *validade discriminante*, correlações significativas entre: QV geral e número de feridas ($p = 0,047$); PE e duração da ferida ($p = 0,017$); SF ($p = 0,043$), SE ($p = 0,008$), PE ($p = 0,000$) e qualidade de vida geral ($p = 0,003$) para as faixas etárias mais avançadas; e SE e a pior dor da semana anterior à entrevista ($p = 0,015$). À AFC sugeriu que o modelo é razoavelmente ajustado para o quatro domínios. Concluindo-se o estudo, pode-se considerar que o IQVFP-VF - como um instrumento específico e relacionado à saúde - é válido e tem confiabilidade atestada nos aspectos mais importantes para a população com feridas: a QV geral, a saúde e os aspectos psicológicos e espirituais.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; feridas; validade; confiabilidade

Abstract

Yamada BFA. **Ferrans & Powers Quality of Life Index: development and validation of the wound version. [doctoral thesis]**. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2006.

The scarcity of a specific tool to evaluate the quality of life (QOL) of persons with any kind of wounds, in our culture, lead to the development of this study. It aimed to develop and validate a wound version of the Ferrans & Powers QOL Index (QLI –WV). The study was authorized by the QLI authors and was approved by the Ethics Committee of Nursing College of the University of São Paulo and authorized by the institutions where data were collected. This methodological research was based on the procedures established by Paquali. The *theoretical pole* included the selection and analysis of the items to be included in the instrument (literature review, evaluations by specialists and patients committees and pre test). The *empirical* ones were developed through the application of the resulted instrument (from last step) to test sample (n=362), test-retest sample (n=63) and convergent validity sample (n=179). And the *analytical pole* included the statistical strategies to analyse the instrument's psychometric properties. The reliability was obtained through: *internal consistency* – IC (*Cronbach's* alpha $\geq 0,70$) and *stability*, two weeks after the first instrument application (*Intraclass correlation coefficient* $\geq 0,70$). The *content validity* was analysed through the concordance level between judges ($\geq 80\%$); the *concurrent validity*, through the correlation among the scores of the item *your satisfaction* and domains and overall QOL (*Pearson or Spearman correlation coefficient* $\geq 0,30$); the *convergent validity*, through the correlation between the domains and overall QOL of QLI –WV and WHOQOL-bref (strong to moderate correlation between similar domains and weak between the different ones) and the *discriminant validity* through the comparison among the domains and total QOL

and age, wound number and durability, and present and the worst last week pain (*Mann Whitney, Kruskal-Wallis, t-Student and ANOVA tests*). The confirmatory factor analysis (CFA) was tested by the correlation between the QLI-WV items and original domains (health & functioning – HF; socioeconomic – SE, psychological/spiritual – PS and family - Fa) and the adjustment measures model (LISREL). The sample was composed by outpatients who were assisted at 16 Health Services, and who met the pre established criteria. The results showed Cronbach's alpha coefficients of 0.90; 0.88; 0.65; 0.81; 0.55 respectively for total QOL and domains (HF, SE, PS and Fa) for *IC*; $r \geq 0.83$ ($p < 0.000$) for *stability*; $r = 0.28$ to 0.69 for *concurrent validity*; $r = 0.17$ to 0.60 for *convergent validity* and significant correlation between: overall QOL and number of wounds ($p = 0.047$); PS and wound durability ($p = 0.017$); HF ($p = 0.043$), SE ($p = 0.008$), PS ($p = 0.000$) and overall QOL ($p = 0.003$) for old patients; and SE and worst last week pain ($p = 0.015$). CFA suggested a reasonable fit for a four original subscale. The author concludes that QLI-WV – as a specific and health related QOL instrument - can be considered reliable and valid as it confirmed their psychometric properties, related to the most important wound care aspects as the total QOL, health and psychological and spiritual issues.

Keywords: Quality of life; wound; validity; reliability

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 Interesse pelo tema e Justificativa da pesquisa

Cuidar de pessoas com feridas foi nossa motivação para realizar enfermagem, cuja graduação foi alcançada em 1989. Durante metade de nossa trajetória profissional, de forma não exclusiva, atuamos junto a essa população, em todas as instituições onde trabalhamos. No entanto, desde 1998, com a realização do curso de especialização em estomaterapia - especialidade que agrega o cuidado não somente a pessoas com feridas, mas também com incontinências, fístulas, estomias e outros - temos dedicado, com exclusividade, todos os nossos esforços profissionais e educacionais à especialidade, especialmente na área de feridas cutâneas.

O interesse pela qualidade de vida surgiu durante o mesmo curso, onde nos coube, como tema de monografia de conclusão, *Qualidade de vida de pessoas portadoras de úlceras venosas*, utilizando o instrumento de avaliação de qualidade de vida (QV) conhecido por SF-36¹. Essa pesquisa possibilitou verificar que a úlcera venosa (UV) interferia na QV dos pacientes estudados, nos componentes Físico e Mental, desencadeando, especialmente, a dificuldade de socialização que favorecia o isolamento, principalmente, devido às limitações na mobilização¹. Embora a amostra tenha sido limitada, despertou-nos um grande interesse em continuar investigando o tema, na mesma população. Esse desejo foi alcançado, por meio do mestrado em enfermagem, concluído em 2001, com a

dissertação *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas*, desenvolvida por meio do instrumento Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP), na sua versão genérica original, considerada mais adequada para a proposta. A sua realização trouxe grande aprendizado e experiência, mas também maiores interrogações, uma vez que os resultados indicaram nível bom e muito bom para a qualidade de vida da maior parte da amostra². Esses resultados contrariaram as evidências de nossa prática clínica, bem como das pesquisas levantadas, especialmente aquelas com enfoque qualitativo, que mostraram diversas alterações nas esferas física, social e psicológica, dentre outras, em suas populações com feridas, tanto venosas quanto de outras etiologias^{3,4,5,6,7,8,9,10,11}.

A despeito desses resultados, o IQVFP teve excelente confiabilidade - atestada pelo coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach, mas apresentou validade discriminante somente para a qualidade total e para a subescala relacionada ao domínio Saúde/Funcionamento¹², consideradas fundamentais e suficientes para discriminar uma população com qualquer tipo de doença – como as úlceras venosas - daquela saudável, justificando a sua utilização na clientela estudada. Quanto aos bons resultados obtidos para a QV total e domínios, pode ter ocorrido pela utilização de um instrumento genérico ou pela própria adaptação da população-alvo com a presença da ferida.

Desse modo, embora o IQVFP, na sua forma genérica, tenha possibilitado uma visualização global da qualidade de vida da pessoa e seja muito útil para fundamentar o planejamento das intervenções - de forma mais coerente, realista, humanizada e pautada, acima de tudo, na ótica do próprio indivíduo - não foi capaz de detectar o impacto específico da doença ou da seqüela sobre a QV geral do indivíduo. Em nosso estudo, essa limitação poderia ter sido minimizada com a combinação do IQVFP e um instrumento específico para avaliação da QV de pessoas com UV crônica ou feridas crônicas, inexistente em nosso meio, naquele momento.

Atualmente, existem, na literatura internacional, alguns instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde, desenvolvidos para serem utilizados junto a pessoas com feridas específicas ou doenças causais, como diabetes e insuficiência venosa, os quais continuam indisponíveis para nossa cultura. Por outro lado, também não foi encontrado qualquer instrumento para avaliação de QV de pessoas com feridas de diferentes etiologias, o que permitiria sua adaptação transcultural.

Considerando-se a ausência de instrumentos de avaliação da QV específica de pessoas com feridas crônicas em geral, as nossas observações clínicas acerca das implicações da ferida crônica sobre a QV, respaldadas por outros pesquisadores, e o bom desempenho

psicométrico do IQVFP - o qual já possui versões específicas para outras populações - bem como a facilidade de seu manuseio e aplicação, propomos o desenvolvimento desta investigação visando disponibilizar uma versão feridas do IQVFP que possa avaliar, mais precisamente, a QV das pessoas com feridas em geral.

2. QUESTÃO DE PESQUISA

Uma versão específica para feridas, desenvolvida a partir do IQVFP genérico, pode apresentar propriedades psicométricas confiáveis e válidas?

3. HIPÓTEESSES

3.1 Os itens propostos para a versão feridas do IQVFP ajustam-se ao modelo conceitual da versão original.

3.2 A versão feridas do IQVFP apresenta consistência interna.

3.3 A versão feridas do IQVFP apresenta estabilidade quando aplicada ao longo do tempo.

3.4 Os domínios da versão feridas e do WHOQOL-bref correlacionam-se da seguinte maneira:

Legenda		
	IQVFP-VF	WHOQOL
1	Saúde/funcionamento	Físico
2	Sócio-econômico	Psicológico
3	Psicológico/espiritual	Relações sociais
4	Família	Meio ambiente
5	IQV Total	IQV Total
Seta contínua: moderada a forte ; Seta pontilhada: fraca		

Figura 1– Esquema das correlações hipotetizadas

3.5 A versão feridas do IQVFP discrimina os indivíduos segundo faixa etária, intensidade de dor, número e duração da(s) ferida(s).

4. OBJETIVOS

Face às justificativas e à questão de pesquisa, formuladas para a realização deste estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

4.1 Objetivo Geral

Construir e validar a versão feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP).

4.2 Objetivos específicos

- Identificar itens específicos para a população com feridas e analisar a validade de conteúdo;
- analisar a confiabilidade – consistência interna e estabilidade – dos domínios e do instrumento total da versão feridas;
- analisar a validade de critério, do tipo concorrente, dos domínios e do instrumento total da versão feridas;
- analisar a validade de construto, do tipo convergente, dos domínios e do instrumento total da versão feridas;
- analisar a validade de construto, do tipo discriminante, dos domínios e do instrumento total da versão feridas, quanto às variáveis: *número de feridas, duração da ferida atual, intensidade de dor e faixa etária.*
- verificar o ajuste da versão feridas ao modelo conceitual original.

5. BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

O presente capítulo aborda as bases conceituais e metodológicas que fundamentaram a elaboração desta tese, cuja finalidade é disponibilizar uma versão do IQVFP para avaliação da qualidade de vida de pessoas com ferida de qualquer etiologia.

O capítulo inicia-se com uma breve contextualização da qualidade de vida em geral, seguida de uma abordagem sobre os instrumentos existentes acerca do tema, que inclui a apresentação do IQVFP.

A segunda parte do capítulo integra as questões relacionadas às feridas cutâneas e suas repercussões na vida dos indivíduos acometidos.

Na terceira e última parte do capítulo, são abordados os fundamentos teóricos para a construção de instrumentos de medida do construto qualidade de vida.

5.1 Contextualizando a Qualidade de Vida

A QV é um tema recorrente em investigações de inúmeras áreas do conhecimento humano, em especial da saúde, e é considerada, por Farquhar¹³, como um dos termos mais interdisciplinares da atualidade.

A expressão QV tornou-se popular no vocabulário dos cidadãos dos Estados Unidos, após ser empregado pelo presidente Lyndon Jonhson, em 1964, como uma declaração de que “os objetivos não podem ser medidos

através dos balanços dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas”¹⁴.

No setor da saúde, a QV foi introduzida a partir dos anos 70¹⁵. Gradualmente, as pesquisas foram ampliando-se, sendo a reumatologia, a oncologia e a psiquiatria as primeiras disciplinas a realizarem ensaios clínicos. As conclusões dessas pesquisas revelaram que o prolongamento da vida, obtido pelo avanço tecnológico e científico, não é pressuposto para se alcançar uma “boa vida”¹³, sendo necessário, portanto, que a cura ou melhoria do estado doentio possa, de fato, repercutir positivamente em todos os componentes da vida².

A respeito do conceito de QV, embora tenha havido verdadeira explosão no desenvolvimento quantitativo de estudos, não existe um consenso a esse respeito, ou seja, ele não é único e tampouco suficientemente abrangente². Esse fato ocorre porque a QV é determinada pela subjetividade e envolve todos os componentes da condição humana, quer sejam físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, os quais lhe conferem características de multidimensionalidade e polissemia^{16,17,18,19,20}. O mesmo ocorrendo com os conceitos de QV relacionada à saúde.

5.1.1 Instrumentos de Qualidade de Vida

Desde que a expressão QV foi introduzida no setor da saúde, o número de instrumentos com o propósito de avaliar esse construto cresceu exponencialmente, principalmente nos Estados Unidos e na Europa. Esses instrumentos objetivam não somente fornecer dados quantitativos sobre a QV, mas também avaliar o resultado das intervenções realizadas, especialmente nas doenças crônicas^{14,21,22,23,24}, fornecendo melhores evidências científicas para aperfeiçoar a prática profissional e buscar excelência no cuidado e tratamento.

Os instrumentos de QV podem ter características genéricas ou específicas. Os genéricos podem ser aplicados em pessoas saudáveis ou com qualquer tipo de doença. Existe também a categoria de instrumentos genéricos relacionados à saúde. Os instrumentos específicos, como o próprio nome sugere, são destinados para determinadas áreas (trabalho, saúde) ou faixa etária^{6,15,25,26}.

Os instrumentos genéricos disponíveis em nosso meio, tais como da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) e o próprio IQVFP, aplicam-se tanto a pessoas saudáveis quanto àquelas com qualquer tipo de doença.

Os instrumentos genéricos relacionados à saúde objetivam avaliar o perfil de saúde de pacientes com variados tipos de doenças. Têm-se como exemplos: o Medical Outcomes Short-Form Health Survey- SF-36, o Sickness

Impact Profile - SIP e o Nottingham Health Profile – NHP^{6,15,26,27}, todos amplamente usados em nosso meio.

Quanto aos instrumentos específicos relacionados à saúde, são focados e aprofundados em certa área de interesse, como determinada doença (câncer, AIDS, insuficiência renal etc.); problema (como a dor) ou para determinado grupo etário (crianças, idosos)^{6,15,25,26}. Esses instrumentos são de grande utilidade na avaliação de modalidades terapêuticas, em ensaios clínicos, ou para captar as mudanças ocorridas com o tratamento^{25,26}. Porém, apresentam como grande desvantagem, a impossibilidade de não poderem ser extrapolados para diferentes doenças, dificultando a comparação entre as mesmas²⁶.

Os instrumentos de avaliação de QV podem ser administrados tanto por entrevistas como por auto-aplicação (com ou sem supervisão), com vantagens e desvantagens tanto para um método como para o outro²⁶. Baixos níveis de escolaridade e cultura geral conceituam-se fatores limitantes para a auto-aplicação.

Concernente aos instrumentos específicos para pessoas com feridas, nos arquivos do Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database – PROQOLID, hospedados na página de Internet www.proqolid.org²⁸, encontram-se aqueles relacionados a determinadas feridas ou a doenças desencadeadoras de feridas crônicas, tais como: *Leg and Foot Ulcer Questionnaire* (LFUQ), para úlceras de pernas e pés; *Diabetic Foot Ulcer Scale*

(DSF), para pé diabético; *Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire* (CCVUQ), para úlcera venosa; *Aberdeen Varicose Veins Questionnaire* (AVVQ), para insuficiência venosa; *Assessment of Quality of Life in Lower Limb Arteriopathy* (ARTEMIS), *Claudication Scale* (CLAU-S), *Edinburgh Claudication Questionnaire* (ECQ), *Prairie Vascular Disease Questionnaire* (PVDQ) e *Walking Impairment Questionnaire* (WIQ) para serem aplicados em pessoas com doença arterial periférica.

Além desses instrumentos, outros questionários foram publicados em revistas indexadas, tais como: *Neuropathy-Specific Quality of Life Questionnaire* (NSQOLQ), para portadores de neuropatia periférica em diabéticos²⁹; *Neuropathy-and- foot ulcer - Specific Quality of Life Instrument* (Neuro Qol), para neuropatia e úlcera diabética³⁰; *Questionnaire Chronic Venous Insufficiency Questionnaire* (CIVIQ), para insuficiência venosa crônica dos membros inferiores³¹; *Freiburger Questionnaire of Quality of Life in Venous Disease* (FLQA), para doença venosa³² e *Quality of Life with a Leg Ulcer Questionnaire* (QLLUQ)¹¹, para úlceras de perna, entre outros^{6,33,34}.

Portanto, verifica-se que, embora haja alguns aplicáveis a pessoas com feridas (úlceras venosas, diabéticas e de perna ou pés), a maioria destina-se às doenças causais dessas lesões (diabetes, IVC, doença arterial periférica). Ressalta-se que nenhum desses instrumentos está adaptado para nossa cultura e, tampouco, referem-se genericamente a todos os tipos de feridas, o que constitui o foco deste estudo. Todavia, esses instrumentos forneceram dados

para a composição dos itens no desenvolvimento da versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP).

Depois dessa breve contextualização, os parágrafos seguintes são destinados ao IQVFP - instrumento que serve de base para a construção da versão feridas neste estudo.

5.2 Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers

O IQVFP foi desenvolvido, em 1984, pelas enfermeiras Carol E. Ferrans e Marjorie Powers^{35*}, docentes da Universidade de Illinois (USA), utilizando diferentes abordagens de pesquisa^{17,36,37}. Essa versão foi traduzida e adaptada para o português por Kimura³⁸, em 1999, junto a pacientes egressos de unidades de terapia intensiva, gerando composição final com 27 itens.

A Figura 2 apresenta uma síntese dos passos adotados pelas autoras para a elaboração dessa versão do IQVFP. Esse esquema foi elaborado por Yamada², baseando-se em artigo da autora Ferrans³⁷. Na parte relacionada ao modelo conceitual, os itens de cada domínio foram retirados da tradução realizada por Kimura³⁸.

* fonte: www.uic.edu/orgs/qli³⁴

Figura 2 – Esquema sobre o desenvolvimento do IQV de Ferrans & Powers, Versão I.

Os estudos para a elaboração do modelo conceitual de qualidade de vida tiveram início em 1982³⁷, em função da realização da tese de doutorado de Carol Ferrans, sendo divididos em duas etapas. Na *primeira etapa*, foi realizada uma busca na literatura a fim de encontrar o núcleo central mais congruente com a abordagem *individualista*, escolhida para desenvolver o instrumento³⁷. Esse tipo de abordagem parte da premissa que somente o indivíduo poderá avaliar sua própria qualidade de vida, uma vez que diferentes pessoas valorizam diferentes coisas³⁷. Assim sendo, dentre os núcleos encontrados, a autora adotou a *satisfação com a vida*, do qual derivou o conceito que fundamenta o instrumento, a saber: “*qualidade de vida é sensação de bem-estar de uma pessoa, que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela*”¹⁶.

Na *segunda etapa*, foram adotadas três abordagens. Em um *primeiro momento*, objetivando determinar os componentes de uma vida satisfatória na ótica de quarenta pacientes em hemodiálise, as autoras desenvolveram uma pesquisa qualitativa utilizando um questionário com questões abertas, nas quais os pacientes deveriam imaginar e caracterizar a melhor e a pior possibilidade de vida³⁷. A análise das respostas obtidas baseou-se na teoria fundamentada nos dados [grounded theory]^{37,38} e possibilitou identificar vinte e dois elementos relacionados com a melhor possibilidade de vida e dezoito com a pior³⁷.

A *segunda abordagem* dessa etapa do estudo constituiu-se de ampla revisão bibliográfica sobre QV, realizada no MEDLINE, CINAHL e no

Psychological Abstracts, no período de 1965 a 1983, a partir da qual, as autoras relacionaram uma lista de dimensões de QV^{36,37}.

A associação dos dados oriundos da pesquisa qualitativa, realizada com os pacientes de hemodiálise, e da revisão bibliográfica, possibilitou a produção de uma relação de trinta e dois elementos de avaliação de QV em geral, além de mais três elementos adicionais específicos para os pacientes em diálise^{36,37,38}.

Os 32 elementos encontrados serviram para estruturar o IQVFP, em duas partes. A primeira destinada à avaliação da satisfação com a vida e a segunda, composta pelos mesmos itens, para avaliar a importância atribuída pelo indivíduo a cada item^{16,37}, duplicando-se o número de questões a serem respondidas.

A partir das abordagens, até então realizadas, as autoras desenvolveram uma versão específica para pacientes renais em diálise³⁶ e outra genérica³⁷, esta constituída da versão específica, em que foram excluídos os itens relacionados a pacientes com diálise.

A clareza das frases, bem como a confiabilidade e validade dessas versões foram processadas em dois estágios. Primeiramente, a versão genérica foi aplicada em pessoas da população geral. Para compor esse grupo, foram convidados todos os estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade, onde 53% (88) aceitaram participar do estudo. A seguir, a versão diálise foi aplicada, por meio de entrevista, junto a uma amostra de

conveniência de 37 pacientes em diálise, que aceitaram participar do estudo. Os resultados do estudo das propriedades psicométricas do instrumento – ainda como um conjunto de itens, sem distribuição em domínios – acarretaram uma publicação, em 1985³⁶, cujos resultados principais, relacionados à QV geral, são:

- a consistência interna alcançou um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,93 para os graduandos e 0,90 para os pacientes;
- as correlações entre teste e re-teste foram: 0,87 para graduandos (n=69), com intervalo de duas semanas, e 0,81 para pacientes (n=20), com intervalo de um mês.
- para a validade de critério, as correlações foram: 0,75 para os graduandos e 0,65 para os pacientes.

As autoras consideraram essas análises confiáveis e válidas.

Finalmente, a *terceira abordagem* da segunda etapa constituiu-se no agrupamento dos itens em domínios de QV³⁷. A fim de determinar a natureza e o número de domínios, os dados obtidos foram submetidos à técnica estatística de análise fatorial exploratória³⁷, em um novo estudo. Essa pesquisa foi realizada em 1989 - utilizando-se a versão diálise, composta de 32 itens e enviada via correio - a 800 sujeitos, randomizados de uma população de 2967 pessoas com insuficiência renal e pertencentes a uma unidade de hemodiálise, obtendo retorno de 349 questionários¹⁶.

A análise fatorial resultou no agrupamento dos itens em quatro domínios inter-relacionados de QV: *Saúde e Funcionamento* (SF); *Sócio-econômico* (SE); *Psicológico/Espiritual* (PE) e *Família* (Fa)^{16,36}. Ressalta-se que, ao final, a análise fatorial exploratória não foi realizada com a amostra total de 349 indivíduos, uma vez que houve perda de 126 casos, relacionados ao item ter trabalho/não ter trabalho. Além disso, houve perda de 68 casos de pessoas que não tinham filhos¹⁶.

A confiabilidade foi analisada pela sua consistência interna, por meio do coeficiente alfa de Cronbach, com resultados considerados adequados (0,93 para o instrumento completo; 0,87 para o domínio SF; 0,82 para SE; 0,90 para o domínio PE e 0,77 para família)¹⁶.

Enfatiza-se que a validação principal do IQVFP foi, então, realizada junto a pacientes em tratamento dialítico, utilizando-se a versão específica e não a genérica do IQVFP.

A versão genérica inicial incluiu dezoito áreas: *cuidados com a saúde; saúde e funcionamento físico; casamento; família; filhos; estresse; padrão de vida; ocupação; educação; lazer; aposentadoria futura; paz de consciência; fé pessoal; objetivos na vida; aparência pessoal; auto-aceitação; felicidade em geral e satisfação em geral*⁶. Essa versão possibilita avaliar a QV, tanto de pessoas sadias quanto com qualquer tipo de doença^{16,36,37} e, portanto, uma análise global do paciente sem, contudo, apontar as especificidades das enfermidades.

Quanto aos escores de QV, resultantes da aplicação do questionário, a atribuição dos valores é feita por intermédio de uma escala do tipo Likert, de seis pontos, que varia de “ *muito insatisfeito*” a “ *muito satisfeito*” e de “ *sem nenhuma importância*” a “ *muito importante*”, respectivamente, para as partes de satisfação e de importância^{16,36}.

A obtenção dos escores é feita por meio da recodificação de todos os itens respondidos da parte de satisfação, subtraindo 3,5 de cada pontuação da escala Likert de seis pontos (1; 2; 3; 4; 5; 6) e compondo-se, assim, novos valores (-2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5; +2,5). A seguir, ponderam-se os valores resultantes pelos obtidos em cada item respondido, na parte da importância, e somam-se +15, a fim de obter-se um único e positivo valor em cada item^{16,36}.

Para gerar o escore total, é necessário fazer a somatória e dividir exatamente pelo total de itens ponderados. O mesmo procedimento é adotado para a obtenção dos escores de cada domínio³⁶. Além do escore total do IQV e de cada um de seus domínios, é possível obter escore para cada item que compõe o instrumento, possibilitando a análise do item que apresenta melhor ou pior QV².

A variação dos escores é de *zero* (a pior QV) a *trinta* (a melhor QV), e um escore de corte não foi estabelecido pelas autoras³⁶. Em alguns estudos^{12,39}, categorizações foram propostas, mas não validadas.

Além das versões Genérica e Genérica III, existem mais treze versões específicas: *Câncer III*, *Cardíaca IV*, *Síndrome da Fadiga Crônica III*, *Diabetes III*, *Diálise III*, *Epilepsia III*, *Transplante de Fígado III*, *Esclerose Múltipla III*, *Nusing Home III*, *Pulmonar III*, *Lesão Medular III*, *Anemia Falciforme III*, *Acidente Vascular III* (disponíveis em www.uic.edu/orgs/qli)³⁵.

A revisão sobre os estudos originais acerca do IQVFP permite concluir que, desde a sua criação, o índice sofreu modificações tanto na versão genérica como nas específicas. O instrumento genérico inicial apresenta 32 itens em cada parte, conforme publicado nos artigos^{16,36,37}. A versão genérica, traduzida para o português por Kimura³⁸ e datada de direitos autorais de 1984, possui 34 itens, embora sejam 33, uma vez que os itens relacionados ao trabalho são excludentes. A última versão, denominada genérica III e datada de 1998, possui 33 itens e, considerando o item excludente, são respondidos 32. Essa versão é um aperfeiçoamento da anterior, na qual foram incorporadas nova redação de alguns itens e exclusão de outros, o que a tornou um pouco mais esclarecedora. Essa versão foi traduzida por Silva e Kimura, mas ainda não se encontra publicada.

5.3 A questão das feridas

Segundo Krasner⁴⁰, as feridas podem ser classificadas em cirúrgicas e não-cirúrgicas e ambas categorias podem incluir os tipos: agudas e crônicas.

As feridas podem ter diversas origens, no entanto, as mais freqüentes são as úlceras de membros inferiores (originárias das doenças venosas ou arterial periférica e das complicações do diabetes *mellitus*) e as úlceras por pressão. Essas etiologias tipificam a problemática das ulcerações crônicas, em especial pela sua permanência por longos períodos, com repercussões negativas em diversas esferas da vida e afetando, conseqüentemente, diversos aspectos da QV dos pacientes^{41,42}.

▪ **Úlceras de Membros Inferiores**

Nos Estados Unidos, uma em cada 800 pessoas tem úlcera na perna⁴³, sendo as de etiologia venosa as mais freqüentes (70% a 90% do total)⁴⁴. Lorimer *et al*⁴⁵ afirmam que as UV são tipicamente cíclicas e crônicas, com períodos de cicatrização seguidos de recorrência, e constituem as maiores causas de morbidade, dor e custos nos serviços de saúde. Essas mesmas autoras citam o artigo de Less, Lambert⁴⁶, da Inglaterra, que apontam que o cuidado com as feridas de perna consome de 30% a 50% das horas de trabalho das enfermeiras visitadoras domiciliárias.

Quanto às úlceras diabéticas (UD), aproximadamente 15% dos pacientes com diabetes *mellitus* as desenvolverão durante suas vidas. Elas são causa de 50% de todas as amputações não traumáticas, e o membro inferior que permanece, apresenta risco considerável de nova lesão, já que 56% dos

pacientes sofrem outra amputação num período de cinco anos^{47,48}. O tripé neuropatia, isquemia e infecção fundamenta o desenvolvimento dessas úlceras⁴⁹.

As úlceras arteriais, por sua vez, são menos comuns que as anteriores e suas causas estão associadas à aterosclerose - que provoca a oclusão parcial ou total da artéria - e ao trauma arterial ou síndrome da embolia aguda ou gangrena, quando as chances de amputação são grandes^{50,51}.

As úlceras de MMII podem, também, decorrer de problemas hematológicos resultantes de anemia falciforme. Nos Estados Unidos, 1% das pessoas com essa doença desenvolvem feridas, enquanto na Jamaica, a incidência é de cerca de 30%, tendo em vista a estreita relação com a raça negra⁵². Segundo Ohanaka e Osarenkhoe⁵³, no Kênia, 17,8% dos casos de úlcera de perna são oriundas de anemia falciforme.

▪ **Úlceras Por Pressão**

Quanto às úlceras por pressão (UP), são determinadas, principalmente, pela pressão nas suas características de duração e intensidade, além da tolerância tissular. Também constituem um dos mais freqüentes tipos de feridas crônicas, com índices de prevalência e incidência que variam conforme o tipo de unidade, clientela e métodos de pesquisa envolvidos. São, no entanto, bastante elevados, seja no país ou fora dele, com índices que podem atingir ou superar os 40%^{54,55,56,57,58,59}.

▪ **Outras feridas**

As demais feridas apresentam menores índices de incidência e prevalência, mas representam, assim como as anteriores, relevante problema para a Saúde Pública, em vista das seqüelas físicas e psicológicas desencadeadas. É o caso das feridas neoplásicas malignas, incidentes em aproximadamente 5 a 10% dos pacientes com câncer metastático^{60,61}.

Também merecem destaque as feridas por queimaduras. Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil, acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano, dos quais, 40 mil demandam hospitalização⁶². Embora os dados epidemiológicos atualizados sobre infecção em feridas por queimadura sejam escassos, esta representa uma séria complicação clínica, apesar da evolução nas técnicas de tratamento tópico⁶³.

5.3.1. Repercussões gerais oriundas de feridas cutâneas

As lesões crônicas tegumentares ulcerativas, de qualquer etiologia, desencadeiam múltiplos problemas em todos os domínios da vida, em especial na esfera física. Alguns estudos, conduzidos com grupos populacionais com os tipos mais freqüentes de feridas e que apontam essa problemática, são apresentados a seguir.

Flett, Harcourt, Alpass³, analisando os aspectos psicossociais de pacientes idosos, com e sem úlceras de perna, constataram que os idosos com úlceras relataram mais problemas com a atividade, mobilidade, dor e preocupações com a saúde, além de apresentarem níveis mais baixos de auto-estima. Phillips, Stanton, Provan, Lew *et al*⁴, também estudando o impacto das úlceras de perna de diferentes causas sobre a QV, e as implicações nas esferas psicológica, social e financeira dos indivíduos, observaram que 68 % de 73 pacientes referiram que a úlcera teve efeito emocional negativo em suas vidas, incluindo os sentimentos de medo, o isolamento social, o nervosismo, a depressão e a auto-imagem negativa. Além disso, o tempo gasto no cuidado com as feridas e os sentimentos de raiva e ressentimento apresentaram forte correlação.

Similarmente, em análise fenomenológica das vivências de 10 pacientes com feridas crônicas, Neil, Munjas¹⁰ detectaram problemas como o isolamento, as dificuldades para andar, a dor, a perda do sono, o odor e o vazamento - os quatro últimos relacionados à fadiga – além de embaraço, frustração e isolamento social. Sentimentos de esperança de cura diminuía à medida da maior cronicidade das lesões. Esses resultados levaram as autoras a concluir que as úlceras crônicas “ferem” o indivíduo, tanto física como emocionalmente.

Lamping⁶ ressalta que as úlceras venosas causam limitações nas atividades de vida diária, interferem na vida social e causam sofrimento/angústia mental ao paciente.

Pieper, Szczepaniak, Templin¹¹ avaliaram aspectos referentes ao ajustamento psicossocial, *coping* e qualidade de vida de 32 pessoas com úlceras venosas, decorrentes do uso de drogas injetáveis, utilizando diferentes instrumentos (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale – PAIS; Ways of Coping e Quality of Life With a Leg Ulcer Questionnaire). Os resultados apresentaram correlação negativa entre o tamanho da ferida e o escore de QV ($r = -0,52$). A dor interferiu significativamente no escore de *coping* - relacionado com autocontrole ($r = 0,40$); no escore do PAIS - relacionado ao ambiente doméstico ($r = 0,51$) e no escore de QV ($r = -0,65$). As autoras concluíram que úlceras venosas (UV) de maiores dimensões causaram, a esses pacientes investigados, grandes dificuldades no ambiente doméstico, maior sofrimento psicossocial e pobre QV.

Yamada, Santos¹², em estudo junto a 89 pessoas com úlceras venosas crônicas, em que utilizaram o IQVFP, encontraram escores, total e para os domínios, indicativos de boa e muito boa qualidade de vida, contrariando, de certa maneira, os achados da literatura internacional. Mesmo atestando-se suas propriedades de medida, para a população alvo do estudo, e destacando-se resultados interessantes como a dor - que obteve um dos menores escores médios entre os itens componentes de todos os domínios e, particularmente,

para a subescala Saúde e Funcionamento à qual pertence - os demais resultados foram pouco específicos. As autoras atribuíram tal ocorrência, dentre outros motivos, à falta de especificidade do instrumento para pessoas com lesões crônicas de perna.

Investigadores da Lituânia⁶⁴, avaliando pacientes com UV, observaram distúrbios de sono e dor em toda a amostra investigada (n=44). Concernente à dor, numa escala numérica de 0 a 10 (máximo de dor), 76,7% e 23,3% dos pacientes apresentavam escores 6 e 5, respectivamente.

Ainda em relação à dor, enfermeiras brasileiras⁶⁵, utilizando escala visual analógica de 10 pontos, constataram intensidade média de $3,1 \pm 3,1$ para a dor em 90 pacientes com úlceras crônicas de perna, a maioria (81,1%) de origem venosa. A pior dor da semana foi $7,5 \pm 3,0$. À aplicação do Inventário de dor McGill, os pacientes empregaram, principalmente, descritores sensitivos (63,3%): latejante, agulhada, queimação e fisgada. Mulheres e pessoas com rendas menores apresentaram dor mais intensa ($p < 0,05$). A dor também influenciou negativamente nos padrões de sono, movimentação, locomoção e no humor.

Acresce-se à problemática das pessoas com UV, o seu desconhecimento em relação à causa de suas lesões⁶⁴. Quanto a esse tema, Chase *et al* ⁶⁶, nos Estados Unidos, em amostra de 21 pessoas com UV, também obtiveram déficit de conhecimento relativo, não somente à causa como ao tratamento das lesões.

Outros estudos com úlceras crônicas em geral, principalmente localizadas nas pernas, também apontaram problemáticas semelhantes^{3,4,10,66,67}.

Ribu, Wahl⁶⁸, em estudo qualitativo com sete pessoas com UD de origem neuropática, encontraram seis temas a partir dos discursos: pés em mudanças, dor e insônia, fadiga e limitação da mobilidade, isolamento social e solidão, uma vida de restrição, perda do controle e temor a respeito do futuro.

Em outro estudo qualitativo, a respeito da experiência de viver com uma ferida crônica, com abordagem fenomenológica, Beitz, Goldberg⁶⁹ entrevistaram 16 pessoas (75% feminino) que apresentavam feridas de etiologias: arterial (2), venosa (4), diabética (2), por pressão (7) e desconhecida (1), com mais de oito semanas de existência. Temas como: viver com dor, perda da mobilidade, receber cuidado, conviver com doenças crônicas, alteração do sono, vivendo e envelhecendo, adaptações, mudanças no apetite, explicação sobre a causa das feridas, demora para cicatrização, entre outros, foram obtidos nas análises dos discursos.

Para as úlceras por pressão, os estudos têm-se detido, principalmente, a aspectos ou problemas específicos dessa condição, como dor, terapia tópica e sistêmica da clientela, impacto sobre o cuidador e outros^{70,71}.

Com relação à dor, vale destacar o estudo de Szor, Bourguignon⁷⁰, que investigaram a descrição da dor em pacientes com UP (n=32), no repouso e durante a troca de curativos, utilizando o questionário de McGill. As autoras

constataram que 28 (87,5%) pacientes apresentavam dor durante as trocas de curativos, e 27 (84, 4%) também sentiam durante o período de repouso. Dos 28 casos que apresentavam dor, 21 (75%) relataram ser de intensidade leve, desconfortável e aflitivo; 5 (18%) a descreviam como horrível e excruciante e para 11 (42%), a dor era contínua. A dor independia do estágio da UP, mas, quanto maior o estágio, mais palavras eram usadas para descrevê-la, além de ser constante. No estágio II, as palavras mais descritas foram: sensível, machucada, dolorida; no III: queimação, sensível, machucada, fina, dolorida, em torção; já o estágio IV as palavras descritas foram: sensível, machucada, ardor, penetrante, latejante, fina, doída, chata, aborrecida, cansativa, exaustiva, miserável, mordida, torturante. Os pacientes usaram mais palavras para expressar a dor durante o repouso do que na manipulação, durante os procedimentos de curativos. Ressalta-se que, quando os pacientes estavam em repouso, as palavras referidas eram indicativas de maior gravidade de dor.

Estudo similar, desenvolvido por Quirino, Santos, Quednau *et al*², junto a 20 pacientes hospitalizados com UP, constataram que todos reportaram dor em suas úlceras ($5,8 \pm 2,9$), constante em 80% deles, comprometendo suas atividades de movimentação no leito e sentar-se (80% e 75% respectivamente). Esses pacientes usaram principalmente descritores sensitivos (56,6%), sendo queimação o mais freqüentemente referido (35%).

As feridas neoplásicas malignas, em geral, evoluem com formação de grande quantidade de exsudato, de odor extremamente desagradável, além de

fácil sangramento, tendo importante impacto clínico e sobre a qualidade de vida⁶⁰. Vale ressaltar que o câncer é uma doença multifatorial, ainda estigmatizante e que, na presença de feridas dessa magnitude, os indivíduos podem avaliá-la como uma complicação do câncer.

As queimaduras, por sua vez, quando de grande extensão, além dos sérios distúrbios clínicos, deixam resultados estéticos e funcionais desastrosos.

Diante dos problemas apresentados pelas pessoas com feridas, especialmente as crônicas – abordados pela literatura e observados em nossa prática clínica - da escassez de pesquisas na literatura internacional e em nosso meio, principalmente com abordagem quantitativa, e da ausência de instrumentos que possam avaliar a qualidade de vida de pacientes com feridas de diferentes etiologias, consideramos necessário disponibilizar um instrumento específico, em nosso meio, voltado para essa avaliação.

5.4 Construção de instrumentos de medida

O objetivo de se utilizar instrumentos está pautado no desejo do investigador de medir os fenômenos, tornando-os mais concretos ou “palpáveis”. No contexto da prática clínica, possivelmente pelo fato das medidas favorecerem a generalização dos resultados, quanto mais determinado instrumento é utilizado numa população foco e em diferentes cenários, mais

evidências científicas são obtidas para promover mudanças na forma de cuidar/tratar os indivíduos.

Embora existam centenas de instrumentos publicados na literatura internacional, ainda não suprem todas as questões de pesquisa passíveis de serem medidas. Outra questão é que a maioria desses instrumentos não está disponível em nossa cultura. Assim sendo, quando não se dispõe de instrumentos validados para atender nossas necessidades de investigação, a alternativa é adaptar os existentes ou construir um novo. Mas, construir um instrumento de medida, não é uma tarefa simples e consome um tempo considerável do pesquisador. Para que sejam confiáveis e válidos, é fundamental que sejam desenvolvidos embasados em métodos científicos reconhecidos.

Neste estudo, do tipo metodológico, a temática da medida psicológica é abordada sob a ótica quantitativa, expressa pela psicometria.

Pasquali⁷³ refere que a psicometria assume um modelo “quantitativista” em psicologia e deveria ser puramente chamada como “medida em ciências psicossociais”.

A psicometria está inserida dentro da teoria de medida em geral, a qual desenvolve uma discussão epistemológica em torno da utilização da matemática em fenômenos naturais. Trata-se, portanto, de uma sobreposição – interface -

entre sistemas teóricos de saber diferentes, e a teoria da medida tem a função não somente de justificar, mas de explicar o sentido dessa interface^{73,74}.

Ainda segundo esse autor^{73,74}, embora exista um distanciamento entre a matemática e a ciência empírica, a última apercebeu-se das vantagens que ela obtém ao se apropriar da linguagem matemática para descrever o seu próprio objeto de estudo. Como exemplo, o autor cita a ciência da física que, usando o modelo matemático, pôde evoluir de um estágio pré-científico à física moderna.

A atribuição de números às propriedades de um objeto pode ser realizada pela medida fundamental, pela medida derivada e por medida de teoria^{73,74}.

A *primeira* é a medida de atributos de objetos empíricos, para os quais existe uma representação extensiva. São dimensões que podem ser associadas –concatenadas - formando-se um terceiro objeto da mesma natureza (ex. medidas de comprimento, para as quais se usa o metro)⁷³.

A *medida derivada* é feita de forma indireta, estabelecendo-se a relação de uma medida com outras medidas que possuem unidades-base/medidas extensivas (ex. medida de massa). Isso se dá pelo fato de que nem todos os atributos da realidade permitem uma medida extensiva e, assim sendo, nenhuma medida fundamental deles é possível⁷³.

Há outros atributos presentes nas ciências psicossociais que não podem ser expressos por meio de unidades-base, o que não permite uma medida

fundamental, e tampouco são resultantes de componentes extensivos, também não sendo possível, conseqüentemente, produzir uma medida derivada. Dessa maneira, esses atributos somente podem ser mensurados por meio da **medida de teoria**, a qual se baseia em leis - estabelecimento empírico de uma lei entre duas ou mais variáveis (ex. lei do reforço) - e em teorias científicas - criam-se hipóteses empiricamente testáveis (ex. teoria dos jogos, psicofísica, resposta ao item)⁷³.

Pasquali⁷³ considera que, mesmo diante das dificuldades para se medir atributos psicossociais, há vantagem sobre os métodos puramente qualitativos ou descritivos, pelo menos no que diz respeito a precisão e simulação.

Desse modo, para se obterem medidas de atributos psicossociais, utilizam-se escalas/instrumentos.

A construção de um instrumento deve seguir uma trajetória que inclua, segundo Grey⁷⁵ as seguintes etapas: *definir o construto que será medido; formular os itens; analisar a validade de conteúdo dos itens; desenvolver instruções para os respondentes e usuários; fazer pré-teste dos itens e estimar a confiabilidade e validade.*

Pasquali⁷⁶ apresenta essas etapas de maneira mais didática. Para ele, a construção adequada de um instrumento de medida deve basear-se em três grandes pólos, denominados *procedimentos teóricos*, *procedimentos empíricos* (experimentais) e *procedimentos e analíticos* (estatísticos).

O primeiro diz respeito à fundamentação teórica sobre o construto em investigação (processo de construção); o segundo refere-se

às etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto e à coleta de informações para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento definitivo; já o terceiro inclui as análises estatísticas dos dados visando à validação do instrumento desenvolvido. O autor considera os dois últimos procedimentos como parte do processo de validação de um instrumento.

Enquanto os procedimentos teóricos estão bem descritos, em um artigo do autor⁷⁶, os procedimentos empíricos e analíticos estão apenas esquematizados. Segundo o autor, esses encontram-se em livro ainda não publicado. Mesmo com informações limitadas nas demais etapas do processo de construção, esse modelo apresenta todos os passos a serem percorridos nos procedimentos teóricos mais detalhadamente, tendo sido, portanto, um norteador para o desenvolvimento do presente estudo. Além disso, tem sido um método adotado na elaboração de outras teses^{77,78}, no mesmo programa de pós-graduação.

A seguir, descrevem-se os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos que fundamentaram o desenvolvimento metodológico desta investigação.

I) Procedimentos teóricos para a elaboração de instrumentos

Enfatizando os procedimentos teóricos, Pasquali⁷⁶ afirma que esses devem fundamentar qualquer empreendimento científico. No caso do desenvolvimento de instrumentos de medida, como neste estudo, deve-se explicitar profundamente as teorias a respeito do construto eleito. Segundo o mesmo autor, a teoria ainda é a parte mais vulnerável de muitos instrumentos, trazendo, como consequência, a sua precariedade. Para Pasquali⁷⁶, é obrigação do pesquisador levantar toda a evidência empírica sobre o construto, sistematizá-lo e elaborar uma mini teoria sobre o mesmo, de maneira a guiá-lo na elaboração do instrumento proposto.

Este teorizar implica em compreender e resolver alguns aspectos fundamentais, que permitam a construção adequada do instrumento, quais sejam: *estabelecer a dimensionalidade do construto, definir constitutiva e operacionalmente o construto, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais e análise teórica dos itens*⁷⁶.

a) Estabelecer a Dimensionalidade

Pasquali⁷⁶ afirma que a dimensionalidade do atributo diz respeito à sua estrutura interna, semântica e constitui, talvez, o ponto mais crítico na elaboração de um instrumento. O investigador deve fazer os seguintes questionamentos: “*o atributo constitui uma unidade semântica única ou ele é uma síntese de componentes distintos ou até independente?*” “*deve ser concebido como uma dimensão homogênea ou deve-se nele distinguir aspectos diferenciados?*” O próprio autor esclarece

que as respostas a essas questões advêm da teoria sobre o construto e/ou dos dados empíricos disponíveis sobre ele, sobretudo referentes a resultados de pesquisas que utilizaram a análise fatorial na sua verificação.

b) Definir o construto

Segundo o Psychology Dictionary⁷⁹, construto refere-se a qualquer variável que não pode ser diretamente observada, mas que pode ser medida, por meio de métodos indiretos (ex. inteligência, depressão, atitude etc).

Pasquali⁷⁶ refere que um construto deve ser definido de maneira *constitutiva e operacional*.

A *definição constitutiva* primeira é realizada utilizando-se de outros construtos, sendo a que aparece tipicamente em dicionários ou enciclopédias. Estão no terreno da teoria, do abstrato, mas são de extrema importância na elaboração de instrumentos de medida, pois situam o construto, exata e precisamente, dentro da teoria, dando as balizas e os limites que ele possui, mesmo que não chegue a cobrir toda a amplitude semântica do conceito. Boas *definições constitutivas* permitem avaliar a qualidade do instrumento, ou seja, mede-se melhor ou pior o construto proposto⁷⁶.

Quanto à *definição operacional*, Pasquali⁷⁶ enfatiza que esta deve ser realmente operacional e o mais abrangente possível. A passagem do terreno abstrato para o concreto é precisamente viabilizada por esse tipo de definição,

sendo esse o momento mais crítico da construção dos instrumentos de medida psicológica. É quando se fundamenta a validade do instrumento e se baseia a legitimidade da representação empírica, comportamental e dos traços latentes (os construtos, estrutura psíquica, variável, conceito, atitude e outros). Esta é a fase de elaboração de uma listagem de categorias que representam o construto em investigação, passando-se à etapa de sua operacionalização.

c) Operacionalizar o construto

Como dito anteriormente por Pasquali⁷⁶, esta é uma fase mais concreta e destina-se à construção dos itens, os quais representam a expressão comportamental do construto. É constituída de três premissas: *fonte dos itens, regras de construção dos itens e quantidade de itens*⁷⁶.

1. Fonte dos Itens

Os itens podem ser obtidos por meio da *literatura*, buscando-se outros testes que medem o construto; de *entrevista* junto à população alvo, solicitando que as mesmas opinem em que tipo de comportamento o construto se manifesta, e por meio das *categorias comportamentais*, estabelecidas na etapa das definições operacionais⁷⁵.

Nesse processo, o pesquisador deve selecionar os itens que têm relação com a *definição constitutiva*, previamente definida, investigando sua pertinência à mesma⁷⁶.

2. Regras de construção dos itens

Tendo em mente as fontes onde os itens serão selecionados, Pasquali⁷⁶ apresenta os critérios para construí-los, de forma individualizada. Enfatiza que, dependendo do traço a ser medido, alguns desses critérios podem não ser aplicáveis. Dos doze critérios propostos, os dez primeiros são orientações sobre a construção de cada item e os dois últimos referem-se ao conjunto total dos itens, ou seja, o instrumento como um todo:

- *Critério comportamental:* o item deve expressar claramente um comportamento, uma abstração ou um construto.
- *Critério de objetividade e de desejabilidade:* o item deve cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Deve permitir a preferência, a opinião, os sentimentos e o modo de ser do respondente.
- *Critério da simplicidade:* um item deve expressar uma única idéia, sem expressar justificativa.
- *Critério da clareza:* o item deve ser inteligível a qualquer classe do estrato social da população-alvo que está sendo investigada, utilizando-s frases curtas

e expressões simples. As frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.

- *Critério da relevância* (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): o item deve ser consistente com o construto estudado e com os demais itens, não devendo insinuar um atributo diferente. Este critério diz respeito também à saturação que o item tem com o construto, representada pela carga fatorial ou covariância, quando se realiza a análise fatorial e que constitui a covariância (correlação) entre o item e o fator (traço) sob análise fatorial.

- *Critério de precisão*: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens.

- *Critério de variedade*: deve-se variar a linguagem para evitar a monotonia, confusão e aborrecimento do respondente. Procura-se também variar a quantidade de itens favoráveis e desfavoráveis, a fim de evitar erro da resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala de respostas.

- *Critério da modalidade*: o item não deve conter expressões extremadas, mas preferir as de reação modal.

- *Critério da tipicidade*: o item deve incluir frases com expressões condizentes com o atributo.

- *Critério de credibilidade:* o item deve ser formulado de tal maneira que não pareça ridículo, despropositado ou infantil, pois podem aumentar os erros ou vieses do respondente.
- *Critério da amplitude:* o conjunto dos itens deve cobrir toda a magnitude do contínuo desse atributo, discriminando indivíduos com diferentes níveis de magnitude do traço latente.
- *Critério de equilíbrio:* a distribuição dos itens deve se assemelhar a uma curva normal, uma vez que a maioria dos traços latentes distribui-se dessa maneira.

3. Quantidade de itens

Segundo Pasquali⁷⁶, um instrumento deve ter, pelo menos, **vinete itens**, para cobrir grande parte da extensão semântica do construto, adequando-se a cada tipo de construto investigado. A fim de chegar ao número ideal, deve-se começar com o *triplo* de itens, colocando-se tudo aquilo que parece medir o que se está querendo medir, na fase de seleção dos itens, e refinando-os estatisticamente *a posteriori*.

Nunnally⁸⁰ refere que, se os itens do instrumento são dicotômicos, deve-se ter entre 20 a 30 itens para se obter uma confiabilidade - por meio da consistência interna - de 0,80. Um instrumento final com um total de, pelo menos, 30 itens é necessário para obter alta correlação. Assim sendo, deve-se ter, pelo menos, o *dobro* do número de itens quando se está construindo a

escala, uma vez que muitos podem ser excluídos no decorrer das análises.

Observa-se que esses dois autores têm opiniões diferentes quanto ao número inicial de itens. Todavia, o pesquisador deve ter em mente que o mínimo necessário deve ser o dobro no número de itens que se planeja ter na versão final.

d) Analisar o construto (análise dos itens)

Decorridas as etapas de elaboração dos itens - que é a versão do pesquisador - recomenda-se buscar a opinião de terceiros, o que pode assegurar que a hipótese tem garantia de validade, realizando-se assim, aquilo que Pasquali⁷⁶ denomina *análise teórica*. Essa avaliação é feita por dois tipos distintos de juízes, conforme o tipo de análise que se pretende: *semântica ou de pertinência ao construto*. Esta última é chamada propriamente de *análise de juízes*⁷⁵.

▪ *Análise Semântica dos Itens*

Essa análise tem como finalidade verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população-alvo. Deve-se verificar se os itens são inteligíveis a todos os estratos da população alvo, garantindo a chamada *validade aparente*⁷⁶.

Segundo o mesmo autor⁷⁶, uma das técnicas para se fazer isso é aplicar o conjunto de itens à amostra de, pelo menos, trinta pessoas da população-alvo, seguido-se discussão das dúvidas⁷⁶. Outra maneira mais eficaz é formar um pequeno grupo de 3 ou 4 pessoas da população-alvo, preferencialmente com nível educacional menor, para checar cada item⁷⁶.

Se, ao reproduzir o item, não há dúvida, ele passa a ser considerado como compreendido. Contrariamente, se o item gerar dúvida ou se o pesquisador perceber que o item está sendo interpretado de maneira diferente do que proposto, o item deve ser considerado com problema⁷⁶. Assim, após o pesquisador explicar ao grupo o significado do item, o próprio grupo poderá sugerir como expressá-lo. Os itens que não apresentam dificuldades de compreensão em uma ou, no máximo, duas sessões, não precisam de verificação ulterior. No entanto, aqueles que continuam apresentando dúvidas ou dificuldades em, no máximo, cinco sessões, devem ser descartados. Pasquali⁷⁶, considera importante provocar, pelo menos, uma sessão junto a pessoas da população-alvo com nível educacional melhor, para evitar que os itens apresentem-se demasiadamente primitivos e percam a validade aparente. Para o autor: “*a mulher de César não somente deve ser honesta, mas deve também parecer honesta?*”.

▪ **Análise dos Juízes**

Com esta etapa, chega-se ao final dos procedimentos teóricos para a construção de um instrumento de medida psicossocial. Embora essa análise

seja, por vezes, denominada *análise de conteúdo*, Pasquali⁷⁶ considera que deveria ser chamada de *análise de construto*, uma vez que procura verificar a adequação – conformidade - da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s).

Para realizar essa tarefa, os juízes eleitos devem ser peritos no assunto em questão, pois têm a incumbência de ajuizar se os itens estão ou não relacionados ao construto. Um número de *seis* juízes é suficiente para esse julgamento, devendo haver concordância de, no mínimo, 80% entre eles para cada item⁷⁶.

II) Procedimentos empíricos (experimentais) para a elaboração de instrumentos

Os procedimentos empíricos (experimentais), em conjunto com a análise de conteúdo, realizada pelo comitê dos juízes - parte final dos procedimentos teóricos - constituem o início do processo de validação dos instrumentos, na abordagem psicométrica. Esses procedimentos empíricos objetivam coletar informações que permitam proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. O planejamento e a aplicação constituem as duas etapas incluídas nesses procedimentos⁷⁶.

a) Planejamento e aplicação do instrumento

Essa etapa consiste em preparar as instruções que serão dadas aos respondentes, definir o formato do instrumento-piloto e a maneira que o mesmo deve ser aplicado. Entende-se ser essa etapa fundamental para assegurar a compreensão do instrumento recém construído. Nessa etapa, deve-se também estabelecer o tamanho da amostra para a qual aplicar-se-á o instrumento recém construído. Pasquali não apresenta tal informação e Nunnally⁸⁰ refere não ser possível, de antemão, dizer exatamente quantos sujeitos são necessários para obter-se dados para a análise de itens. No entanto, prescreve o mínimo de 300 casos, preferencialmente 1000 ou mais, e alerta que, se não houver pelo menos cinco casos por item, o resultado pode ser altamente enganoso, nesse processo analítico. Para a análise fatorial, no entanto, esse número mínimo passa a ser dez para cada item do instrumento. No entanto, para estimar esses quantitativos, deve-se considerar o número de itens que compõem o questionário. Quando o instrumento for muito extenso (ex. mais de 70 itens), pode-se considerar um número menor de casos, desde que não inferior a 5 por item.

Hair, Andersin, Tathan *et al*⁸¹, falando sobre a análise fatorial confirmatória, referem que o número mínimo da amostra deve ser, pelo menos, maior que o número de covariâncias ou correlações na matriz de dados de entrada. O mais típico, no entanto, é uma proporção mínima de cinco

respondentes para cada item, considerando-se mais adequada a proporção de 10.

Outros autores⁸² não referem o número de casos por item, mas sim, amostra total de, no mínimo, 200 casos para calcular a confiabilidade.

Dessa forma, percebe-se que o número de respondentes pode variar entre cinco a dez para cada item de um determinado questionário, sendo dez a proporção preferida.

b) Aplicação e coleta de dados

Concluída a fase de planejamento, passa-se à coleta final dos dados, aplicando-se a versão piloto na população alvo, buscando-se atingir o número necessário de respondentes, pois, dessa aplicação, originar-se-á o banco de dados a ser utilizado nos procedimentos analíticos, apresentados a seguir.

III) Procedimentos analíticos (estatísticos) para a elaboração de instrumentos

Os procedimentos analíticos compreendem a última parte dos três grandes fundamentos para a elaboração de um instrumento de medida psicossocial. Esse pólo oferece os procedimentos estatísticos para análise dos dados obtidos na fase anterior, em busca de um instrumento válido, preciso e,

quando aplicado, normatizado⁷⁶. Nesta etapa, cinco aspectos devem ser incluídos: a *dimensionalidade*; a *análise dos itens*; a *precisão da escala*; a *acurácia do instrumento* e o *estabelecimento de normas*⁷⁶.

a) Dimensionalidade

A análise empírica dos dados pode ser realizada utilizando-se a Curva Característica do Item (CCI) - Item Characteristic Curve (ICC) - também conhecida como Teoria de Resposta do Item (TRI) - Item Response Theory (IRT) - por possuir grande vantagem sobre outros métodos tradicionais de análise de itens. A *dificuldade*, a *discriminação* e a *resposta aleatória* são os três parâmetros envolvidos nessa^{73,74}. A teoria supõe que o sujeito possui uma certa magnitude do traço latente, determinada pela análise das respostas dos sujeitos por meio de diversas funções matemáticas^{73,74}.

Entre as suposições que a TRI envolve, a *unidimensionalidade* e a *independência local* são de especial relevância^{73,74}.

Quanto à *unidimensionalidade*, a TRI postula que há apenas uma aptidão responsável - traço latente subjacente a - pela realização de um conjunto de tarefas - itens. No entanto, é pacífico que qualquer desempenho humano é sempre multi determinado ou multi motivado, dado que mais de um traço latente entram na execução de qualquer tarefa. Mas, para satisfazer o postulado da TRI, é suficiente admitir que há uma aptidão dominante⁷³. Em outras

palavras, um conjunto de itens pode estar presente em diferentes fatores, mas em algum deles será dominante.

O postulado da *independência local* afirma que, mantidas constantes as aptidões - traços latentes - que afetam o teste, as respostas dos sujeitos a quaisquer dos itens são estatisticamente independentes. Isso quer dizer que os itens são respondidos em função do traço latente predominante e não em função de memória ou outros traços⁷³. Embora pareça improvável que os comportamentos de um mesmo sujeito não estejam correlacionados, a independência local afirma que, se houver correlação, esta deve-se à influência de fatores outros, secundários, que não o fator dominante. Se esses outros fatores forem controlados - mantidos constantes - o fator dominante será a única fonte de variação e as respostas tornam-se independentes⁷³.

b) Análise dos Itens

A análise dos itens é feita por meio da *Análise Fatorial*⁷⁶, técnica estatística imprescindível para atestar a validade e fidedignidade do instrumento. A análise fatorial é usada para determinar o número de componentes num grupo de dados. Esses componentes são, então, nomeados de acordo com suas características, permitindo ao pesquisador separar as informações em grupos estatísticos⁷⁹, também denominados como subcategorias/subgrupos ou fatores^{83,84}. Em outras palavras, esse sofisticado procedimento estatístico

examina cada questão, dentro de um grupo de questões, para determinar como a mesma junta-se às demais⁸⁴. Assim sendo, um fator é um grupo de itens altamente correlacionados um com o outro²⁵.

c) Precisão do Instrumento (confiabilidade)

Fidedignidade, confiabilidade e consistência são nomes utilizados para indicar a precisão de uma escala e dizem respeito à característica que um teste deve possuir, ou seja, medir sem erros⁷³. Outros nomes para esse parâmetro resultam mais diretamente do tipo de técnica usada na coleta empírica da informação ou da técnica estatística usada para análise dos dados coletados, sendo eles: estabilidade, constância, equivalência e consistência interna.

Segundo Kimura³⁸, confiabilidade pode ser definida como o grau de *coerência e precisão* com que determinado instrumento mede o atributo que está se propondo a medir. De maneira semelhante, Polit, Hungler⁸⁵ utilizam as palavras *coerência e segurança* para defini-la, ao invés de *coerência e precisão*.

Existem alguns fatores que influenciam na avaliação da confiabilidade de um instrumento. Segundo Polit, Hungler⁸⁵, a confiabilidade está associada, em parte, à *heterogeneidade* da amostra. Quanto mais similares os escores da mensuração, revelando *homogeneidade* da amostra, mais reduzido será o coeficiente de confiabilidade. Ela relaciona-se ainda com o número de itens do instrumento⁸⁶: quanto maior o número de itens, maior será sua confiabilidade.

Por outro lado, instrumentos com muitos itens podem tornar-se enfadonhos para os respondentes, podendo também incorrer em erros⁸⁶.

Nieswiadomy⁸⁶ e Burns, Grove⁸⁷ enfatizam que a confiabilidade deve ser continuamente avaliada, sempre que o instrumento é aplicado em diferentes sujeitos e ambientes. Burns, Grove⁸⁷ acrescentam que essa deveria ser uma propriedade avaliada antes que outros testes estatísticos sejam adotados, e seus resultados devem ser referidos nas publicações dos estudos.

A confiabilidade de um instrumento pode ser avaliada de diferentes modos, e essa nomenclatura modifica-se de um autor para outro, como já referido. Bowling⁸⁸, por exemplo, adota os termos *teste-reteste*, *confiabilidade interjuízes*, *consistência interna* e *confiabilidade das múltiplas formas*. Outros autores, como Polit, Hungler⁸⁵, Nieswiadomy⁸⁶ e Burns, Grove⁸⁷ usam os termos *estabilidade*, como sinônimo para teste-reteste, repetitibilidade; *equivalência* como confiabilidade interjuizes (também denominado de *inter-observadores ou inter classificadores*) e *homogeneidade* – para consistência interna. Nunnally, Bernstein⁸⁹, por sua vez, além da *homogeneidade* para a consistência interna, utilizam o que os autores chamam de uma “segunda definição” de confiabilidade, denominando-a *estabilidade ao longo do tempo* (*stability over time*).

LoBiondo-Wood, Harber⁹⁰ apresentam os tipos de medidas que podem ser usados para atestar as formas de confiabilidade, de uma maneira mais didática. Esses são descritos a seguir:

Para analisar a *homogeneidade* pode-se adotar: correlação item total, duas metades, coeficiente de Kuder-Richardson ou coeficiente alfa de Cronbach.

- A *estabilidade* pode ser analisada por meio de: teste e re-teste, forma paralela ou alternativa.

- A *equivalência* por meio de: forma paralela ou alternativa e interobservadores.

Lohr, Aaronson, Alonso *et al*⁹¹ apresentam os seguintes tipos de medidas para a análise da confiabilidade:

- *Consistência Interna (CI)*: coeficientes alfa de Cronbach ou Kuder-Richardson.

- *Reprodutibilidade*: teste e re-teste e interobservadores.

A confiabilidade por meio da CI é baseada em todas as possíveis correlações entre dois conjuntos de itens⁹¹. LoBiondo-Wood, Harber⁹⁰ referem que a CI verifica se determinado grupamento de itens, que estão representando um conceito ou construto, correlaciona-se ou é complementar ao outro. Segundo Nieswiadomy⁸⁶, a *consistência interna* é a extensão com que todos os itens de um instrumento medem a mesma variável, ou seja, todos os itens devem ser consistentes com o construto que está sendo investigado, e esta pode ser atestada por meio do coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach.

Pereira⁹² refere que esse coeficiente trabalha a relação entre covariâncias e variâncias internas das medidas, e parte da premissa de que as correlações são sempre positivas.

Os valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1 e, quanto maior o coeficiente, maior a consistência interna dos itens. Bowling⁸⁸ considera que valores de alfa **inferiores a 0,50** são indicativos de inconsistência. Já Polit, Hungler⁸⁵, consideram um instrumento satisfatório quando apresenta coeficientes **acima de 0,70**, preferindo-se valores de 0,85 a 0,95.

Outros autores^{80,89} afirmam que coeficientes alfa muito baixos podem ser devidos a número pequeno de itens no instrumento ou a baixa relação entre. Nessas situações, não adianta fazer outras medidas de confiabilidade, por exemplo, formas alternativas, por que essas provavelmente comprovarão baixa confiabilidade. Quando o coeficiente alfa for baixo para um teste, uma correlação relativamente alta entre um teste e re-teste pode não ser indicativo de alta confiabilidade.

Visto que o coeficiente alfa provê uma boa estimativa de mensuração de confiabilidade, na maioria das situações, a maior fonte dos erros de medida deve ser mesmo o conteúdo da amostragem. No entanto, a magnitude do alfa depende do tipo de construto. Em estágios iniciais de uma pesquisa predição ou validação de construto, o “modesto” alfa de **0,70** é suficiente⁸⁹. LoBiondo-Wood⁹⁰, também considera que um alfa de Cronbach nesse valor é adequado

para um instrumento nos estágios iniciais de desenvolvimento. Para Rust, Golombok⁸² seja qual for o tipo de confiabilidade que está sendo usado, exige-se um coeficiente de, pelo menos, **0,70**.

De acordo com Rust, Golombok⁸², o nível de confiabilidade depende em que tipo de população alvo está sendo aplicado o instrumento. Quando um instrumento é aplicado em amostras específicas, os coeficientes são muito menores que quando aplicados em uma população geral. Geralmente, quanto maior é o desvio padrão de um grupo, maior a confiabilidade do teste.

Outra maneira de verificar a confiabilidade de um instrumento é por meio do *teste re-teste*, cuja finalidade é atestar a estabilidade ou reprodutibilidade do instrumento, através do tempo. Para tanto, o mesmo instrumento é aplicado duas vezes na mesma pessoa, em período de tempo suficiente para que ela esqueça das respostas originais, a fim de comparar os escores obtidos^{85,86,87}. Por outro lado, períodos demasiado longos podem comprometer a estabilidade do instrumento pela ocorrência de fatos que influenciem o fenômeno avaliado, como no caso da QV.

Segundo Polit, Hungler⁸⁵, um dos problemas do teste e re-teste é exatamente o fato das respostas dos sujeitos, no segundo teste, poderem ser influenciadas pela memória das próprias respostas, emitidas na primeira aplicação, o que pode gerar um coeficiente falsamente elevado. Além disso, as pessoas podem fazer objeções de serem avaliadas duas vezes, com o mesmo

instrumento. Preconiza-se, então, aplicar o re-teste num intervalo de duas semanas a um mês.

A confiabilidade teste e re-teste pode ser analisada por meio de testes estatísticos que medem a concordância, sendo o Kappa e a correlação intraclasse (ICC) os mais comumente utilizados. Enquanto o Kappa é usado para avaliar variáveis categóricas⁹³, o ICC avalia a concordância entre variáveis intervalares⁹¹. Ambos variam de -1 a +1 e zero indica não haver concordância além do acaso; 1 é concordância perfeita⁹⁴. No teste re-teste, alta correlação entre as medidas indica alta confiabilidade^{85,86,87}.

d) Acurácia do instrumento (Validade)

Além da precisão do instrumento, é fundamental a avaliação de sua acurácia ou validade.

A **Validade** refere-se à extensão com a qual determinado instrumento realiza ou não a medida proposta^{26,86,87,88}. O instrumento é válido quando reflete verdadeiramente o construto que ele supõe medir⁹⁵. Burns, Grove⁸⁷ referem que a validade varia de uma amostra para outra, como também de uma situação para outra. Conforme as mesmas autoras, nenhum instrumento é completamente válido e, portanto, deve ser atestada sua validade em todos os estudos, assim como a confiabilidade.

Fletcher, Fletcher, Wagner⁹⁶ afirmam que o resultado de uma aferição corresponde ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos e que, as observações clínicas, que podem ser aferidas por meios físicos, são relativamente mais fáceis de serem validadas (ex. glicemia, sódio, potássio e outros). Para estabelecer validade de aferições, que não podem ser confirmadas diretamente a partir de sentidos físicos - como as escalas de QV - utilizam-se outras estratégias gerais, denominadas validade de *conteúdo*, *de critério* e *de construto*. Segundo Bowling⁸⁸, um dos aspectos mais problemáticos da avaliação da validade de instrumentos está relacionado com os próprios termos empregados.

- **Validade de conteúdo**

A maioria dos estudos de validação começa referindo-se à validade de conteúdo²⁵. Fletcher, Fletcher, Wagner⁹⁶ definem a *validade de conteúdo* como o grau em que determinado instrumento inclui todas as dimensões do construto que se pretende aferir e nada mais. Para McDowell, Newell²⁵, ela consiste na amplitude ou quão adequadamente uma amostra de questões reflete os objetivos do índice que foi especificado na definição conceitual. Polit, Hanger⁸⁵ consideram que o pesquisador deve fazer a seguinte indagação: *dentro do universo de todas as perguntas que poderiam ser elaboradas sobre o construto que se deseja medir, quão representativas são as perguntas incluídas no instrumento?*

Para a validade de conteúdo ser alcançada, obtêm-se subsídios da literatura, opiniões da população alvo e de indivíduos considerados especialistas no assunto investigado⁸⁵. Para Pasquali⁷⁶, em seu modelo teórico, a validade de conteúdo compõe os procedimentos teóricos e é conferida por meio das *análises semânticas* e *de pertinência dos itens*, realizadas pela população alvo e pelos especialistas (comitê de juízes), respectivamente.

Embora a validade de conteúdo também possa envolver análises estatísticas, nem sempre elas são realizadas, iniciando-se somente a partir dos estudos da validade de critério²⁵.

▪ **Validade de Critério**

A *validade de critério* é obtida pela comparação entre os resultados oriundos de um determinado estudo, com outra escala de medida considerada “padrão ouro” ou com um indicador da verdadeira situação. Por intermédio da validade de critério, pode-se testar a acurácia de um instrumento como um todo ou de cada uma das questões que o compõem²⁵.

Esta forma de validade é dividida em *concorrente* e *preditiva*^{25,26}, conforme o critério refere-se a uma avaliação corrente ou futura²⁵.

A *validade de critério concorrente* relaciona-se à aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos e posterior análise dos escores obtidos²⁵. Em outras palavras, LoBiondo-Wood,

Harber⁹⁰ definem esse tipo de validade como o grau de correlação entre duas medidas sobre um mesmo conceito, administradas ao mesmo tempo. Alta correlação indica concordância entre as duas medidas. McDowell, Newell²⁵ clarificam com o seguinte exemplo: um questionário de dificuldades auditivas pode ser comparado com os resultados de um teste audiométrico.

A *validade de critério preditiva* de um instrumento diz respeito à sua capacidade de prever comportamentos futuros⁸⁴. Esse tipo de validade é aplicado em estudos prospectivos, onde as medidas realizadas no começo do estudo são comparadas com os resultados subseqüentes. Como demanda um longo investimento, raramente é usada. Além disso, existem problemas lógicos com essa validação em saúde, uma vez que as intervenções realizadas aos indivíduos com maiores riscos, durante o período do estudo, provavelmente alteram os resultados preditos, fazendo com que o teste erroneamente apareça como inválido²⁵. Desse modo, esses mesmos autores recomendam que os testes preditivos sejam realizados num curto espaço de tempo.

▪ **Validade de construto**

Nieswiadomy⁸⁶ define a *validade de construto* como o grau com o qual um instrumento mede o construto estabelecido.

A validade de construto é considerada como a mais difícil de ser medida, constituindo uma das tarefas mais desafiadoras que um pesquisador

deve enfrentar⁸⁵. A indagação para esse tipo de validade deve ser: *qual construto o instrumento está, realmente, mensurando?*⁸⁵ Segundo Fletcher, Fletcher, Wagner⁹⁶, a validade de construto existe somente se os resultados de uma escala variam de acordo com outras aferições sobre o mesmo fenômeno. Tomando como exemplo a escala de dor, o pesquisador pode mostrar que as respostas de uma escala como essa estão associadas a outras manifestações da intensidade da dor, como sudorese, gemido, estremecimento e solicitação de analgesia.

Para Bowling⁸⁸, a validade de construto é tida como relevante em estudos onde as variáveis não podem ser diretamente observadas - como a QV - sendo dividida em *validade convergente e validade discriminante*.

A *validade de construto do tipo convergente* é obtida comparando-se o instrumento com outro(s) que mede(m) o mesmo conceito, sendo aplicado(s) concomitantemente. Esse tipo de validação é particularmente importante na elaboração de novos instrumentos, sendo utilizadas correlações, cujos valores variam de 0 a +1⁸⁵.

A *validade de construto do tipo discriminante* refere-se à extensão na qual os escores obtidos com a aplicação de um instrumento distinguem indivíduos ou populações onde se espera obter a diferença (ex. pessoas com e sem doença)²⁶. Esta não requer que o construto correlacione-se com variáveis não similares⁸⁶.

d) Estabelecimento de normas

Refere-se à necessidade de uniformidade em todos os procedimentos, no uso de um teste válido e preciso, e envolve desde as preocupações a serem tomadas na aplicação do instrumento até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados. As normas são estabelecidas por meio dos escores obtidos de uma amostra representativa da população, uma vez que nem sempre se consegue conhecer os escores da população (normas intragrupo)⁷⁴.

Infelizmente, ainda não temos publicado no Brasil estudos para estabelecimento de normas.

A partir da revisão da literatura sobre a construção de instrumentos de medida para a realização deste estudo, optou-se por adotar os procedimentos propostos por Pasquali⁷⁶ - previamente apresentados no capítulo cinco - com algumas modificações. A escolha deveu-se à abordagem mais didática do autor e por ter sido um método testado em outras teses, no mesmo programa de pós-graduação^{77,78}, conforme mencionado no capítulo anterior.

Este capítulo descreve, primeiramente, o tipo de estudo, procedimentos éticos, período e locais de sua realização e critérios de elegibilidade da população alvo e, a seguir, os procedimentos *teóricos*, *empíricos* e *analíticos* utilizados nesta investigação.

6. Método

6.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo metodológico^{85,90}, com abordagem quantitativa.

Polit, Hanger⁸⁵ conceituam estudo metodológico como “investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa”. Assim, pode-se considerar que esse conceito aplica-se tanto para estudos de construção como de adaptação de instrumentos de medida, neste caso, de QV.

6.2 Procedimentos Éticos

A finalidade deste estudo pauta-se na disponibilização de versão do IQVFP para pessoas com feridas. Desse modo, antes da elaboração deste projeto, solicitou-se autorização formal às detentoras dos direitos autorais do IQVFP - Dras Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers, obtendo-se resposta favorável (Apêndices 1 e 2).

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP (Anexo A).

Para a obtenção de autorização dos campos onde se desejava realizar as entrevistas, primeiramente a pesquisadora fez contatos prévios por telefone ou e-mail. Para aquelas que exigiram que o projeto fosse analisado pelo CEP local, seguiram-se os procedimentos solicitados pelos mesmos. Para as demais instituições que aprovaram a coleta de dados aceitando o parecer do CEP da

EEUSP, enviou-se o projeto com a carta de aprovação do comitê. Das 16 instituições onde o estudo foi realizado, somente duas (Anexos B e C) exigiram a submissão do projeto em seus comitês locais.

Todos os aspectos éticos necessários para pesquisa com seres humanos foram respeitados e serão apresentados mais adiante.

6.3 Período e Locais do Estudo

O estudo de campo foi realizado entre 6 de setembro e 25 de novembro de 2005. Dessa fase, participaram dezesseis instituições, localizadas no estado de São Paulo, Minas Gerais e Ceará (Quadro I) que, por escrito (Anexos de D a N) ou verbalmente, aceitaram participar da pesquisa.

Quadro I: Instituições que participaram do estudo. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005

Local	Município	Estado	Rede
Ambulatório de Vascular da Unidade de Especialidade em Saúde	São José dos Campos	SP	Pública
Ambulatório de Vascular do Hospital Santa Marcelina	São Paulo	SP	Filantrópica
Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Alvorada de Santo Amaro	São Paulo	SP	Privada
Ambulatório de Cirurgia do Complexo Hospitalar Padre Bento	Guarulhos	SP	Pública
Ambulatório de Cirurgia do Hospital Cruz Azul	São Paulo	SP	Privada
Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina)	São Paulo	SP	Pública
Ambulatório de Reabilitação do Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Sorocaba	SP	Pública
Clínica Vascular	Santo André	SP	Privada
Clínica Jabaquara (SOPKO)	São Paulo	SP	Privada
Serviço de Estomaterapia da Enfmedic Saúde	São Paulo	SP	Privada
Serviço de Estomaterapia da Clínica Integrada Multiprofissional	Americana	SP	Privada
Unidades Básicas da Secretaria Municipal de Divinópolis	Divinópolis	MG	Pública
Unidade de Lesão de Pele da Escola de Enfermagem Wenceslau Brás	Itajubá	MG	Filantrópica
Núcleo de Assistência e Ensino de Enfermagem do Hospital das Clínicas Samuel Libânio	Pouso Alegre	MG	Pública
Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Municipal de Maracanaú	Maracanaú	CE	Pública
Clínica São Bento	Fortaleza	CE	Privada

Para a coleta de dados foram solicitados ambulatorios, clínicas ou consultórios de instituições, tanto da rede pública quanto privada, onde a pesquisadora possuía contatos profissionais. A coleta, em diferentes regiões do país, foi importante para averiguar a compreensão do questionário, em culturas diferentes, e obter a amostra necessária para testar as propriedades psicométricas da versão feridas.

6.4 Critérios de Elegibilidade

A população alvo deste estudo foi composta de pessoas com feridas que se enquadraram nos seguintes critérios de elegibilidade:

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- possuir ferida de qualquer etiologia, exceto as existentes em pacientes com câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida e queimaduras muito extensas. Essa exclusão fez-se necessária, pois são condições que, *a priori*, geram elevado impacto na vida das pessoas, podendo interferir na influência ou significado específico da lesão em relação à QV – objeto do estudo;
- ter condições físicas e mentais para responder à entrevista e
- consentir em participar do estudo (Anexo O).

6.5 Procedimentos para a elaboração da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP-VF)

Diante da incerteza de se o que se pretendia fazer seria uma *construção*, *re-construção* ou *adaptação* de um instrumento de avaliação de QV – a partir de um instrumento base - adotaram-se os mesmos pressupostos para a construção de um novo instrumento, conforme abordados adiante.

A seguir, apresenta-se a construção do instrumento, segundo a trajetória proposta.

I) Procedimentos Teóricos

a) Estabelecer a Dimensionalidade

Como descrito no capítulo 5, essa etapa visa a estabelecer a dimensionalidade do construto, defini-lo constitutiva e operacionalmente e operacionalizá-lo em tarefas comportamentais, bem como realizar a análise de conteúdo⁷⁶.

Neste estudo, o construto investigado é a QV, com suas características já discutidas de multidimensionalidade, subjetividade, polissemia, além de temática de múltiplas investigações, em todas as áreas do conhecimento humano.

b) Definir o Construto: *constitutiva e operacionalmente*

Adotou-se como *definição constitutiva*, a mesma proposta por Ferrans e Powers, autoras do IQVFP¹⁶, uma vez que é a mais congruente com a abordagem individualista, que fundamentou o desenvolvimento do instrumento, em sua versão original. Desse modo, a qualidade de vida de pessoas com feridas é entendida como “*a sensação de bem-estar de uma pessoa, que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela*”. Detalhes sobre a construção deste instrumento foram apresentados no capítulo 5.

Quanto à *definição operacional (inclusão de itens)*, a maior parte dessa etapa foi realizada por Ferrans e Powers¹⁶, no processo de desenvolvimento da escala genérica (Anexo P). Infelizmente, não foram encontradas publicações relacionadas aos procedimentos metodológicos empregados na construção das versões específicas do IQVFP. Mesmo existindo artigos com aplicação dessas escalas específicas^{97,98,99}, as referências são feitas à tese de doutoramento da autora, à qual não foi possível o acesso. Também não foram localizados artigos, na vertente da psicometria, sobre os procedimentos a serem empregados quando se deseja apenas incluir itens em um instrumento pré-existente.

A fim de proceder à inclusão de itens, primeiramente analisou-se a estrutura das versões específicas do IQVFP, disponíveis no site da

autora^{*}. Notou-se que todas as versões são formadas por praticamente toda a estrutura da versão genérica, sendo acrescentadas apenas entre duas a cinco questões complementares, relativas à população alvo. Exceção à versão câncer III, que é exatamente réplica da versão genérica.

Desse modo, optou-se em manter todas as questões da versão genérica e acrescentar novos itens de interesse para a medir a QV da população alvo do estudo.

Esses novos itens foram obtidos por meio da literatura específica existente, em estudos qualitativos e quantitativos - publicados nos periódicos indexados e presentes nas bases de dados acessíveis e disponíveis na biblioteca da EEUSP - incluindo outros instrumentos para avaliar a QV de pessoas com determinados tipos de feridas, já citados, bem como versões específicas do IQVFP. Além da literatura, também foram consideradas a vivência clínica da pesquisadora e discussões com colegas e pacientes.

Diversos aspectos foram encontrados e que serviram de subsídios para a criação da versão piloto, os quais podem ser verificados no Quadro II.

^{*} www.uic.edu/orgs/qli

Quadro II: Fontes de extração de itens para a versão feridas.

Autor	Objeto de estudo	Variável relacionada à ferida
Yamada ²	QV em úlceras venosas	Dor, vergonha das pernas, complexos, limitação na escolha de calçados e roupas, limitação na locomoção e lazer, dependência de cuidadores, isolamento social, alterações na imagem corporal
Flett, Harcourt, Alpass ³	Úlceras crônicas de perna em idosos	Dor, alterações na mobilidade, preocupações com a saúde, baixa auto-estima
Philips, Stanton, Provan, Lew <i>et al</i> ⁴	Úlceras de perna	Isolamento social, nervosismo, depressão, auto-estima negativa, raiva com o tempo gasto com os curativos
Lamping ⁶	QV em úlceras venosas	Vida social, alteração nas atividades diárias
Hofman <i>et al</i> ⁷	Úlcera venosa	Dor
Krasner ^{8,9}	Úlcera venosa	Sensação de frustração, reflexo negativo no trabalho, necessidade de modificação de hábitos, aumento da sensibilidade, dor
Nail, Munjas ¹⁰	Feridas crônicas	Isolamento, dificuldades para andar, dor, perda de sono, odor e vazamento, tempo de ulceração e desesperança
Piper, Szczepaniak, Templin ¹¹	QV em úlceras venosas	Tamanho da ferida, dor, sofrimento psicossocial, Dificuldade de relacionamento, estresse psicológico, dificuldade de exercer atividades, interferência da dor, no controle de sentimentos
Yamada, Santos ¹²	Úlcera venosa	Isolamento social, principalmente no trabalho e lazer, aspectos econômicos, dependência, rejeição do companheiro, medo, insegurança, imagem corpórea comprometida, odor
Launois, Reboul-Marty, Henry ³¹	Instrumento para insuficiência venosa	Limitação no trabalho, distúrbios do sono, embaraçamento com as pernas, cansaço vida social
Vytautas, Rimdeika, Jasenas, Samsanavicius ⁶⁴	QV em úlceras venosas	Dor, distúrbios do sono, desconhecimento da causa da ferida
Chase <i>et al</i> ⁶⁶	Úlcera de perna	Redução da produtividade, limitações na mobilidade, isolamento social, mudança no estilo de vida, despesas com procedimentos, tratamento prolongado, dieta, exercício, perda da capacidade de desenvolver atividades rotineiras como se vestir, alimentar, higienizar, desconhecimento da causa da ferida
Lindholm ⁶⁷	Úlcera de perna	Dor, reações emocionais, isolamento social e restrição física (principalmente em homens)
Ribu, Wahl ⁶⁸	Úlcera diabética	Dor, insônia, fadiga, limitação da mobilidade, isolamento social e solidão, restrição, perda do controle e temor a respeito do futuro
Beitz, Goldberg ⁶⁹	Feridas crônicas	Dor, perda de mobilidade, receber cuidado, mudança no apetite, demora na cicatrização
Szor, Bourguignon ⁷⁰	Úlcera por pressão	Dor
Dallan <i>et al</i> ⁷¹	Úlcera por pressão	Dor
Quirino, Santos, Quednau, Martins, Lima, Almeida ⁷²	Úlcera por pressão	Dor em todos os pacientes avaliados
Pasero ¹⁰⁰	Úlcera por pressão	Dor
Krasner ¹⁰¹	Úlcera por pressão	Dor
Bush ¹⁰²	Úlcera por pressão	Impacto psicoespiritual, dor, necessidade de conhecimento sobre a UP
Popescu, Salcídio ¹⁰³	Dor em feridas	Dor
Feedman <i>et al</i> ¹⁰⁴	Úlcera por pressão	Dor
Hedner <i>et al</i> ¹⁰⁵	Instrumento para pós-trombose	Dor, edema de tornozelo, limitação das atividades físicas, distúrbio do sono, problemas na dieta

Langemo ¹⁰⁶	Úlcera por pressão	Impacto psíquico, social, financeiro, auto-estima, mudanças de hábitos, dificuldade de relacionamento, depressão, nutrição, necessidade de cama especial, limitações nas posições de descanso, modificações no vestuário, incômodo com odor e exsudato
Searle <i>et al</i> ¹⁰⁷	Úlcera diabética	Dificuldade de mobilidade, dependência, perda do convívio social, medo, depressão
Walshe ¹⁰⁸	Úlcera de perna	Dor como fator limitante para caminhar e sair
Walters, Morrell, Dixon ¹⁰⁹	Úlcera de perna	Dificuldade de locomoção
Morgan <i>et al</i> ¹¹⁰	Úlcera venosa	Estresse e demandas, indisposição
Nemeth <i>et al</i> ¹¹¹	Úlcera venosa	Dor
Kjaer <i>et al</i> ^{112,113}	Úlcera venosa	Cuidados recebidos. Recorrência, dor, tempo de cicatrização
Trent <i>et al</i> ¹¹⁴	Úlcera venosa	Longo tempo para cicatrização, efeitos negativos na QV, debilitante, difícil tratamento
Thomas ¹¹⁵	Dor e manejo de feridas	Dor
Freedman, Entero, Brem ¹¹⁶	Feridas crônicas	Dor como obstáculo para a cicatrização, morbidade
Doughty ¹¹⁷	Dor em feridas crônicas	Dor
Pediani ¹¹⁸	Dor em ferida aguda	Efeito da dor na cicatrização
Senecal ¹¹⁹	Dor e cuidados	Dor associada a cuidados locais
Rook ¹²⁰	Dor e crônicas	Dor
Jakobson, Hallberg, Westergren ¹²¹	QV em idosos acima de 85 anos	Dor afetando negativamente a QV
Jones ¹²²	Dor relacionado a cuidados locais	Dor
Willians ¹²³	Dor em úlcera por pressão	Dor
Neil, Barrell ¹²⁴	Feridas crônicas	Dor causando alterações físicas e emocionais. Isolamento social, incapacidade para o trabalho. Alteração na imagem corporal
Bogensberger, Eaglstein, Kirsner ¹²⁵	Úlceras crônicas de perna	Causa de morbidade e difícil tratamento
Orsted, Campbell, Keast, Coutts, Sterlin ¹²⁶	Feridas crônicas	Demora em cicatrizar, depressão, ansiedade, medo
Reddy, Kohr, Quenn, Keast, Sibbald ¹²⁷	Ferida por trauma	Dor causa aflição, influencia a habilidade funcional e QV relacionada à saúde
Ryan, Eager, Sibbald ¹²⁸	Úlcera venosa	Dor como impacto na QV
Sibbald, Armstrong, Orsted ¹²⁹	Pé diabético	Dor
Reddy, Keast, Fowler, Sibbald ¹³⁰	Úlcera por pressão	Dor
Grocott, Browne, Cowley ¹³¹	QV e Feridas fúngicas	Odor, exsudato
Price ¹³²	Feridas crônicas	Dor
Lorimer, Harrisom, Graham, Frieberg, Davies ¹³³	Úlcera venosa	Crônicas, recorrentes, associada com outras necessidades de cuidados
Pittman ¹³⁴	Ferida crônica e a família	Estresse, frustração, tristeza, ansiedade, isolamento, dor (de cabeça, estômago, nas costas), diminuição do desejo sexual, alteração na dinâmica familiar, despesas financeiras, alterações na habilidade para tomar banho, odor e exsudação, gasto de tempo com cuidados locais, alterações do sono
Franks, McCullagh, Moffat ¹³⁵	Úlcera venosa	Desânimo, dor, alterações emocionais, isolamento social, dificuldade do sono e da mobilidade
Persoon <i>et al</i> ¹³⁶	Úlcera de perna	Impacto negativo na funcionalidade psicológica, perda do convívio social, imobilidade, distúrbios do sono, desânimo, limitações no trabalho e restrições de atividade, tristeza e frustração

Lewis-Jones, Finlay, Dykes ¹³⁷	Dermatite atópica	Distúrbios do sono, exaustão, descontrolo emocional, depressão
Chase, Melloni, Savage ¹³⁸	Úlcera venosa	Limitação quanto a mobilidade, restrições de atividades, mudança do estilo de vida, dificuldades em relacionamentos, insatisfação pessoal
Smith, Guest, Greenhalgh ¹³⁹	Instrumento para avaliar QV em úlcera venosa	Melhora da QV pós-cicatrização
Pieper, DiNardo ¹⁴⁰	Úlcera de perna	Preocupação com a saúde, dor, problemas financeiros
Franks, Winterberg, Moffat ¹⁴¹	QV relacionada a saúde em UP	Alterações na função física e social, alteração no autocuidado, mobilidade
Franks, Moffat ¹⁴²	QV entre grupos	Maior impacto em jovens
Piggin ¹⁴³	Feridas fúngicas	Odor fétido, isolamento social, alterações na auto-imagem
Bird ¹⁴⁴	Feridas fúngicas	Sofrimento mental, alteração da auto-imagem
Ferrans e Powers*	IQVFP versão síndrome da fadiga crónica III	Não ter esposo, companheiro ou namorado
Ferrans e Powers*	IQVFP versão lesão medular III	Não ter esposo, companheiro ou namorado
Ferrans e Powers*	IQVFP versão diabetes III	Mudanças que precisa fazer na vida devido ao diabetes (<i>tais como dieta, exercício, tomar insulina ou comprimidos, controlar glicemia</i>)
Ferrans e Powers*	IQVFP versão cardíaca III	Mudanças que precisa fazer na vida devido aos problemas no coração (<i>como exemplo: dieta, atividade física, e/ou fumar</i>)
Ferrans e Powers*	IQVFP versão diálise III	Mudanças que precisa fazer na vida devido à falência renal (<i>tais como dieta, necessidade de diálise</i>)
Ferrans e Powers*	IQVFP versão transplante de fígado III	Mudanças que precisa fazer na vida devido ao transplante de fígado
Ferrans e Powers*	IQVFP versão pulmonar III	Mudanças que precisa fazer na vida devido à condição pulmonar

* Fonte: www.uic.edu/orgs/qli

Analisando-se minuciosamente os estudos encontrados, percebeu-se que diversos aspectos psicossociais, apresentados pelas pessoas com feridas e referidos nos estudos (Quadro II), têm correspondência com alguns dos itens constantes na versão genérica do IQVFP.

Ao serem selecionados os aspectos julgados pertinentes à população com feridas, realizou-se o enquadramento dos mesmos nos domínios do IQVFP. Aqueles relativos às feridas foram inseridos no domínio *saúde e funcionamento*. Com base em outras versões específicas do IQVFP, os itens *ter filhos e ter esposo(a), namorado(a), companheiro(a)*, pertencentes ao domínio *família*,

foram desdobrados – *ter* e *não ter*. Achou-se essa conduta pertinente a fim de não se excluírem as pessoas da população alvo que não se enquadram no critério estabelecido na versão genérica. Os demais domínios foram mantidos como na versão original.

Esses novos itens originaram a **versão piloto I** (Anexo Q), composta de 43 itens, submetida à análise pelo comitê de juizes.

c) Análise dos Itens

A análise dos itens foi feita em dois momentos distintos. A primeira objetivou a avaliação da *validade de conteúdo* e a *análise semântica* – comitê de juizes - enquanto a segunda, somente para a *avaliação semântica* – grupo focal.

▪ Validade de Conteúdo e Análise Semântica

Esse procedimento foi realizado por um *comitê de juízes* (CJ) formado por especialistas que avaliaram a *pertinência conceitual dos itens e sua relação com os domínios*, mas também a *semântica*.

Como não foi possível escolher juízes que tivessem título mínimo de doutor e fossem especialistas em ambas áreas (feridas e QV), adotaram-se os seguintes critérios: *ser médico e/ou enfermeiro especialista na área de feridas e/ou qualidade de vida e validação de instrumentos; ter, no mínimo, o título de doutor e concordar em participar da avaliação do instrumento piloto.*

Estabelecidos os critérios, adotou-se o seguinte procedimento:

- contato prévio com dez profissionais (oito enfermeiros e dois médicos), convidando-os a participar do estudo;
- envio, por e-mail, de uma carta formalizando o convite (Anexo R), o IQVFP versão genérica III (Anexo P) e o IQVFP feridas na **versão piloto I** (Anexo Q), àqueles que consentiram em participar do comitê de juizes.

Cinco juizes devolveram os instrumentos no tempo previsto, sendo essas respostas às consideradas para análise. Todos os juizes eram enfermeiros, dos quais dois especializados em feridas e os demais em QV /validação de instrumentos. Adotou-se o nível de concordância de, no mínimo, 80% entre as respostas.

▪ ***Análise Semântica***

Concluída a análise de concordância entre os membros do CJ, procedeu-se à nova análise semântica dos itens, desta feita, com o *comitê de juizes da população alvo (CJP)*. Para tanto, utilizou-se o *grupo focal (GF)*, aplicando-se a **versão piloto II** (Anexo S).

Neste estudo, padronizou-se fazer um GF heterogêneo, de conveniência, composto por pessoas com diferentes níveis social e de escolaridade e distintos tipos de feridas, porém, desde que enquadrados nos critérios estabelecidos para a população alvo, do estudo de campo.

Dez pessoas foram convidadas, pessoalmente ou por telefone, para compor o GF. Todos eram pertencentes ao consultório da pesquisadora e de uma cirurgiã vascular que conhecia o projeto. Para aquelas que moravam distante ou que tinham problemas para chegar ao local, a pesquisadora providenciou condução para trazê-los e, ao final, levá-los aos seus destinos.

A reunião ocorreu com um grupo de seis pessoas, no auditório do condomínio onde fica o consultório da pesquisadora. Enquanto aguardava-se a chegada de todos, manteve-se o local com atmosfera harmoniosa, calma e com música ambiente. O perfil da amostra está apresentado no (Quadro III).

Quadro III: Perfil das pessoas que compuseram o grupo focal. São Paulo, 2005									
PC	S	ID	EC	GI	SFT	DB	DU	NF	TF
1	F	41	Casada	Superior incompleto	Estudante	Hipotireoidismo	2 meses	1	Deiscência de ferida operatória
2	F	53	Casada	Ensino médio incompleto	Dona de casa	Diabetes, hipertensão arterial, neuropatia periférica, doença arterial periférica	1 ano	4	Diabética
3	M	55	Casado	Fundamental incompleto	Trabalha sem carteira assinada	Insuficiência venosa crônica	10 anos	1	Venosa
4	F	64	Viúva	Fundamental incompleto	Dona de casa	Hipertensão arterial insuficiência venosa crônica	10 meses	1	Venosa
5	F	67	Divorciada	Fundamental incompleto	Dona de casa	Hipertensão arterial insuficiência venosa crônica	8 anos	1	Venosa
6	F	76	Viúva	Fundamental completo	Aposentada	Hipertensão arterial insuficiência venosa crônica, diabetes mellitus II, púrpura, artrose	9 meses	2	Venosa
Legenda: PC (paciente), S (sexo), ID (idade em anos) EC (estado civil), GI (grau de instrução) SFT (situação frente ao trabalho), DB (doença de base), DU (duração da úlcera) NF (número de feridas), TF (tipo de ferida)									

O grupo foi coordenado pela pesquisadora e secretariado por uma monitora. Ao ser iniciada a reunião, novamente fizeram-se os devidos esclarecimentos a respeito dos objetivos da pesquisa e como seria feita a dinâmica. A seguir, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo T), autorização para gravação da reunião bem como o preenchimento de uma ficha de dados.

A dinâmica consistiu na apresentação e discussão dos itens e questionamento, a cada uma das pessoas se, o que estava escrito, era compreensível para ela. A reunião foi gravada e anotada por uma assistente – cuja presença foi mencionada e autorizada pelos presentes - tendo duração de 85 minutos.

Depois da análise dos relatórios do GF, elaborou-se a **versão piloto III** (Anexo U), adotada para realizar o pré-teste.

d) Pré-teste

A adoção de um pré-teste visa a averiguar se os instrumentos necessitam de ajustes quanto à clareza dos itens para os respondentes, bem como à familiaridade do pesquisador com os mesmos. Quanto à forma de aplicação, a pesquisadora já possuía experiência com o instrumento genérico, quando entrevistou amostra de 89 pessoas com úlcera venosa, pertencentes a serviços públicos, localizados no município de São Paulo². Todavia, como o estudo

envolveu inclusão de itens, realizou-se um pré-teste, objetivando a verificação dos itens. Foi realizado com amostra de **12 pacientes** de três instituições, sendo duas localizadas em São Paulo (*Hospital Alvorada e Santa Marcelina*) e uma em Minas Gerais (*Núcleo de Assistência e Ensino de Enfermagem do Hospital das Clínicas Samuel Libânio*). O tamanho dessa amostra foi baseado na experiência anterior da pesquisadora na aplicação da versão genérica do IQVFP². Nieswiadomy⁸⁶, refere que 10 sujeitos é um número razoável.

Embora essas versões piloto tenham passado por duas avaliações semânticas, constatou-se que algumas pessoas ainda apresentavam dificuldades para compreender alguns termos. Dois itens tiveram problemas na parte de importância e precisaram ser reformulados. Os resultados desta etapa são discutidos no capítulo 7.

Com o pré-teste, concluem-se os procedimentos teóricos e passa-se aos procedimentos denominados empíricos.

II) Procedimentos Empíricos

Os procedimentos empíricos dizem respeito à aplicação do instrumento piloto - obtido na etapa dos procedimentos teóricos – à população alvo.

Neste estudo, foram necessárias duas aplicações do IQVFP-VF, em situações distintas. A primeira aplicação objetivou compor uma amostra representativa da população (*amostra teste*), enquanto a segunda, uma reaplicação

num período de tempo pré-estabelecido, numa amostra previamente entrevistada (*re-teste*).

a) Seleção dos Pacientes

A fim de realizar esse procedimento, fez-se a seleção dos pacientes seguindo os critérios de elegibilidade propostos para o estudo e já apresentados. Seleccionaram-se os pacientes presentes nos serviços para realização dos curativos ou consultas.

Os dados sócio-demográficos e clínicos foram obtidos dos prontuários e, quando indisponíveis, junto aos médicos, enfermeiros ou aos próprios pacientes.

b) Instrumentos Utilizados

Adotaram-se, como instrumentos, um questionário idealizado pela pesquisadora para coletar os *dados sócio-demográficos e clínicos* (Anexo V), o *IQVFP na versão feridas piloto IV* (Anexo W) e o instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-bref (Anexo X).

Com relação ao preenchimento do IQVFP, além dos aspectos gerais discutidos no capítulo anterior, alguns cuidados foram observados visando ao rigor na análise posterior dos dados:

- Para os itens excludentes - relacionados a ter e não ter *trabalho, filhos e esposo(a), manorado(a), companheiro(a)* – somente um deve ser respondido;
- Somente as pessoas com qualquer tipo de trabalho remunerado devem responder o item *satisfação com o seu trabalho*, atendendo ao original em inglês: *how satisfied are you with your job (if employed)*. Para não haver dúvida, nesta investigação, procurou-se confirmar as respostas obtidas para este item, confrontando-se com a resposta dada pelo paciente à questão *situação frente ao trabalho*, proposta no instrumento sócio-demográfico. Alguns aposentados, por exemplo, desenvolviam trabalho remunerado, sendo assim, eram orientados a responderem ao item *ter trabalho* e não ao contrário.

Quanto ao WHOQOL-bref, essa é uma versão abreviada do WHOQOL-100, composta de 26 questões (Quadro IV), sendo duas gerais e as demais distribuídas em quatro domínios que o representam: *Domínios Físico; Psicológico; Relações Sociais e Meio-ambiente*¹⁴⁵.

Em estudo de validação no Brasil¹⁴⁵, realizado com 250 pacientes e 50 pessoas saudáveis, os coeficientes alfa de Cronbach obtidos atestaram consistência satisfatória para os domínios *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente* (0,84; 0,79; 0,69 e 0,70 respectivamente). O instrumento também apresentou estabilidade entre teste e re-teste (aplicados de duas a quatro semanas), com coeficientes de correlação entre 0,69 e 0,81, estatisticamente significantes ($p < 0,0001$).

A validade discriminante foi atestada comparando-se os escores dos domínios entre o grupo de pessoas saudáveis e doentes, obtendo-se discriminação em todos, com exceção do domínio relações-sociais. Já a validade de critério concorrente foi verificada correlacionando-se os domínios do WHOQOL-bref com o Inventário de Beck para Depressão e com a Escala de Desesperança de Beck. Todas as correlações foram significativas, sendo o domínio psicológico o mais fortemente correlacionado¹⁴⁵.

Quadro IV: itens e domínios componentes do instrumento WHOQOL-bref

WHOQOL-bref	
Domínio Físico (DF)	Domínio Meio-Ambiente (DMA)
03. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	08. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
04. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	09. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	13. Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia?	23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
Domínio Psicológico (DP)	Domínio Relações Sociais (DRS)
05. O quanto você aproveita a vida?	20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas...)?
06. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
07. O quanto você consegue se concentrar?	22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	

O WHOQOL-bref é considerado um instrumento de medida de QV geral^{146,147}, embora há quem o considere como relacionado à saúde^{148,149}.

c) Procedimentos para o Treinamento dos Entrevistadores

A fim de viabilizar a coleta de dados no tempo designado, bem como a obtenção da amostra necessária para proceder às análises de confiabilidade e validade, houve a colaboração de outros entrevistadores (enfermeiros e acadêmicos de enfermagem) treinados pela pesquisadora.

Como entrevistadores, foram selecionadas pessoas do relacionamento pessoal da pesquisadora, interessadas em fazer parte do projeto, visando a publicações conjuntas nos resultados locais. Quando da impossibilidade de contato pessoal, o mesmo nos indicou alguém de sua confiança. Essas precauções foram adotadas, pois, segundo Hulley, Cummings¹⁵⁰, são fundamentais para evitar eventos desastrosos como a fabricação de dados.

Todos os entrevistadores possuíam experiência em realização de pesquisas, com exceção dos graduandos.

No estado de São Paulo, nas instituições Hospital Santa Marcelina, Padre Bento e Cruz Azul, Clínica Jabaquara e Clínica Vascular, as coletas foram feitas pela pesquisadora e mais quatro colaboradores, sendo duas profissionais e duas acadêmicas da EEUSP. Nas demais, contou-se com as enfermeiras que atuavam no serviço, com exceção do Ambulatório de Reabilitação do Conjunto

Hospitalar de Sorocaba. Nesse Serviço, contou-se com as alunas de graduação em enfermagem, que ali trabalham voluntariamente.

Em Minas Gerais, na Unidade de Lesão de Pele da Escola de Enfermagem Wenceslau Brás, contou-se com a enfermeira do próprio local; nos demais centros, com graduandos, que atuam em projetos de lesões de pele ou reabilitação. Já no estado do Ceará, a coleta foi realizada pela pesquisadora e enfermeiras dos respectivos locais.

As seguintes estratégias foram adotadas para o treinamento:

1. Conhecendo os instrumentos

Primeiramente, realizava-se a explicação sobre os objetivos da pesquisa e solicitava-se ao profissional que fizesse autopreenchimento de cada um dos instrumentos. Essa estratégia objetivava fazê-los compreender melhor as questões e a forma de preenchimento. A seguir, procedia-se a discussão e esclarecimento acerca de cada instrumento e dirimiam-se dúvidas sobre questões não compreendidas. Depois disso, explicava-se sobre os critérios de elegibilidade dos pacientes, norteados a seleção.

2. Os procedimentos para a entrevista

As entrevistas deveriam ser realizadas em local privativo. Primeiramente, dever-se-ia prestar esclarecimento ao paciente sobre os objetivos da pesquisa, o número do questionário a ser preenchido e o tempo estimado de entrevista. Se o paciente estivesse de acordo em participar, entregava-se o TCLE (Anexo O) para leitura do próprio paciente ou do entrevistador, quando o paciente não

soubesse ler ou quando pedia que fosse lido. Uma vez que o paciente compreendesse o termo e estivesse de acordo em participar do estudo, o entrevistador deveria solicitar-lhe a assinatura do consentimento.

As entrevistas deveriam começar com o preenchimento do instrumento de coleta dos dados sócio-demográficos e clínicos, seguido pela *versão feridas piloto IV* do IQVFP. Como a aplicação do WHOQOL-bref era optativa, deveria ser o último instrumento para aplicação.

O entrevistador deveria ler ao paciente as explicações dos cabeçalhos, na medida em que fosse aplicando os instrumentos de QV.

Os questionários deveriam ser preenchidos por meio de entrevista. A leitura das questões deveria ser calma, pausada, em tom audível e claro.

Para aqueles que soubessem ler, no momento de aplicação do IQVFP, dever-se-ia apresentar uma folha anexa com a réplica das repostas do questionário, com números e letras grandes, para que o paciente pudesse visualizar e escolher sua resposta. Aos que não sabiam ler, o entrevistador deveria ler a resposta, sinalizando na folha à sua frente, pois assim eles poderiam escolher pelos números.

3. Quando houvesse dúvidas

Na pesquisa anterior com a utilização do IQVFP², assim como no pré-teste deste estudo, conforme mencionado anteriormente, constatou-se que alguns pacientes com baixo nível de escolaridade e cultura geral tinham

dificuldades para entender o enunciado da parte de satisfação - *Quanto você está satisfeito com?* - bem como determinados termos de algumas questões. Diante disso, orientaram-se os entrevistadores como proceder diante das limitações dos pacientes, conforme descrito em seqüência.

- Com relação ao *enunciado*, como a possibilidade de resposta na parte de satisfação variava de muito insatisfeito a muito satisfeito, dever-se-ia fazer a pergunta da seguinte forma: *O Sr(a) está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...?* Assim que o paciente tivesse respondido - satisfeito ou insatisfeito - perguntar-se-ia: *quanto? Muito, moderado ou pouco...* Dessa maneira, a maioria dos pacientes conseguiu responder às questões de satisfação. Na parte de importância, ocasionalmente isso ocorria. Para tanto, adotou-se o mesmo procedimento de inversão da pergunta (*É importante para o Sr(a)?*). Em versão portuguesa, traduzida por Cândida Pinto, esses enunciados foram traduzidos como[♦]: *Qual a sua satisfação com...? Que importância atribui para si..?*

- Quanto às *questões*, se o paciente não entendesse alguma delas, o entrevistador deveria ler pausadamente e esperar a resposta. Se, em duas tentativas, o paciente não conseguisse respondê-la, o entrevistador deveria perguntar: *o Sr (a) poderia me falar o que acha que está entendendo?* Se a resposta estivesse de acordo com o significado da questão, o entrevistador deveria confirmar e o item seria novamente lido, a fim de que o paciente pudesse

[♦] *Esse instrumento nos foi enviado por Dra Ferrans em 23/02/01.*

escolher a resposta definitiva. Quando não havia concordância entre a compreensão e o significado da questão, ela deveria ser explicada, usando-se os sinônimos apresentados no Quadro V. Se houvesse entendimento, o entrevistador deveria ler novamente a questão e aguardar a resposta do paciente, registrando ao lado do item *com explicação*. Se não houvesse entendimento, depois da tentativa de explicação, a questão deveria ser deixada em branco e registrada como *não entender*, ao lado do item.

Quadro V: Itens com dificuldades de compreensão

Item	Palavra crítica	Complemento	Observações
11. A energia que você tem para as atividades diárias	energia	disposição, vigor, força	O item é bem compreendido com sinônimos
13. O controle que você tem sobre sua vida	controle	Governa, comanda	O item é bem compreendido com sinônimos
16. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria	Possibilidade	Chance	O item é compreendido com sinônimos. <i>Contudo, a pergunta é difícil de ser respondida. Pois acham que isso pertence a Deus. Ou divagam, se eu tivesse saúde...</i>
31. Sua Vizinhança	Vizinhança	Vizinhos	Entendem a <i>vizinhança</i> somente como <i>vizinhos</i>
38. Suas possibilidades de ter um futuro feliz	Possibilidade	Chances	Melhora a compreensão. Mas o item também é de difícil resposta, <i>pois alguns têm dificuldades para falar de futuro.</i>
36. A maneira como você administra seu dinheiro	Administra	Cuida, controla	O item é bem compreendido com sinônimos
41. A realização de seus objetivos pessoais	Objetivos pessoais	Planos, sonhos	O item é bem compreendido com sinônimos
35. Seu nível de escolaridade	Nível	os anos que estudou	O item é bem compreendido com sinônimos
6. O tratamento que você recebe para aliviar a dor	Aliviar	passar, melhorar	O item é bem compreendido com sinônimos
10. Aparência de sua ferida	Aparência (na parte de importância)	Aspecto	Melhora a compreensão na importância
8. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	Na parte de importância não é compreendido como está	Explicação do sentido	Quando se tem uma ferida, o que se espera é que a cicatrização ocorra logo. Mas grande maioria deles dizia: <i>“esse tempo que a ferida está levando para cicatrizar não é importante, eu quero que cicatrize logo”</i> .

4. Procedendo à entrevista

Depois dessas explicações, a pesquisadora fazia uma demonstração da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, seguindo todos as etapas referidas anteriormente. O entrevistador em treinamento dispunha de outro conjunto de instrumentos para acompanhar a pesquisadora. Após o

desenvolvimento dessa demonstração, procedia-se à discussão conjunta da entrevista. Essas entrevistas fizeram parte da amostra de pré-teste ou teste.

O próximo passo era a realização de uma entrevista pelo treinando, com verificação de desempenho pela pesquisadora. Durante a entrevista, se o profissional em treinamento apresentasse dificuldade em alguma questão, era feita interferência da pesquisadora. Ao término da entrevista, fazia-se a discussão, pontuando-se, quando necessário, a(s) questão(ões) abordada(s) pela pesquisadora. Cada treinando deveria fazer, pelo menos, duas entrevistas com supervisão da pesquisadora.

Todos os entrevistadores apresentaram facilidade para lidar com os instrumentos, embora tenham referido ser enfadonho aplicá-los em pacientes com baixa escolaridade, pois esses necessitavam de esclarecimentos de termos causando prolongamento do tempo de coleta.

d) Coleta de dados final

Essa coleta visa a aplicação do instrumento na população alvo, a fim de obter os dados necessários para serem submetidos, posteriormente, aos procedimentos analíticos.

▪ Amostra para o teste

Segundo a literatura consultada - e apresentada no capítulo 5 - a amostra varia de cinco a dez pessoas para cada item do questionário piloto final.

Neste estudo, estabeleceu-se um mínimo de **oito pessoas** para cada item do questionário aplicado (42 itens). Assim sendo, a amostra mínima necessária seria de 336 pessoas. Ao final, a amostra foi composta de **364 pessoas**, ou seja, 7,7% a mais. O perfil sócio-demográfico e clínico é apresentado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos do teste, segundo as características sócio-demográficas. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

Variáveis	Indivíduos	
	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	163	44,8
Feminino	201	55,2
Total	364	100,0
<i>Número de Filhos</i>		
0	59	16,4
1 a 2	128	35,7
3 a 6	147	40,9
> 7	25	7,0
Total	359	100,0
	Média 2,9 ±2,6	Mín/Máx: 0 a 22
<i>Faixa etária (anos)</i>		
19 a 29	23	6,3
30 a 39	20	5,5
40 a 49	45	12,4
50 a 59	63	17,4
60 a 69	108	29,8
70 a 79	79	21,8
80 a 91	25	6,9
Total	363	100,0
	Média 59,2 ±15,8	Mín/Máx: 19 a 91 anos
<i>Religião</i>		
Cristãos Católicos	249	71,8
Cristãos não católicos	91	26,2
Não tem	7	2,0
Total	347	100,0
<i>Prática da religião</i>		
Não	83	24,0
Sim	263	76,0
Total	346	100,0

As características sócio-demográficas da amostra podem ser assim sintetizadas: 55,2% feminino; idade média $59,2 \pm 15,8$; $2,9 \pm 2,6$ filhos; 47,4% casados; 60,4% com nível de escolaridade abaixo do ensino fundamental, dos quais, 12,4% analfabetas e 40,7% aposentados.

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos do teste segundo as características sócio-demográficas. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005. (cont.)

Variáveis	Indivíduos	
	n	%
<i>Estado Civil</i>		
Solteiros	80	22,0
Casados	172	47,4
Viúvos	79	21,8
Divorciados	29	8,0
Separado	3	0,8
Total	363	100,0
<i>Situação conjugal</i>		
Sem companheiro	166	46,1
Com companheiro	194	53,9
Total	360	100
<i>Nível de escolaridade</i>		
Analfabeto	45	12,4
Fundamental incompleto	182	50,0
Fundamental completo	55	15,1
Médio completo	38	10,4
Médio incompleto	17	4,7
Superior incompleto	12	3,3
Superior completo	15	4,1
Total	364	100,0
<i>Situação de trabalho</i>		
Estudante	1	0,3
Desempregado	12	3,3
Afastado	24	6,6
Do lar	57	15,8
Pensionista	31	8,6
Aposentado	147	40,7
Aposentado e trabalha	13	3,6
Trabalha com carteira	34	9,4
Trabalha sem carteira	42	11,6
Total	361	100,0
<i>Renda Familiar mensal (referência R\$ 300,00)</i>		
Não tem	2	0,6
< 1 salário	12	3,4
1 salário	59	16,5
2 salários	62	17,3
3 salários	70	19,6
4 salários	54	15,1
5 salários	28	7,8
> 6 salários	71	19,8
Total	358	100,0
<i>Número de pessoas que contribuem para renda familiar</i>		
Zero	2	0,6
1	155	43,1
2	135	37,5
> 3	68	18,9
Total	360	100,0

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos do teste, segundo as características clínicas. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

	Indivíduos	
	n	%
<i>Tipo de Úlcera</i>		
Úlcera vasculogênica venosa	196	55,1
Úlcera diabética	43	12,1
Úlcera vasculogênica mista	13	3,7
Úlcera vasculogênica arterial	11	3,1
Deiscência de ferida operatória	11	3,1
Úlcera neuropática (não diabética)	11	3,1
Úlcera por pressão	7	2,0
Úlcera hipertensiva	4	1,1
Úlcera leishmaniótica	2	0,6
Úlcera hematológica	3	0,8
Úlcera por esclerodermia	2	0,6
Fasceíte necrotizante	3	0,8
Ferida pós-mastite	2	0,6
Ferida traumática	31	8,7
Erisipela bolhosa	3	0,8
Ferida pós-abscesso	6	1,7
Steve-Johnson	1	0,3
Queimadura	1	0,3
Ferida por retirada de cisto pilonidal	1	0,3
Pioderma gangrenoso	1	0,3
Não sabe	3	0,8
Outros	1	0,3
Total	356	100,0
<i>Número de ferida atual</i>		
1	237	66,8
2	74	20,8
3	28	7,9
4	8	2,3
5	5	1,4
6	2	0,6
7	1	0,3
Total de indivíduos	355	100,0
Total de feridas: 545	Média: 1,5 ± 1,0	Mín/Máx = 1 a 7

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos do teste, segundo as características clínicas. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005. Cont

	Indivíduos		
	n	%	
<i>Localização das feridas</i>			
MMII	328	90,6	
Outras	34	9,4	
Total	357	100,0	
<i>Duração da ferida atual (meses)</i>			
Média = 51,1 ± 90,7	Mediana = 12	Mín/Máx =7 dias a 516 meses	
<i>Intensidade da dor na ferida</i>			
No momento (n=332)	Média (DP) 2,1 ±2,8	Mediana= 0,0	Mín/Máx = 0 a 10
Pior na última semana (n=331)	Média (DP) 5,0 ±3,5	Mediana = 5,0	Mín/Máx = 0 a 10
Melhor na última semana (n=332)	Média (DP) 1,6 ±2,1	Mediana = 0,0	Mín/Máx = 0 a 10

Quanto às características clínicas, encontraram-se: 90,6% de feridas localizadas nos membros inferiores; média de 1,5 ±1,0 ferida/ paciente; 50,1% de origem venosa e duração média de 51,1 ± 90,7 meses. A intensidade média de dor do momento, a pior e a melhor da semana anterior foi 2,1±2,8; 5,0 ±3,5 e 1,6 ±2,1 respectivamente.

▪ Amostra para o Re-teste

Não foram encontradas informações na literatura para calcular a amostra do re-teste. Certamente, o ideal seria aplicar em todos os pacientes que compuseram a amostra final, porém, isso parece desnecessário. Além disso, nesta investigação, essa aplicação seria pouco viável, frente às limitações de tempo, tanto para a pesquisadora como para os próprios sujeitos da pesquisa. O tempo médio gasto para responder todos os questionários, 60 minutos, poderia ser enfadonho aos pacientes. Desse modo, e conforme sugestão da

assessoria estatística, considerou-se o mínimo de 50 pessoas, correspondente a 15% da amostra mínima sugerida.

A pesquisadora elegeu três das instituições (*Hospital Alvorada, Santa Marcelina e Clínica Jabaquara*) para essa coleta, principalmente em função da maior facilidade junto aos entrevistadores e da proximidade dos locais. Questionava-se, então, aos pacientes, se aceitariam retornar para uma nova entrevista, após **quinze dias** do primeiro teste. Embora tenha sido elaborado um agendamento para aqueles que concordaram, a maioria não compareceu na data prevista. Mesmo assim, obteve-se amostra de **63 pessoas**, correspondendo a 19% da amostra final estimada (336 pessoas).

O instrumento foi sempre aplicado pelo mesmo entrevistador no teste e no re-teste.

Tabela 3: Distribuição dos indivíduos re-teste segundo características sócio-demográficas.
São Paulo, 2005

Variáveis	Indivíduos	
	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	35	55,6
Feminino	28	44,4
Total	63	100,0
<i>Idade</i>		
Média: 52,8 ±19,2	Mediana = 56,00	Mín/Máx: 19 a 85
<i>Número de Filhos</i>		
0	11	17,5
1 a 2	29	46,0
3 a 5	23	36,5
	63	100,0
Média: 2,1 ± 1,4	Mediana: 2,0	Mín/Máx: 0 a 5
<i>Religião</i>		
Cristãos Católicos	45	76,3
Cristãos não católicos	9	15,3
Outros	5	8,5
Total	59	100

Tabela 3: Distribuição dos indivíduos re-teste segundo características sócio-demográficas. São Paulo, 2005. Cont

Variáveis	Indivíduos	
	n	%
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	14	22,2
casado	33	52,4
Viúvo	13	20,6
Divorciado	3	4,8
Total	63	100,0
<i>Situação conjugal</i>		
Sem companheiro	36	57,1
Com companheiro	27	42,9
Total	63	100,0
<i>Nível de escolaridade</i>		
Fundamental incompleto	25	39,7
Fundamental completo	11	17,5
Médio completo	7	11,1
Médio incompleto	11	17,5
Superior incompleto	7	11,1
Superior completo	2	3,2
Total	63	100,0
<i>Situação de trabalho</i>		
Desempregado	1	1,6
Afastado	2	3,2
Pensionista	1	1,6
Trabalha com carteira	22	34,9
Trabalha sem carteira	9	14,3
Do lar	12	19,0
Aposentado	16	25,4
Total	63	100,0
<i>Renda Familiar mensal (referência R\$ 300,00)</i>		
1 salário	1	1,6
2 salários	7	11,1
3 salários	12	19,0
4 salários	19	30,2
5 salários	7	11,1
> 6 salários	17	27,0
Total	63	100
Média: 5,2 ± 1,4 Mediana: 5,0 Mín/Máx: 2 a 7		
<i>Número de pessoas que contribuem para renda familiar</i>		
Uma	19	30,2
Duas	35	55,6
Três	8	12,7
Quatro	1	1,6
Total	63	100,0

Nessa amostra predominaram pessoas do sexo masculino (55,6%), adultos (52,8 $\pm$ 19,2 anos), com filhos (82,2%), casados (52,4%), com escolaridade fundamental incompleta (39,7%) e que trabalham (49,2%).

Tabela 4. Distribuição dos indivíduos re-teste segundo características Clínicas. São Paulo, 2005.

<i>Variável</i>	Indivíduos	
	n	%
<i>Tipo de Úlcera</i>		
Úlcera vasculogênica venosa	24,0	38,1
Úlcera diabética	7,0	11,1
Úlcera vasculogênica arterial	1,0	1,6
Deiscência de ferida operatória	2,0	3,2
Úlcera por pressão	2,0	3,2
Fasceíte necrotizante	2	3,2
Ferida pós-mastite	2	3,2
Ferida traumática	17	27,0
Erisipela bolhosa	2	3,2
Ferida pós-abscesso	2	3,2
Queimadura	1	1,6
Ferida por exérese de cisto pilonidal	1	1,6
Total	63	100
<i>Número de ferida atual</i>		
1	44	75,9
2	11	19,0
3	2	3,4
6	1	1,7
Total	58	100
Média: 1,3 $\pm$ 0,8	Mediana: 1	Mín/Máx: 1 a 6
<i>Localização das feridas</i>		
MMII	49	77,8
Outras	14	0,2
Total	63	78,0
<i>Duração da ferida atual - meses</i>		
n = 63	Média = 17,8 $\pm$ 29,9	Mediana = 4
		Mín/Máx = 1 a 120

Clinicamente, predominaram as úlceras venosas (38,1%), localização principal nos membros inferiores (77,88%), com média de 1,2 $\pm$ 0,8 ferida/paciente e tempo médio de duração da ferida de 17,8 $\pm$ 29,9 meses.

▪ **Amostra para a validade de construto convergente**

Da mesma maneira como para o re-teste, para o estudo da validade convergente, foi seguida a orientação do estatístico, e a amostra deveria ser composta de 40% da amostra total estimada, ou seja, de 135 pessoas.

O WHOQOL-bref, questionário proposto para essa validação, foi aplicado a todas as pessoas que concordaram em responder a mais um instrumento de medida, em todas os centros, exceto nos localizados no Ceará, pois os sujeitos não entenderam o enunciado que começa com a palavra *quão*. Ao final, obteve-se amostra de **179 pessoas** (53% da amostra mínima).

Tabela 5: Distribuição dos indivíduos da análise de validade de convergente, segundo características sócio-demográficas. São Paulo e Minas, 2005.

Variáveis	Indivíduos	
	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	88	48,9
Feminino	92	51,1
Total	180	100,0
<i>Idade (anos)</i>		
19 a 30	19	10,6
31 a 59	65	36,1
>=60	96	53,3
Total	180	100,0
	Média: 53,2 (DP=17,2)	Mediana=61
		Mín/Máx: 19-88
<i>Número de Filhos</i>		
0	30	16,9
1 a 2	66	37,0
3 a 6	73	41,0
> 7	9	5,1
Total	178	100,0
	Média: 2,7 (2,3)	Mediana= 2,0
		Mín/Máx: 0 a 16
<i>Religião</i>		
Cristãos Católicos	127	73,4
Cristãos não católicos	34	19,7
Não tem	4	2,3
Outros	8	4,6
Total	173	100,0
<i>Prática da religião</i>		
Não	53	31,0
Sim	118	69,0
Total	171	100,0
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	38	21,1
casado	92	51,1
Viúvo	36	20,0
Divorciado	13	7,2
Separada	1	0,6
Total	180	100,0
<i>Situação conjugal</i>		
Sem companheiro	105	58,7
Com companheiro	74	41,3
Total	179	100,0

As características sócio-demográficas foram predominantemente mulheres (51,1%), adultos (idade média 53,2 $\pm$ 17,2 anos), católicos (73,4%), casados (51,1%) e com companheiros (58,7%).

Tabela 6. Distribuição dos indivíduos da análise de validade de convergente, segundo características clínicas. São Paulo e Minas, 2005.

<i>Variável</i>	Indivíduos	
	n	%
<i>Tipo de Úlcera</i>		
Úlcera vasculgênica venosa	89	51,1
Úlcera diabética	22	12,6
Úlcera vasculgênica mista	7	4,0
Úlcera vasculogência arterial	5	2,9
Deiscência de ferida operatória	7	4,0
Úlcera neuropática (não diabética)	3	1,7
Úlcera por pressão	3	1,7
Úlcera hematológica	1	0,6
Úlcera por esclerodermia	1	0,6
Fasceíte necrotizante	2	1,1
Ferida pós-mastite	2	1,1
Ferida traumática	20	11,5
Erisipela bolhosa	3	1,7
Ferida pós-abscesso	4	2,3
Queimadura	1	0,6
Ferida por exérese de cisto pilonidal	1	0,6
Pioderma gangrenoso	1	0,6
Não sabe	2	1,1
Total	174	100,0
<i>Número de ferida atual</i>		
1	108	62,1
2	43	24,7
3	15	8,6
4	4	2,3
5	2	1,1
6	2	1,1
Total	174	100
Total de feridas		
	277	
Média	1,6 (DP=0,96)	Mín/Máx: 1 a 6
<i>Localização das feridas</i>		
MMII	154	87,5
Outras	22	12,5
Total	176	100
<i>Duração da ferida atual (meses)</i>		
n= 177	Média: 48,4 (87,2)	Mediana = 12
		Mín/Máx = 1 a 516

O perfil dessa amostra foi formado na sua maioria por pessoas com úlceras venosas (51,1%), com 1 ferida (62,1%), localizadas nos membros inferiores (MMII), com $48,4 \pm 87,2$ meses duração da ferida.

III) Procedimentos analíticos

a) Organização dos Bancos de dados

A fim de realizar os procedimentos analíticos, cabíveis ao estudo, realizou-se a organização dos dados referentes à análise da concordância dos membros do CJ e GF em planilhas, usando-se o Word XP. Os dados sócio-demográficos, clínicos e os escores dos instrumentos de QV foram armazenados diretamente no *software Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S)*, versão 12.0. Para a análise fatorial confirmatória, transferiram-se os dados do IQVFP-VF do S.P.S.S para o programa Lisrel 8.7.

Depois de organizados os bancos, procederam-se a análises iniciais dos dados. Todavia ao ser realizada a análise de consistência interna, constatou-se haver diminuição drástica da amostra, afastando-se excessivamente daquela estimada necessária para as análises psicométricas. Essa perda de casos ocorreu não somente pelo fato de haver vários itens sem resposta, por inúmeros motivos como a falta de aplicabilidade ao paciente ou por falta de entendimento, mas principalmente pela presença de itens excludentes. Ressalta-se que, até então, não havia informações precisas de como deveriam ser tratados esses itens excludentes.

Desse modo, buscaram-se alternativas na literatura de como proceder diante da excessiva perda de casos. Verificou-se que o WHOQOL Group recomenda, para o seu instrumento, que os dados faltosos (*missing*) sejam

tratados da seguinte forma: *exclusão dos casos com mais de 20% de itens sem respostas e utilização da média para preencher os casos com dados vazios (WHOQOL Group)^e*. Estratégias para substituição de dados missing também foram adotados no SF-36¹⁵¹.

Considerando-se que essa poderia ser uma alternativa segura, consultou-se Dra Carol Ferrans - autora do IQVFP – acerca de como proceder. Sua resposta foi favorável à estratégia adotada pelo WHOQOL Group, recomendando ainda que os itens excludentes tivessem seus escores combinados para formar um único item (Apêndice 3).

Todavia, ao observar-se a sintaxe para calcular os escores, tanto da QV geral quanto dos domínios (vide www.uic.edu/orgs/qli), não há combinação de escores. Presumiu-se, então, que essa estratégia seja utilizada somente para a avaliação das propriedades psicométricas e não dos escores de qualidade de vida.

Após a combinação dos três itens excludentes, o número de casos elevou-se de 77 para 210, na análise da consistência interna. Posteriormente, ao proceder-se ao ajuste do banco - seguindo-se os critérios de exclusão dos casos com mais de 20% sem resposta (somente dois) e substituição dos itens sem resposta pelo valor médio do próprio item - obteve-se o total de 362 casos,

^e WHOQOL-bref. *Intrudution, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. December 1996.* www.who.int/entity/mental_health/media/en/76.pdf

com os quais passou-se à realização dos testes estatísticos para avaliação das propriedades psicométricas do IQVFP-VF.

b) Critérios para exclusão de itens

A fim de proceder-se às análises dos itens, adotaram-se alguns critérios que nortearam a exclusão, quando cabível. Basearam-se na correlação item total (CIT), alfa de Cronbach e tipo de correlação (positiva ou negativa), os quais são descritos a seguir. O *coeficiente de correlação item-total* (CIT) tem como finalidade medir o relacionamento de cada item com o seu respectivo domínio. Esse tipo de análise serve para nortear a permanência ou exclusão de um determinado item, ao apontar quanto de contribuição o item oferece ao seu domínio.

Nunnally, Bernstein⁸⁹, referem que a obtenção de baixos valores em CIT pode ser reflexo, mas não completamente, da falta de homogeneidade dos itens.

Nunnally⁸⁰, Nunnally, Bernstein⁸⁹, indicam algumas causas para obtenção de uma CIT próxima de zero: ambigüidade, grau de dificuldade de compreensão ou baixa contribuição ao tópico. Nunnally⁸⁰ considera os valores acima de 0,20 como boa CIT. Já em na edição de 1978, citado por LoBiondo-Wood, Harber⁹⁰, recomenda valores de CIT acima de 0,25 como aceitáveis. Nunnally, Bernstein⁸⁹ referem que um ponto de corte 0,30 é um guia arbitrário

para definir a discriminação de um item, pois a maioria das CIT varia entre 0,00 a 0,40, sendo pouco provável se obter valores acima de 0,50.

Outros autores, como Streiner e Norman¹⁵² também afirmam que a regra usual tem sido utilizar itens que apresentem CIT acima de 0,20.

Já autores como McHorney, Were Jr, Lu¹⁵¹, no desenvolvimento do SF-36, adotaram como critério de exclusão de itens a obtenção de CIT mínima de 0,40. Por tratar-se de estudo inicial e de construção de instrumento – mesmo que a partir de instrumento já existente - padronizou-se **0,30** como valor mínimo para excluir um item.

Além disso, para a exclusão dos itens novos, estabeleceu-se coeficiente de alfa de Cronbach de, no mínimo, 0,70.

Outro critério básico para a exclusão foi a obtenção de correlações negativas, encontradas na matriz de correlação inter item.

c) Procedimentos estatísticos

Estatísticas descritivas, como *medidas de tendência central* (frequência simples, frequência relativa, média, mediana, máximo e mínimo) e *medidas de dispersão* (desvio-padrão), foram empregadas para descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos indivíduos e os escores dos instrumentos de qualidade de vida (QV).

A estatística inferencial foi usada para testar as propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade, análise fatorial e validade), e são descritas de acordo com o tipo de análise realizada.

Os testes que obtiveram um nível descritivo inferior a 5% ($p < 0,05$) foram considerados significativos.

1) Confiabilidade

Para o estudo da confiabilidade, nesta investigação, padronizaram-se os termos *consistência interna* e *estabilidade*. Detalhamento sobre esses parâmetros foi apresentado no capítulo 5.

▪ Consistência interna

A *Consistência interna (CI)* foi testada calculando-se o *Coefficiente alfa de Cronbach*, para todos os itens e domínios do IQVFP. Ressalta-se que o mesmo procedimento foi adotado para o WHOQOL-bref.

Para atestar a CI, neste estudo adotou-se coeficiente alfa de *Cronbach* mínimo de 0,70.

▪ Estabilidade

Para analisar a *estabilidade*, utilizou-se o *coeficiente de correlação intraclasse*. Para atestar a estabilidade do IQVPF-VF, neste estudo, estabeleceu-se o mínimo de 0,70. Quanto ao nível de concordância, foi assim padronizado: fraca $\leq 0,40$; moderada = 0,41 a 0,60; boa = 0,61 a 0,80; excelente = 0,81 a 1 (Bartko¹⁵³ citado por Wilson⁹⁴). Portanto, quanto maior o coeficiente, mais estável é o instrumento.

2) Validade

▪ Validade de Conteúdo

Para estudar a *validade de conteúdo*, utilizou-se estatística descritiva, por meio de percentual de concordância entre os juízes. Os itens que obtiveram 80% de concordância foram considerados pertinentes.

▪ Validade de critério

- *Concorrente*

A validade de critério do tipo concorrente foi avaliada pelo cálculo da correlação entre os escores do item *sua satisfação com a vida* e dos domínios e qualidade de vida geral do IQVFP-VF.

Os domínios foram avaliados em relação à sua distribuição. Os que apresentaram distribuição normal tiveram suas correlações avaliadas pelo coeficiente de correlação de *Pearson*. Para aqueles não distribuídos normalmente, aplicou-se o *coeficiente de correlação de Spearman*.

Para analisar a magnitude das correlações, os valores de referência adotados foram¹⁵⁴: fraca < 0,30; moderada = 0,30 a 0,60; forte = 0,60 a 0,99 e perfeita = 1,00.

▪ Validade de construto

- *Convergente*

A *validade de construto do tipo convergente* foi avaliada por meio de análises de correlação entre os domínios do IQVFP-VF e os do WHOQOL-bref.

Analisando-se ambos instrumentos, verifica-se que a maioria dos itens e domínios é comum. Todavia, alguns dos itens pertencem a domínios não correspondentes entre si. Esses itens encontram-se Quadro VI.

Quadro VI: Itens semelhantes em domínios distintos.

Variável	Domínio WHOQOL-bref	Domínio IQVFP genérico/feridas
<i>Dinheiro</i>	DMA	SE
<i>Lazer</i>	DMA	SF
<i>Vida sexual</i>	DRS	SF
<i>Trabalho</i>	DF	SE
<i>Local onde mora/lar e vizinhança</i>	DMA	SE
<i>Sentimentos negativos</i>	PE	SF

Diante disso, e visando à análise da validade convergente, estabeleceram-se algumas hipóteses apresentadas no capítulo 3 – Hipóteses.

A seleção do teste de correlação, bem como dos valores de referência adotados, seguiram as mesmas regras utilizadas para o estudo da validade de critério concorrente.

- Discriminante

A validade de construto do tipo discriminante foi testada comparando-se os valores obtidos nos domínios entre indivíduos com diferentes faixas-etárias, número e tempo de duração da ferida e intensidade da dor no momento e a pior dor na última semana.

Primeiramente, os domínios foram avaliados quanto à normalidade de sua distribuição, usando-se o *Teste de Kolmogorov-Smirnov*. Os domínios, que não apresentaram adesão à distribuição normal, foram testados utilizando-se os

testes de Mann-Whitney, para comparar dois grupos, e *de Kruskal-Wallis*, para comparar mais de dois grupos⁹³. Quando os domínios tiveram distribuição normal, foram comparados por meio do teste *t-Student* e *ANOVA*, respectivamente, para dois grupos e mais de dois grupos.

O teste de correção de *Bonferroni* foi utilizado visando a identificar as diferenças significativas dos domínios entre mais de dois grupos.

▪ **Análise Fatorial Confirmatória**

A *análise fatorial confirmatória* (CFA) foi utilizada visando avaliar o ajuste da versão feridas, sendo realizada após a definição dos itens que iriam permanecer em cada domínio, ou seja, após as análises da CI. O modelo foi avaliado pelo grau de correlação dos itens com os seus respectivos domínios. Para analisar a magnitude da correlação, os valores de referência foram os mesmos adotados para as demais.

O ajuste do modelo foi avaliado por meio do⁸¹:

♦ *Índice de qualidade de ajuste* (GFI- *Goodness-of-fit Index*): cujo nível de aceitação inferior é 0,8.

♦ *Raiz do erro quadrático médio de aproximação* (RMSEA): cujo intervalo desejável é de 0,08 ou menos, sendo que o valor de referência máximo aceitável é 0,10.

♦ *Índice ajustado de qualidade de ajuste (AGIF)* e o *Índice de ajuste normado (NFI)*: são medidas de ajuste incremental do modelo, cujos valores de referência desejados devem ser 0,90.

♦ *Medida de qui-quadrado normado*: é uma medida de qualidade de ajuste geral do modelo, sendo calculada a partir da divisão do qui-quadrado pelos graus de liberdade. Segundo Hair *et al*⁸¹, valores inferiores a 2,103 estão dentro dos limites de aceitabilidade de alguns autores, mas excede os valores apontados por outros.

♦ *Índice de ajuste comparativo (CFI)*: é uma medida de ajuste parcimonioso* do modelo. Valores próximos de zero sugerem não haver super ajuste no modelo em relação a outros modelos, que seriam possíveis caso os itens fossem alocados em outros domínios. Valores próximos de 1 sugerem melhora substancial do modelo atual em relação aos demais¹⁵⁵.

A construção da versão feridas, a partir da versão genérica do IQVFP, foi desenvolvida em três etapas, que resultaram em quatro versões. Três delas foram geradas durante os procedimentos teóricos e empíricos, sendo a versão final resultante dos procedimentos analíticos.

Os resultados são apresentados de acordo com os procedimentos adotados, conforme descritos nos métodos e apontados anteriormente: *teóricos, empíricos e analíticos*.

* Tenta corrigir qualquer "super ajuste" e avalia a parcimônia do modelo comparada com a qualidade do ajuste. A parcimônia é o grau em que um modelo conquista a qualidade de ajuste para cada coeficiente estimado⁸¹.

Com relação aos *procedimentos teóricos*, os resultados estão relacionados à inclusão dos itens (validade de conteúdo e semântica); para os *procedimentos empíricos*, são concernentes à aplicação do instrumento, em versão resultante das etapas anteriores. Já os resultados nos procedimentos *analíticos* referem-se à avaliação das propriedades psicométricas.

7. Resultados

I) Procedimentos teóricos

a) Inclusão dos itens

No que diz respeito à *definição operacional*, ou seja, *inclusão dos itens*, o levantamento da literatura, de outros instrumentos específicos do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers, da discussão preliminar com colegas e pacientes e da experiência da pesquisadora, permitiram o rastreamento de dez itens:

- *cuidado que recebe na ferida;*
- *intensidade de dor na ferida;*
- *tratamento para aliviar a dor*
- *estar com ferida;*
- *tempo de cicatrização;*
- *condições da ferida (drenagem, odor, aparência);*
- *mudanças na vida diária por causa da ferida (exemplo: fazer curativos, tomar banho, usar roupas, calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se);*
- *sono;*
- *o fato de não ter filhos;*
- *o fato de não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a).*

Esses itens foram redigidos e inseridos nos domínios da versão genérica III do IQVFP. Os oito primeiros foram alocados no domínio SF e os dois últimos, no Fa. Vale ressaltar que, para esses últimos, tratou-se somente do desdobramento de itens existentes na versão genérica: *seus filhos* e *seu esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)*, pertencentes a esse mesmo domínio. Nenhum item foi acrescentado nos domínios SE e PE. Essa inclusão gerou a **versão piloto I** (Anexo Q), contendo 43 itens: 33 originais, oito acrescentados e dois desdobrados. Em seguida, essa versão piloto I foi

encaminhada aos membros do comitê de juizes (CJ), a fim serem avaliados os aspectos semânticos e de pertinência cultural e ao domínio, cujos resultados são apresentados a seguir.

b) Análise dos Itens

▪ Validade de Conteúdo e Análise Semântica

Mediante os pareceres dos juizes (CJ), realizou-se a avaliação dos níveis de concordância entre eles, cujos resultados estão apresentados nas Tabelas 7 a 10. Neste momento, discorrem-se os principais resultados, segundo os domínios, indicando-se as decisões decorrentes dessas análises.

Tabela 7- Concordância dos Juizes no domínio Saúde e Funcionamento, versão piloto I.

São Paulo, 2005.

	Análise semântica (AS)	Pertinência conceitual (PC)	Pertinência ao domínio (PD)
Itens para avaliação da satisfação	%	%	%
Sua saúde?	100	100	100
O cuidado que você tem com a sua saúde?	100	100	100
O cuidado local que você recebe em sua ferida?	20*	100	100
A intensidade de dor que você sente? (se tiver dor sem ser na ferida)	100	100	100
A intensidade de dor que você sente na ferida? (se tiver dor na ferida)	100	100	100
O tratamento que você recebe para aliviar a dor?	100	100	100
O fato de estar com ferida?	80	100	100
O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	100	100	100
As condições de sua ferida (drenagem, odor, aparência)?	60*	100	100
As mudanças que você precisa fazer na sua vida por causa da ferida (<i>fazer curativos, tomar banho, usar roupas e calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se</i>)?	20*	100	100
A energia que você tem para as atividades diárias?	100	100	100
O seu sono?	100	100	100
Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	100	100	100
O controle que você tem sobre sua vida?	100	100	100
Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	100	100	100
Sua vida sexual?	100	100	100
Sua capacidade para se responsabilizar pela família?	100	100	60**
O quanto você é útil para os outros?	100	100	60**
A quantidade de preocupações em sua vida?	100	100	60**
As suas atividades de lazer, de diversão?	100	100	60**
Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	100	100	60**
Itens para avaliação da importância			
Sua saúde?	100	100	100
O cuidado que você tem com a sua saúde?	100	100	100
O cuidado local que você recebe em sua ferida?	40*	100	100
Não ter dor? (se tiver dor sem ser na ferida)	80	100	100
Não ter dor na ferida? (se tiver dor na ferida)	100	100	100
O tratamento que você recebe para aliviar a dor?	100	100	100
Não ter ferida?	80	100	100
O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	100	100	100
As condições de sua ferida (drenagem, odor, aparência)?	60*	100	100
Não fazer mudanças na vida diária por causa da ferida (<i>fazer curativos, tomar banho, usar roupas e calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se</i>)?	00*	100	100
Ter energia suficiente para as atividades diárias?	100	100	100
O seu sono?	100	100	100
Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	100	100	100
Ter controle sobre sua vida?	100	100	80
Viver tanto quanto você gostaria?	100	100	100
Sua vida sexual?	100	100	100
Responsabilizar-se pela família?	100	100	80
Ser útil às outras pessoas?	100	100	60**
Não ter preocupações?	100	100	60**
Ter atividades de lazer, de diversão?	100	100	60**
Ter um futuro feliz?	100	100	60**

*Itens sem concordância na AS; ** Itens sem concordância na PD.

Com relação à *análise semântica (AS)* dos itens pertencentes ao domínio SF (Tabela 7), três itens - *O cuidado local que você recebe em sua ferida; as mudanças que você precisa fazer na sua vida por causa da ferida (fazer curativos, tomar banho, usar roupas e calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se); as condições de sua ferida (drenagem, odor, aparência)* - não obtiveram 80% de concordância. Assim sendo, e com base nas sugestões, procedeu-se à revisão da redação dos dois primeiros e ao desdobramento do terceiro. Embora os demais itens tenham obtido níveis de concordância adequados, houve sugestão de mudança de redação ou de exclusão de alguns deles (duas questões de dor; escolaridade, vizinhança e a mudança do enunciado geral), optando-se por discuti-los com os componentes do grupo focal (GF).

Quanto à *pertinência conceitual (PC)*, ainda para o DSF, obteve-se concordância satisfatória em todos os itens (Tabela 7). Para a *pertinência ao domínio (PD)*, no entanto, não houve concordância adequada para cinco itens integrantes do instrumento original. Nesse caso, a decisão foi mantê-los, de acordo com o original, verificando a sua pertinência quando da realização da análise fatorial confirmatória (AFC).

Tabela 8 - Concordância dos Juizes do domínio Sócio-econômico, versão piloto I. São

Paulo, 2005.

	Análise semântica	Pertinência conceitual	Pertinência ao domínio
Itens para avaliação da satisfação	%	%	%
Seus amigos?	100	100	80
O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	100	100	80
Sua vizinhança?	80	80	80
Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	100	100	100
Seu trabalho <i>(se tiver qualquer tipo de trabalho, com ou sem remuneração)?</i>	100	100	100
O fato de não ter um trabalho <i>(se desempregado, aposentado ou incapacitado)?</i>	100	100	100
Seu nível de escolaridade?	80	100	100
A maneira como você administra o seu dinheiro?	100	100	100
Itens para avaliação da importância			
Seus amigos?	100	100	80
O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	100	100	80
Sua vizinhança?	80	100	80
Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	100	100	100
Seu trabalho <i>(se tiver qualquer tipo de trabalho, com ou sem remuneração)?</i>	100	100	100
Ter um trabalho <i>(se desempregado, aposentado ou incapacitado)?</i>	100	100	100
Seu nível de escolaridade?	80	100	100
Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	100	100	100

Os dados da Tabela 8 permitem verificar que a totalidade dos itens do domínio SE obteve percentual de concordância superior a 80%, sendo a maioria 100%.

Tabela 9 - Concordância dos Juizes do domínio PE, versão piloto I. São Paulo, 2005.

Itens para avaliação da satisfação	Análise semântica	Pertinência conceitual	Pertinência ao domínio
	%	%	%
Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	100	100	100
Sua fé em Deus?	100	100	100
A realização de seus objetivos pessoais?	80	100	100
Sua felicidade de modo geral?	100	100	100
Sua vida de modo geral?	100	100	100
Sua aparência pessoal?	100	100	100
Você mesmo(a) de modo geral?	100	100	100
Itens para avaliação da importância			
Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	100	100	100
Sua fé em Deus?	100	100	100
Realizar seus objetivos pessoais?	80	100	100
Sua felicidade de modo geral?	100	100	100
Sua vida de modo geral?	100	100	100
Sua aparência pessoal?	100	100	100
Você mesmo(a) de modo geral?	100	100	100

Tabela 10 - Concordância dos Juizes do domínio Fa, versão piloto I. São Paulo, 2005.

Itens para avaliação da satisfação	Análise semântica	Pertinência conceitual	Pertinência ao domínio
	%	%	%
A saúde de sua família?	100	100	100
Seus filhos? (se tiver filhos)	100	100	100
O fato de não ter filhos? (se não tiver filhos)	100	100	100
A felicidade de sua família?	100	80	80
Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)	100	100	100
O fato de não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	100	100	100
O apoio emocional que você recebe da sua família?	100	100	80
Itens para avaliação da importância			
A saúde de sua família?	100	100	100
Seus filhos? (se tiver filhos)	100	100	100
Não ter filhos? (se não tiver filhos)	100	100	100
A felicidade de sua família?	100	80	80
Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)	100	100	100
O fato de não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	100	100	100
O apoio emocional que você recebe da sua família?	100	100	80

Os dados da Tabela 9 também permitem constatar que todos os itens do domínio PE obtiveram nível de concordância acima de 80%. Similarmente aos domínios SE e PE, também para o domínio Fa (Tabela

10), todos os itens apresentaram nível de concordância entre os juizes superior a 80%.

Esses resultados produziram a **versão piloto II** (Anexo S), composta de 44 itens, e submetida à próxima etapa do procedimento teórico – grupo focal (GF).

▪ **Análise Semântica**

Conforme escrito no capítulo 6 - Método - a reunião com os pacientes componentes do GF, objetivou verificar a equivalência *semântica* dos itens e as opiniões dos mesmos quanto aos aspectos levantados na análise do CJ, previamente mencionados. Alguns aspectos da discussão são apresentados a seguir.

A maioria dos itens foi entendida pelos membros do GF na primeira leitura. No item *sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria*, houve uma proposta de mudança da palavra *possibilidade* para *probabilidade*, o que não foi aceito, chegando-se ao consenso de que a primeira opção é mais popular. Para clarificar a questão relacionada à *drenagem e odor da(s) sua(s) ferida(s)*, foi sugerido colocar as palavras explicativas *secreção* e *cheiro*, entre parênteses, depois de *drenagem* e *odor* respectivamente.

Quanto às duas questões sobre *dor*, todos consideraram pertinente mantê-las, pela possibilidade de haver pessoas que apresentam dor tanto na

ferida como em qualquer outra parte do corpo, razão pela qual a questão foi incluída. Com relação ao item *escolaridade*, o grupo julgou desnecessário mudar a redação, pois consideraram que o termo está popularizado. No que diz respeito à mudança no enunciado - conforme sugestão de um dos membros do CJ - houve a indicação de manter-se o original. Finalmente, quanto ao item *vizinhança*, o grupo sugeriu mudar para *vizinhos*, pois, em nosso meio, referir-se a *vizinho pressupõe vizinhança*. Buscando-se a fidelidade à proposta original das autoras do IQVFP – como referido no capítulo de Métodos - resolveu-se manter a expressão *sua vizinhança*, seguida da palavra explicativa *vizinhos*, entre parênteses, verificando-se melhor a sua compreensão na etapa dos procedimentos empíricos, norteados a decisão quando da proposta de versão final do instrumento.

Durante a discussão do item relacionado às *mudanças*, constatou-se que *movimento* foi um aspecto considerado de muita relevância, indicando-se seu tratamento como item em separado. Isso levou ao seu desdobramento, criando-se um novo item denominado *movimento e locomoção*.

Os resultados obtidos após a análise do material produzido, na reunião com GF, resultaram na elaboração da **versão piloto III** (Anexos U), com 45 itens, aplicada na população alvo, para realizar-se um pré-teste.

c) Pré-teste

Nessa fase, o instrumento piloto foi aplicado numa amostra de **12 pessoas** da população alvo, conforme referido anteriormente. No decorrer da aplicação nessa amostra, verificou-se a necessidade de mudar a redação de **dois** itens na parte de importância do instrumento: *não ter filhos* e *não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)*. Embora estivessem semanticamente adequados - conforme as avaliações anteriores do CJ e do GF - não apresentavam sentido para as pessoas que estavam insatisfeitas com esses dois aspectos e para as quais era muito importante, tê-los, filhos e/ou esposo(a). Dessa maneira, foram modificadas as redações de ambos itens para *ter filhos e ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro (a)*, gerando-se a **versão piloto IV** (Anexo W), utilizada na continuidade da fase de pré-teste. Constatou-se também que, devido à baixa escolaridade e de alguns aspectos culturais regionais, vários pacientes não entendiam alguns termos, acarretando a adoção de sinônimos respectivos. No quadro V são mostrados os itens que apresentaram termos considerados críticos e que necessitaram de explicação, bem como os complementos usados e as observações. O último item - *o tempo que a ferida está levando para cicatrizar?* - é pouco compreendido somente na parte de importância.

Nesta fase, o tempo consumido, somente para responder ao IQVFP-VF, variou de 15 a 60 minutos, e deveu-se aos seguintes fatores: *extensão do instrumento* que, ao possuir duas partes, totaliza 84 itens; *a baixa escolaridade e aspectos culturais regionais e oportunidade de expressão dos pacientes*, o que gerava certa dispersão, pela necessidade de justificar as respostas dadas. Embora, do

ponto de vista prático, fosse importante conhecer o tempo real para aplicar o questionário, nesse momento, considerou-se mais importante ouvir as pessoas, que tinham necessidade de falar sobre seus sentimentos. Em determinados itens, houve expressões como choro, raiva, tristeza, sendo necessária interrupção temporária da entrevista até que o paciente se sentisse melhor.

Ao ser concluído esse teste, passou-se para a coleta final de dados, iniciando os procedimentos empíricos, apresentada a seguir.

II) Procedimentos empíricos

▪ Coleta final dos dados

A coleta final dos dados foi realizada com a aplicação da **versão piloto** **IV**. A amostra final foi constituída de 364 pacientes, que apresentavam feridas de diferentes etiologias e que se enquadraram nos critérios estabelecidos. Somente quatro pessoas foram excluídas: três por não se enquadrarem em todos os critérios de elegibilidade e uma que, devido à dor, pediu para interromper a entrevista. Dessa amostra, **259 (71,1%)** eram oriundas dos centros localizados no estado de São Paulo; **56 (15,4%)** de Minas Gerais e **49 (13,5%)** do estado do Ceará. Dos 364 questionários preenchidos, dois foram excluídos para a realização da análise das propriedades psicométricas, por

excederem 20% de itens sem respostas. No entanto, esses casos não foram excluídos das análises sócio-demográficas.

Da amostra total, 63 pessoas foram entrevistadas para participar do teste re-teste.

III) Procedimentos analíticos

Para atender os objetivos propostos neste estudo, são apresentados os resultados obtidos nas análises das propriedades psicométricas. Dados relativos à caracterização da amostra encontram-se no capítulo 6 - Método.

a) Análise de Confiabilidade

As análises para obtenção da confiabilidade, por meio da consistência interna (CI), estão apresentadas de acordo com os domínios que compõem o instrumento genérico (SF, SE, PE, Fa) e IQV total. As análises do teste e re-teste foram baseadas nos itens finais obtidos com a CI.

a.1) Consistência Interna

▪ Domínio Saúde e Funcionamento

Nas Tabelas de 11 a 15, estão apresentados os resultados do coeficiente alfa de Cronbach, bem como os relacionados à correlação item total (CIT), obtidos das análises realizadas no DSF.

A CI inicial do domínio SF produziu um alfa de 0,88. Ao realizar-se a matriz de correlação inter-item, constataram-se várias correlações negativas entre os mesmos, sendo esses: 3 com 4; 4 com 3, 27, 28; 7 com 27, 28; 27 com 4; 28 com 4 (Apêndice 4). Os resultados pertinentes aos coeficientes alfa de Cronbach e as correlações item-total dos itens encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11. Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento. São Paulo, Minas Gerais, Ceará, 2005.

ITENS		Coeficiente alfa de Cronbach do DSF se o item for excluído	Correlação item-total
1	Saúde	0,87	0,60
2	O cuidado com a saúde	0,87	0,41
3	O cuidado recebido no local da ferida	0,88	0,25
4	Dor não relacionada a feridas	0,87	0,43
5	Dor na ferida	0,87	0,49
6	O tratamento para a dor	0,88	0,40
7	Estar com ferida	0,87	0,45
8	Tempo de cicatrização	0,87	0,51
9	Drenagem e o odor da ferida	0,87	0,49
10	Aparência da ferida	0,87	0,54
11	Energia (fadiga)	0,87	0,56
12	Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	0,87	0,47
13	Controle sobre a própria vida	0,87	0,49
14	Mudanças na vida por causa da ferida	0,87	0,57
15	Capacidade de movimentar-se e locomover-se	0,87	0,56
16	Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	0,87	0,51
21	Sua vida sexual	0,88	0,29
27	Capacidade para se responsabilizar pela família	0,88	0,37
28	Ser útil aos outros	0,88	0,27
29	Sono	0,88	0,38
30	Preocupações	0,87	0,47
37	Lazer, diversão	0,87	0,48
38	Possibilidades de futuro feliz	0,87	0,46
Alfa do domínio: 0,88			

A partir da Tabela 11, verificou-se que todos os itens do DSF apresentam-se com alfa de Cronbach acima de 0,70. Dentre os itens com correlação negativa, constatou-se que o item 3 obteve correlação inferior a

0,30 (valor de corte). Essa CIT (0,25) revela, portanto, uma pequena contribuição para o domínio em questão. Nota-se desempenho semelhante para os itens 21 e 28 (0,28 e 0,27 respectivamente). Diante disso, procedeu-se à nova análise, primeiramente, excluindo-se o item 3, por apresentar a menor CIT e maior número de correlações negativas. Os novos coeficientes são exibidos na Tabela 12.

Tabela 12 - Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se o item 3. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do DSF se o item for excluído	Correlação item-total (CIT)
1	Saúde	0,87	0,59
2	O cuidado com a saúde	0,87	0,41
4	Dor não relacionada a feridas	0,87	0,44
5	Dor na ferida	0,87	0,49
6	O tratamento para a dor	0,88	0,40
7	Estar com ferida	0,87	0,46
8	Tempo de cicatrização	0,87	0,51
9	Drenagem e o odor da ferida	0,87	0,49
10	Aparência da ferida	0,87	0,54
11	Energia (fadiga)	0,87	0,56
12	Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	0,87	0,47
13	Controle sobre a própria vida	0,87	0,49
14	Mudanças na vida por causa da ferida	0,87	0,58
15	Capacidade de movimentar-se e locomover-se	0,87	0,55
16	Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	0,87	0,52
21	Sua vida sexual	0,88	0,29
27	Capacidade para se responsabilizar pela família	0,88	0,37
28	Ser útil aos outros	0,88	0,27
29	Sono	0,88	0,38
30	Preocupações	0,87	0,47
37	Lazer, diversão	0,87	0,48
38	Possibilidades de futuro feliz	0,87	0,46
Alfa do domínio: 0,88			

Na nova matriz de correlação (apêndice 5), ainda podem ser constatados itens negativamente correlacionados entre si: 4 com 27, 28; 5 com 21; 7 com

27 e 28; 21 com 5; 27 com 4 e 7; 28 com 4 e 7. A exclusão do item 3 produziu o mesmo valor de alfa de Cronbach. Com relação ao alfa e CIT, ao analisar-se a Tabela 8, observa-se que todos os itens obtiveram CIT superior a 0,3, exceto os itens 21 e 28 que se mantiveram idênticos ao desempenho anterior (Tabela 7). Assim sendo, optou-se pela retirada primeiramente do item 28, com CIT um pouco menor. Os resultados estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3 e 28. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do DSF se o item for excluído	Correlação item-total (CIT)
1	Saúde	0,87	0,59
2	O cuidado com a saúde	0,87	0,40
4	Dor não relacionada a feridas	0,87	0,45
5	Dor na ferida	0,87	0,49
6	O tratamento para a dor	0,87	0,39
7	Estar com ferida	0,87	0,47
8	Tempo de cicatrização	0,87	0,52
9	Drenagem e o odor da ferida	0,87	0,49
10	Aparência da ferida	0,87	0,54
11	Energia (fadiga)	0,87	0,55
12	Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	0,87	0,46
13	Controle sobre a própria vida	0,87	0,47
14	Mudanças na vida por causa da ferida	0,87	0,58
15	Capacidade de movimentar-se e locomover-se	0,87	0,56
16	Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	0,87	0,51
21	Sua vida sexual	0,88	0,29
27	Capacidade para se responsabilizar pela família	0,88	0,35
29	Sono	0,88	0,38
30	Preocupações	0,87	0,47
37	Lazer, diversão	0,87	0,47
38	Possibilidades de futuro feliz	0,87	0,45
Alfa do domínio: 0,88			

Com a exclusão dos itens 3 e 28 produziu-se um alfa de 0,88 para o DSF.

Mediante a análise da matriz de correlação inter-item (Apêndice 6), constatou-se a presença de itens negativamente correlacionados entre os itens: 4 com 27;

5 com 21; 7 com 27; 21 com 5; 27 com 4. Desse modo, optou-se pela retirada do item 21, uma vez que, além de estar negativamente correlacionado com o domínio, continuou apresentando CIT < 0,30. Os resultados estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3, 21, 28. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS	Coefficiente alfa de Cronbach do DSF se o item for excluído	Correlação item-total
1 Saúde	0,87	0,59
2 O cuidado com a saúde	0,87	0,40
4 Dor não relacionada a feridas	0,87	0,46
5 Dor na ferida	0,87	0,51
6 O tratamento para a dor	0,87	0,39
7 Estar com ferida	0,87	0,48
8 Tempo de cicatrização	0,87	0,52
9 Drenagem e o odor da ferida	0,87	0,50
10 Aparência da ferida	0,87	0,54
11 Energia (fadiga)	0,87	0,55
12 Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	0,87	0,46
13 Controle sobre a própria vida	0,87	0,46
14 Mudanças na vida por causa da ferida	0,87	0,59
15 Capacidade de movimentar-se e locomover-se	0,87	0,55
16 Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	0,87	0,50
27 Capacidade para se responsabilizar pela família	0,88	0,34
29 Sono	0,88	0,38
30 Preocupações	0,87	0,47
37 Lazer, diversão	0,87	0,46
38 Possibilidades de futuro feliz	0,87	0,45
Alfa do domínio: 0,88		

Após a retirada do item 21, mantém-se o mesmo valor do alfa de Cronbach (0,88). Todavia, a matriz de correlação (Apêndice 7) ainda apresenta correlações negativas entre os itens: 4 com 27; 7 com 4 e 27 com 4 e 7. Decidiu-se pela retirada do item 27, por possuir um número maior de

correlações bem como produzir menor contribuição para o domínio (CIT=0,34). Os novos resultados estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 –Confiabilidade dos itens do domínio Saúde e Funcionamento, excluindo-se os itens 3, 21, 27 28. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS	Coefficiente alfa de Cronbach do DSF se o item for excluído	Correlação item-total (CIT)
1 Saúde	0,87	0,59
2 O cuidado com a saúde	0,87	0,39
4 Dor não relacionada a feridas	0,87	0,48
5 Dor na ferida	0,87	0,52*
6 O tratamento para a dor	0,87	0,39*
7 Estar com ferida	0,87	0,50*
8 Tempo de cicatrização	0,87	0,53*
9 Drenagem e o odor da ferida	0,87	0,50*
10 Aparência da ferida	0,87	0,54*
11 Energia (fadiga)	0,87	0,54*
12 Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa	0,87	0,44
13 Controle sobre a própria vida	0,87	0,44
14 Mudanças na vida por causa da ferida	0,87	0,60*
15 Capacidade de movimentar-se e locomover-se	0,87	0,54*
16 Possibilidade de viver tanto quanto gostaria	0,87	0,49
29 Sono	0,87	0,38*
30 Preocupações	0,87	0,46
37 Lazer, diversão	0,87	0,45
38 Possibilidades de futuro feliz	0,87	0,44
Alfa do domínio: 0,88		*itens acrescentados.

Depois da excluídos os itens 3, 21, 27 e 28, não se observaram mais nenhuma correlação negativa entre os itens do domínio SF (Apêndice 8). Manteve-se um alfa de Cronbach de 0,88 para o domínio, com a presença de 19 itens. Todos os itens produziram alfa de Cronbach de 0,87 e uma CIT entre 0,38 e 0,60. Exceto os relacionados a *tratamento para dor* e *sono*, todos os demais itens específicos apresentaram maior contribuição para o domínio SF comparativamente aos itens originais, sendo o item com maior CIT (0,60), aquele relacionado às *mudanças na vida por causa da ferida*. A eliminação de

quaisquer itens remanescentes não acarretou melhoria do alfa de Cronbach (Tabela 15).

▪ **Domínio Sócio-econômico**

Na **versão piloto IV** do IQVP-VF, o domínio SE possuía dois itens relacionados ao trabalho (*ter e não ter trabalho*), o que levou a ocorrência de itens sem repostas, ao não se aplicarem a todas as pessoas. Portanto, para a realização da análise de confiabilidade, esses itens foram combinados, comportando-se como item único, segundo a proposta das autoras do instrumento.

A matriz de correlação (Apêndice 9) não evidenciou qualquer correlação negativa entre os sete itens que compõem o domínio. Esse agrupamento de itens produziu um alfa 0,62. Os demais resultados relativos ao alfa e CIT dos itens estão apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do domínio SE o item for excluído	Correlação item-total
24	Amigos	0,57	0,38
26	Suporte emocional de outras pessoas que não são da família	0,59	0,30
31	Vizinhança	0,55	0,44
32	Lar	0,58	0,33
33/34	Trabalho/Não ter trabalho	0,60	0,31
35	Escolaridade	0,61	0,26
36	Administrar o dinheiro	0,55	0,41
Alfa do domínio: 0,62			

Os dados da Tabela 16 mostram que todos os itens desse domínio apresentam alfa de Cronbach abaixo dos valores que determinam boa confiabilidade. Observou-se que o item 35 apresentou CIT 0,26, revelando baixa contribuição para o domínio, sendo excluído, de acordo com o critério previamente estabelecido. Os resultados da nova avaliação encontram-se na Tabela 17.

Tabela 17 - Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico sem o item 35. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do DSE se o item for excluído	Correlação item-total
24	Amigos	0,56	0,40
26	Suporte emocional de outras pessoas que não são da família	0,57	0,34
31	Vizinhança	0,52	0,47
32	Lar	0,57	0,34
33/34	Trabalho/Não ter trabalho	0,65	0,23
36	Administrar o dinheiro	0,54	0,40
Alfa do domínio: 0,61			

A matriz de correlação (Apêndice 10) não apresenta itens negativamente correlacionados. O novo modelo produziu um alfa 0,61 e reduziu a CIT do item relacionado ao *trabalho* (0,23), ficando abaixo do valor de corte, o que exigiu sua exclusão. Os novos resultados estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18- Confiabilidade dos itens do domínio Sócio-econômico, excluindo-se os itens 35 e 33/34. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do DSE se o item for excluído	Correlação item-total
24	Amigos	0,58	0,45
26	Suporte emocional de outras pessoas que não são da família	0,59	0,41
31	Vizinhança	0,55	0,50
32	Lar	0,65	0,30
36	Administrar o dinheiro	0,61	0,39
Alfa do domínio: 0,65			

A exclusão do item 33/34 produziu um alfa 0,65. Os itens remanescentes apresentam CIT $\geq 0,30$. A exclusão de qualquer outro item não gerou melhora do coeficiente. Assim sendo, o domínio SE permaneceu com 5 itens, com uma variação de 0,30 a 0,45 para a CIT e de 0,58 a 0,61 para os coeficientes alfa. Ressalta-se que, embora a retirada dos itens 33/34 e 35 tenham elevado o alfa em 0, 03 (0,62 para 0,65), não o elevou a um valor que reflete uma boa confiabilidade.

▪ **Domínio Psicológico/espiritual**

Na Tabela 19 estão exibidos os resultados da consistência interna do domínio PE.

Tabela 19 - Confiabilidade dos itens do domínio Psicológico/espiritual. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coeficiente alfa de Cronbach do domínio PE se o item for excluído	Correlação item-total
39	Paz de espírito, tranquilidade	0,79	0,48
40	Fé em Deus	0,81	0,30
41	Objetivos pessoais	0,78	0,55
42	Felicidade	0,76	0,65
43	Satisfação com a vida	0,76	0,65
44	Aparência pessoal	0,79	0,53
45	Consigo próprio (self)	0,76	0,66
Alfa do domínio: 0,81			

Os itens do domínio PE apresentam-se sem qualquer correlação negativa (Apêndice 11). A análise de confiabilidade produziu CI com um alfa

de Cronbach de 0,81 para o domínio. Os coeficientes dos itens variam de 0,76 a 0,81, conforme os dados da Tabela 19. A exclusão de quaisquer um dos itens não implica em aumento do α -Cronbach acima desse valor. Além disso, nenhum item apresentou CIT inferior a 0,30, variando de 0,30 a 0,66. O alfa produzido nesse domínio, com 7 itens, reflete boa confiabilidade.

▪ **Domínio Família**

Assim como no domínio SE, o domínio família do IQVFP-VF possuía dois itens que necessitaram ser combinados, sendo esses os relacionados *a ter ou não ter filhos e marido/companheiro/namorado*. A matriz de correlação (Apêndice 12) revela não haver itens negativamente correlacionados com o domínio. A análise dos itens produziu um alfa de 0,55. Os resultados da CIT e alfa de cada item estão exibidos na Tabela 20.

Tabela 20 - Análise de Confiabilidade dos itens do domínio FA. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coeficiente alfa de Cronbach do domínio FA se o item for excluído	Correlação item-total
17	Saúde da família	0,55	0,23
18/19	Filhos/não ter filhos	0,48	0,34
20	Felicidade da família	0,43	0,45
22/23	Ter cônjuge, marido, companheiro/não ter	0,55	0,24
25	Suporte emocional da família	0,46	0,37
Alfa do domínio: 0,55			

A análise dos dados da Tabela 20 sugere a retirada do item 17 e 22/23, por possuírem valores de CIT inferiores a 0,30, contribuindo de forma muito

fraca para o domínio. Primeiramente, foi retirado o item 17. Os novos resultados podem ser observados na Tabela 21.

Tabela 21 - Confiabilidade dos itens do domínio FA, excluindo-se o item 17. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do domínio FA se o item for excluído	Correlação item-total
18/19	Filhos/não ter filhos	0,48	0,33
20	Felicidade da família	0,45	0,37
22/23	Ter cônjuge, marido, companheiro/não ter	0,55	0,28
25	Suporte emocional da família	0,44	0,39
Alfa do domínio: 0,55			

Constata-se que o item 22/23 melhora sua contribuição (0,28) para o domínio Fa com a exclusão do item 17, mantendo-se, no entanto, ainda ligeiramente abaixo do valor de corte. O item foi, então, retirado e os novos resultados são exibidos na Tabela 22.

Tabela 22 - Confiabilidade dos itens do domínio FA, excluindo-se os itens 17 e 22/23. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS		Coefficiente alfa de Cronbach do domínio FA se o item for excluído	Correlação item-total
18/19	Filhos/não ter filhos	0,47	0,34
20	Felicidade da família	0,47	0,34
25	Suporte emocional da família	0,39	0,39
Alfa do domínio: 0,55			

Os resultados da Tabela 22 mostram que os itens remanescentes apresentam CIT > 0,30. Todavia, a retirada desses itens não produz elevação do alfa de Cronbach, mantendo-se o coeficiente de 0,55. Além disso, tampouco melhora a contribuição dos mesmos para o domínio, significando

que sua permanência ou retirada não afeta o domínio, exceto em relação ao número de itens componentes. O total de três itens remanescentes torna-o muito desproporcional aos demais domínios, nesse quesito, principalmente em comparação ao domínio SF.

Para concluir a análise da confiabilidade da versão feridas do IQVFP, realizou-se a CI da qualidade de vida geral. Nessa análise obteve-se um alfa de Cronbach 0,90.

A síntese dos resultados de CI, apresentados até aqui, encontra-se na Tabela 23.

Tabela 23 – Resultado final da análise de confiabilidade do IQVFP-VF. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

ITENS	Coefficiente alfa de Cronbach	Nº Itens	n
Saúde e Funcionamento	0,88	19 ^f	362
Sócio-econômico (com todos os itens do instrumento original) ^a	0,62	7	362
Sócio-econômico (excluindo os itens com CIT < 3,0)	0,65	5 ^f	362
Psicológico/espiritual	0,81	7 ^f	362
Família (com todos os itens da versão feridas) ^b	0,55	5	362
Família (excluindo itens com CIT < 3,0) ^c	0,55	3 ^f	362
IQV geral (excluindo os itens negativos e com CIT <0,30) ^d	0,90	34 ^f	362
IQV geral (excluindo os itens negativos do DSF) ^e	0,90	38	362

^adomínio SE possui 8 itens, mas somente 7 devem ser respondidos. ^bO domínio Fa possui 7 itens, somente 5 devem ser respondidos. ^cDomínio Fa final possui 4 itens, mas somente 3 devem ser respondidos. ^dO instrumento final possui 35 itens, todavia somente 34 são respondidos. ^eO instrumento possui 41 itens, somente 38 devem ser respondidos. ^fItens da versão final (excluindo itens com CIT <0,30 e correlações negativas).

De acordo com a Tabela 23, constata-se que os domínios SF (onde foi inserido os novos itens) e PE, apresentam coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach com bom nível de CI, conforme os valores de

referência adotados. Já os domínios SE e Fa apresentam valores mais baixos, pior para o domínio Fa. Quanto ao instrumento completo, produzido pelos 34 itens remanescente (Quadro VII), obteve-se um alfa 0,90. Constatase que a remoção de itens que apresentaram CIT $\leq 0,30$ não produziu efeito sobre o alfa do instrumento completo. No anexo Y apresenta-se a versão sem retirada dos itens dos domínios SE e Fa. E no anexo Z, a versão final obtida com a exclusão de itens negativos e com CIT $\leq 0,30$.

Quadro VII: Itens componentes da IQVFP- Versão feridas (Final)

IQVFP-VF	
Domínio Saúde e Funcionamento	Domínio Sócio-econômico
Saúde O cuidado com a saúde Dor não relacionada a feridas Dor na ferida O tratamento para a dor Estar com ferida Tempo de cicatrização Drenagem e o odor da ferida Aparência da ferida Energia (fadiga) Capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa Controle sobre a própria vida Mudanças na vida por causa da ferida Capacidade de movimentar-se e locomover-se Possibilidade de viver tanto quanto gostaria Sono Preocupações Lazer, diversão Possibilidades de futuro feliz	Amigos Suporte emocional de outras pessoas que não são da família Vizinhança Lar Administrar o dinheiro
Domínio Psicológico/Espiritual	Domínio Família
Paz de espírito, tranquilidade Fé em Deus Objetivos pessoais Felicidade Satisfação com a vida Aparência pessoal Consigo próprio (self)	Filhos/não ter filhos Felicidade da família Suporte emocional da família

▪ **Domínios do WHOQOL-bref**

Concluída a análise de confiabilidade do IQVFP-VF, a CI dos domínios que compõem o instrumento WHOQOL-bref também foi analisada, uma vez que esse instrumento foi utilizado para proceder à avaliação da validade de construto do IQVP-VF. Os resultados da CI do WHOQOL-bref são mostrados na Tabela 24.

Tabela 24- Confiabilidade do WHOQOL-bref segundo domínios e QV geral.

Domínios do WHOQOL-breve	Coefficiente de Cronbach	Número de casos	Número de itens
Físico	0,76	175	7
Psicológico	0,73	175	6
Relações sociais	0,52	163	3
Meio-ambiente	0,72	175	8
Qualidade de vida geral	0,68	179	2

Constata-se que o instrumento WHOQOL-bref apresenta boa confiabilidade nos domínios físico, psicológico e meio-ambiente (Tabela 24). O domínio relações sociais apresenta uma confiabilidade baixa. Esse domínio também teve CI mais baixa que os demais em outros estudos^{145,156,157}. Destaca-se que, nesse domínio, estão inseridos itens referentes às *relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas...)*. Quanto ao alfa dos itens que avaliam a QV geral, também encontram-se abaixo daquele que exprime boa confiabilidade ($\geq 0,70$).

a.2) Estabilidade (teste e re-teste)

A concordância entre as respostas do teste e do re-teste, para os itens dos domínios e IQV geral, foi analisada pelo coeficiente de correlação intraclass, tendo como base o modelo final obtido na CI. A estatística descritiva é exibida da Tabela 25 e os resultados da ICC na Tabela 26.

Tabela 25 – Escores obtidos no teste e re-teste, segundo os domínios e QV geral. São Paulo, 2005.

Domínios	n	Teste					Re-teste				
		Média	DP	Mediana	Mín	Máx	Média	DP	Mediana	Mín	Máx
SF	63	21,3	3,1	21,8	7,9	27,4	22,2	2,6	22,2	14,5	27,2
SE	63	23,2	3,2	23,4	9,5	29,5	23,9	2,6	24,1	17,7	30,0
PE	63	23,3	3,6	23,4	5,1	29,6	24,0	2,8	24,3	14,1	29,1
FA*	63	27,8	3,1	29,2	16,0	30,0	28,1	2,4	29,2	18,8	30,0
QV geral	63	22,6	2,6	22,7	8,3	27,4	23,3	1,9	23,4	17,0	27,5

* Escore obtido com a combinação dos itens *ter e não ter filhos*.

Tabela 26 - Concordância entre os escores dos domínios do IQVFP-VF do teste e re-teste

Domínios	Concordância		
	ICC	p-valor	IC 95%
Saúde e Funcionamento	0,85	<0,0001	0,53 - 0,83
Sócio-econômico	0,84	<0,0001	0,56 - 0,82
Psicológico/espiritual	0,83	<0,0001	0,53 - 0,80
Família	0,85	<0,0001	0,60 - 0,83
IQV Total	0,87	<0,0001	0,52 - 0,84

Notas:: ICC= *coeficiente de correlação intraclass*; IC= *intervalo de confiança*.

Por meio dos dados da Tabela 26, verifica-se que os resultados de concordância obtidos no teste e re-teste, em todos os domínios e QV geral, são considerados excelentes, de acordo com os valores de referência adotados

neste estudo. Esses dados atestam a confiabilidade no teste de estabilidade, pois as correlações estão muito próximas de 1.

Concluídas as análises para testar a confiabilidade do IQVFP-VF, os próximos resultados referem-se às análises de validade.

b) Validade

Para proceder às análises de validade de critério e de construto, utilizaram-se os domínios do IQVFP-VF, estabelecidos após a análise de consistência interna e que resultou na retirada de alguns itens, conforme apresentado anteriormente. A seguir, são apresentados os resultados pertinentes à validade.

▪ **Validade de Conteúdo**

A validade de conteúdo foi apresentada como resultado dos procedimentos teóricos, quando realizada a concordância das análises dos membros do CJ (Tabelas 7 a 10).

▪ **Validade de Critério concorrente**

A validade de critério concorrente, testada pela correlação entre o item *satisfação com a vida* e os domínios do IQVFP-VF, tem seus resultados apresentados na Tabela 27.

Tabela 27 - Correlação entre o item *satisfação com sua vida de modo geral* e os domínios do IQV.

<i>Domínios IQV</i>	<i>Satisfação com a vida de modo geral</i>	
	<i>r -Spearman</i>	<i>p-valor</i>
Saúde e Funcionamento	0,39**	0,000
Sócio-econômico SE	0,42**	0,000
Psicológico-espiritual	0,69**	0,000
Família	0,28**	0,000
IQV Total	0,52**	0,000

Notas: ** Estatisticamente significativa ao nível de 0,01

Nota-se, na Tabela 27, que há correlações positivas estatisticamente significantes entre o item *satisfação com a vida* e os domínios, bem como com o IQV total do IQVP-VF. As correlações são consideradas moderadas a fortes ($> 0,30$) para os domínios SF, SE, PE e a QV geral, e fracas para o DFa, atestando a validade de critério do tipo concorrente.

▪ Validade de Construto

- Convergente

A validade de construto convergente, testada por intermédio da correlação entre os domínios do IQV e os do WHOQOL-bref, tem seus resultados exibidos na Tabelas 28.

Tabela 28 - Correlação entre os domínios do IQVFP- VF e os domínios do WHOQOL-bref.

<i>Domínios IQVFP-VF</i>	<i>Domínios WHOQOL-bref</i>				
	1. Físico	2.	3. Relações	4. Meio-	QV geral
	(Fi)	Psicológico	Sociais	Ambiente	
	<i>r (p-valor)</i>	(Ps) <i>r (p-valor)</i>	(RS) <i>r (p-valor)</i>	(MA) <i>r (p-valor)</i>	
1. SF	0,39 (0,001)**	0,35 (0,001)**	0,29 (0,001)**	0,48 (0,001)**	0,51 (0,001)**
2. SE	0,18 (0,002)**	0,35 (0,001)**	0,54 (0,001)**	0,46 (0,001)**	0,48 (0,001)**
3. PE	0,32(0,001)**	0,49 (0,001)**	0,49 (0,001)**	0,53 (0,001)**	0,56 (0,001)**
4. FA	-0,58(0,444)	0,21 (0,004)**	0,35 (0,001)**	0,27 (0,001)**	0,30 (0,001)**
5. IQV Geral	0,36(0,001)**	0,41 (0,001)**	0,41(0,001)**	0,56 (0,001)**	0,60 (0,001)**

Notas: Correlação estatisticamente significativa: ** $p \leq 0,01$

Os dados da Tabela 28 mostram que, com exceção do domínio **Fa** do IQVF-VF e o domínio **Fi** do WHOQOL-bref - que se correlacionam negativamente - todos os demais possuem convergência entre si. As correlações estatisticamente significativas variam de 0,17 a 0,56. O domínio **SF** do IQVF-VF apresenta a melhor correlação como o domínio **MA** do WHOQOL-bref ($r=0,48$). O domínio **SE** do IQVF-VF correlaciona-se melhor com os domínios **RS** e **MA** (0,54 e 0,46 respectivamente) do WHOQOL-bref. O domínio **Fa** do IQVF-VF foi o que apresentou as correlações mais baixas, no entanto, apresenta-se moderadamente correlacionado com o domínio **RS** do WHOQOL-bref. Há forte correlação entre a **QV geral** de ambos instrumentos (0,60).

Algumas hipóteses foram estabelecidas sobre a magnitude das correlações entre os domínios de ambos instrumentos (capítulo 3 – Hipóteses), tendo sido todas elas confirmadas, exceto aquela relacionada ao domínio **PE** do IQVF-VF e **Fi** do WHOQOL, onde se esperava correlação fraca.

- Discriminante

A validade de construto do tipo discriminante - testada por meio da comparação das médias e DP dos escores dos domínios e da qualidade de vida geral com as variáveis: **número** de feridas, **duração** das feridas, **idade** e **dor** – tem seus resultados apresentados nas Tabelas 29 a 33.

Tabela 29 – Comparação entre médias e desvios-padrão dos escores dos domínios e QV geral do IQVFP-VF de indivíduos com 1 ferida e ≥ 2 feridas. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

Domínios do IQV	Número de feridas				p-valor
	Média (dp)				
	1		≥ 2		
	Média (DP)	n	Média (DP)	n	
Saúde e Funcionamento	20,1 (5,2)	237 (65,5%)	19,2 (5,2)	125 (34,5%)	0,093
Sócio-econômico	25,2 (4,3)	237 (65,5%)	24,4 (4,5)	125 (34,5%)	0,069
Psicológico/espiritual	23,5 (5,4)	237 (65,5%)	23,0 (5,1)	125 (34,5%)	0,244
Família	26,7 (4,5)	237 (65,5%)	26,5 (5,1)	125 (34,5%)	0,913
Qualidade de vida geral	22,1 (4,3)	237 (65,5%)	21,4 (4,1)	125 (34,5%)	0,047*

Notas: * p-valor do teste de *Mann-Whitney* ($p < 0,05$).

Para a variável número de feridas, constatou-se haver discriminação somente nos escores da qualidade de vida geral (Tabela 29). Os resultados revelam que as pessoas com maior número de feridas apresentam pior QV geral. Não há diferença estatisticamente significativa entre os escores dos domínios.

Tabela 30 - Médias e desvio-padrão dos domínios e QV geral do IQVFP-VF e a duração da ferida atual. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

Domínios e IQV	Duração da ferida (meses)								p-valor
	0 a 3		4 a 11		12 a 59		≥ 60		
	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	Média (DP)	n	
SF	20,3 (4,2)	83	20,4 (4,8)	77	19,0(5,4)	100	19,6(5,9)	101	0,197
SE	24,5 (3,9)	83	27,5 (4,3)	77	24,7(4,9)	100	25,2(4,7)	101	0,291
PE	23,3(4,0)	83	25,2(3,8)	77	22,5(5,6)	100	24,2(5,8)	101	0,017*
Fa	26,8(4,0)	83	23,3(5,5)	77	26,2(5,0)	100	26,1(5,2)	101	0,213
QV geral	22,1(3,3)	83	22,3(4,0)	77	21,2(4,5)	100	21,9(4,9)	101	0,165

Notas: * p-valor do teste de *Kruskal-Wallis* ($p < 0,05$).

Quanto à duração da ferida, pode-se constatar haver discriminação entre a duração da ferida atual somente no domínio PE ($p=0,017$).

Tabela 31 - Médias e desvio-padrão dos domínios e QV geral do IQVFP-VF e a pior intensidade de dor uma semana antes da entrevista. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

Pior intensidade de dor uma semana antes da entrevista												
<i>Domínios e IQV</i>	Sem dor (0)		Leve (1 a 4)			Moderada (5-6)			Intensa (7 a 10)			p-valor
	Média (DP)	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP	n	
SF	20,58 (5,63)	54	19,7	5,3	103	19,3	5,1	47	19,7	5,1	118	0,947
SE	26,95 (5,46)	54	25,4	4,1	103	23,4	4,4	47	25,0	4,2	118	0,015**
PE	25,95 (4,23)	54	23,0	5,5	103	23,0	4,7	47	23,1	5,8	118	0,704
Fa	24,41 (4,90)	54	26,1	5,1	103	26,4	4,5	47	26,8	4,2	118	0,627
QV geral	22,72 (4,39)	54	21,8	4,3	103	21,3	4,1	47	21,8	4,2	118	0,721

Notas: ** estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

Quanto aos escores de dor, analisando-se a intensidade do momento, por meio do teste de Kruskal-Wallis, constatou-se não haver discriminação entre as médias em nenhum domínio, bem como na QV geral. Já para a pior intensidade de dor, apresentada uma semana antes da entrevista, (Tabela 31), houve discriminação entre os escores no domínio SE ($p=0,015$). Ao ser realizada a análise de correção de Bonferroni, visando identificar onde estava a diferença entre as médias dos escores do domínio SE, nos 4 grupos, verificou-se que a diferença recaiu sobre os indivíduos com *dor moderada* e *sem dor* ($p=0,014$) e entre aqueles com *dor moderada* e *dor leve* ($p= 0,037$).

Para a idade, procedeu-se a duas formas de análise: com dois (não idosos e idosos) e três grupos etários (adultos jovens, adultos e idosos). Esses resultados estão apresentados nas Tabelas 32 e 33.

Tabela 32 - Comparação das médias dos domínios, IQV geral e segundo faixas etárias não idosos e idosos. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

<i>Domínios e IQV</i>	Faixas etárias (anos)						P-valor
	20 a 59 anos			≥ 60			
	n	Média	(DP)	n	Média	(DP)	
SF	151	19,2	5,2	211	20,2	5,1	0,043*
SE	151	24,4	4,3	211	25,3	4,4	0,008*
PE	151	22,4	5,1	211	24,0	5,4	0,000*
Fa	151	26,2	5,2	211	26,9	4,4	0,145
QV geral	151	21,2	4,1	211	22,3	4,3	0,003*

Notas: * Estatisticamente significativa, p-valor do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

A Tabela 32 mostra haver discriminação entre os escores médios dos domínios SF ($p = 0,043$), SE ($p = 0,008$), PE ($p = 0,000$), qualidade de vida geral ($p = 0,003$) nas faixas etárias referentes aos não idosos e idosos. Essa diferença somente não ocorreu no domínio Fa. Os resultados permitem inferir que as pessoas idosas possuem melhores escores de QV nesses aspectos comparativamente aos não idosos, atestando a hipótese estabelecida.

Tabela 33 - Comparação das médias dos domínios, IQV geral e segundo faixas etárias: adultos jovens, adultos e idosos. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

<i>Domínios e IQV</i>	Adultos jovens, adultos e idosos									
	Adultos Jovens			Adultos			Idosos			p-valor
	20 a 30 anos			31 a 59 anos			≥ 60 anos			
	Média	(DP)	n	Média	(DP)	n	Média	(DP)	n	
SF	19,7	4,4	26	19,0	5,4	125	20,2	5,1	211	
SE	22,7	3,9	26	24,7	4,3	125	25,3	4,4	211	
PE	22,5	4,5	26	22,3	5,2	125	24,0	5,4	211	
Fa	26,1	5,0	26	26,3	5,2	125	26,9	4,4	211	
QV geral	21,3	3,7	26	21,2	4,2	125	22,3	4,3	211	

Notas: * Estatisticamente significativa, p-valor do teste de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$).

Os dados da Tabela 33 mostram que os domínios SE, PE e QV geral discriminam os pacientes segundo o grupo etário (adultos jovens, adultos e

idosos). Essas diferenças diferem do modelo anterior somente no domínio SF. Ao ser realizado o teste de correção de Bonferroni, verificou-se que, no domínio SE, a diferença das médias é significativa entre os adultos jovens e idosos ($p = 0,011$). Já no PE ($p = 0,015$) e QV geral ($p = 0,049$), a diferença ocorre entre adultos e idosos. Constata-se, mais uma vez, que pessoas idosas com feridas apresentam melhores escores de qualidade de vida, ratificando a hipótese estabelecida.

♦ ***Análise Fatorial Confirmatória***

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada para verificar o ajuste do modelo final obtido na conclusão da CI. Esses resultados estão apresentados na Figura 3.

Figura 3 - Análise fatorial confirmatória do IQVFP-VF. São Paulo, Minas Gerais e Ceará, 2005.

À esquerda da Figura 3 estão apresentadas as variâncias dos erros dos itens (maiores valores indicam maiores erros) e à direita as cargas fatoriais dos domínios (fatores)¹⁵⁸.

Verificam-se, para os domínios, as seguintes correlações: 0,44 entre SF e SE; 0,54 entre SF e PE; 0,44 entre SF e Fa; 0,65 entre Fa e SE e 0,61 entre SE e PE. Todas as correlações obtidas entre os domínios variam entre *moderadas* e *fortes*. Para os itens, suas cargas fatoriais variam de 0,40 a 0,63 no domínio SF (moderadas a fortes); de 0,42 a 0,60 no domínio SE (moderadas); de 0,28 a 0,77 (fracas a fortes) no PE e de 0,43 a 0,77 (moderadas a fortes) no domínio Fa. Nessa análise, percebe-se que o item com menor correlação, (0,28) - *fé em Deus* - está inserido no domínio PE.

Conforme exposto nos métodos deste estudo, outras medidas são produzidas na análise fatorial confirmatória, como GFI, RMSEA, AGI, NFI, NNFI, CFI e qui-quadrado normado, expostas a seguir.

O valor obtido para o GFI foi de 0,77. Ao serem analisadas as medidas de ajuste incremental do modelo, verificou-se que o AGI (0,74) e o NFI (0,87) estão ligeiramente abaixo da referência desejada de 0,90. Contudo, as medidas do NFI e NNFI excedem 0,80.

Quanto ao índice de ajuste comparativo do modelo (CFI), obteve-se um valor de 0,90.

A medida do qui-quadrado normado é inferior a 5, e o RMSEA é próximo de 0,08 – valor limítrofe – inserindo-se dentro dos limites de algumas referências para a mesma e excedendo os de outras⁸¹.

Essas medidas de ajuste absoluto indicam que o modelo IQVFP-VF é, no mínimo, perifericamente aceitável e ajustado parcimoniosamente.

Finalizadas as análises de validade, encerra-se a apresentação dos resultados do estudo, os quais são discutidos no próximo capítulo.

8. Discussão

Neste capítulo, são discutidos os resultados obtidos no processo de construção da versão feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, a partir de sua versão genérica III.

A realização deste estudo justifica-se pela inexistência de um instrumento de QV, no universo das feridas, aplicável em pessoas com feridas de qualquer etiologia, conforme apresentado na introdução desta tese.

A construção da versão específica do IQVFP foi realizada segundo os pressupostos da psicometria, sendo baseada no modelo proposto pelo professor Luiz Pasquali. Embora tenhamos acessado somente os procedimentos teóricos de seu modelo de construção, esse foi fundamental para a elaboração desta investigação.

Nesse sentido, propõe-se discutir os resultados obtidos de acordo com as etapas procedimentais adotadas, e previamente apresentadas, e com base nas hipóteses e objetivos estabelecidos.

Na etapa dos procedimentos teóricos, é importante destacar os aspectos relativos à análise semântica, realizada pelos juizes, em dois momentos distintos.

A despeito de terem sido feitos todos os ajustes solicitados pelos juizes - tanto especialistas como pacientes - na fase de pré-teste, constatou-se que dois itens não apresentavam significado para alguns pacientes, na parte de importância, embora tivessem obtido bom nível de concordância quanto à sua

clareza e compreensão. Além disso, também houve dificuldades de compreensão de certos termos, por parte de pessoas com baixa escolaridade e oriundas de outras regiões do país, sendo necessário o emprego de sinônimos ou palavras explicativas. Tais problemas rompem preceitos semânticos de elaboração de instrumentos - nos quais *todos os itens devem ser compreensíveis por todos os membros da população, mas sem serem demasiadamente primitivos para pessoas com nível intelectual privilegiado* – comprometendo, assim, a validade aparente⁷⁶.

Ressalta-se que a versão genérica do IQVFP já havia passado por processo de adaptação transcultural, previamente a este estudo, onde a autora buscou fazer tais refinamentos³⁸. Além disso, todos os itens dessa versão genérica foram novamente e duplamente analisados em nosso estudo, conforme mencionado anteriormente.

Tais resultados reforçam dois aspectos relevantes no processo de construção de instrumentos de medida, quais sejam, o pré-teste e o refinamento semântico dos itens e enunciados, mesmo que previamente adaptados para a cultura local.

Quanto ao pré-teste, a sua importância vai além do que simplesmente familiarizar-se com a aplicação do instrumento. Essa etapa é, sem dúvida, uma oportunidade para ajustar os instrumentos recém construídos, antes de se passar para uma coleta final.

No que diz respeito ao refinamento, os achados corroboram a necessidade de aplicação contínua dos instrumentos, em diversos cenários e populações, especialmente em nosso país, dotado de grande diversidade cultural. Nesse sentido, considera-se bastante oportuna a realização deste estudo em três estados de diferentes regiões – Sudeste e Nordeste – o que possibilitou incorporar ajustes para a melhor compreensão da versão feridas, isto é, para o seu refinamento semântico.

Ter um instrumento bem calibrado, do ponto de vista semântico, para a população com feridas é de suma importância, pois a sua maioria é constituída de pessoas com condição social, econômica e educacional menos favorecida, conforme atestados na caracterização dessa amostra em outros estudos^{12,65,72}.

Ainda nesta etapa teórica do desenvolvimento do IQVFP-VF, merece registro a persistência de alguns itens problemáticos, oriundos da versão genérica III original. A falta de publicações acerca de mudanças na maneira de tratar os itens considerados excludentes – como *ter e não ter trabalho* – sejam em revistas indexadas, sejam no próprio site da autora, além da ausência dessas indicações em outros estudos, nacionais e internacionais, que utilizaram o IQVFP, acarretaram alguns problemas e dúvidas, durante todo o processo de construção da versão feridas. Certamente, passados tantos anos desde sua construção e publicações iniciais, em 1985 e 1992, é provável que mudanças

tenham acontecido para aprimorar o instrumento, até em decorrência de suas múltiplas aplicações, nos EUA e fora dele.

Conseqüente a esse fato, os resultados aqui obtidos foram submetidos às mesmas análises estatísticas por três vezes. Além do consumo desnecessário de tempo, esse processo também produziu um aprendizado: as publicações devem exigir métodos melhor e mais detalhadamente descritos, permitindo uma importante função da pesquisa, que é a sua reprodutibilidade!

No processo de inclusão de itens, a fim de evitar que pessoas *sem filhos* e/ou *sem marido, companheiro ou namorado* deixassem de responder tais itens do questionário – gerando elevado *missing* – e à semelhança da questão *trabalho* - já existente na versão genérica - desdobraram-se as questões pertinentes a *filhos* e *companheiros*, conforme apresentado no capítulo 6.

Em termos de análise de escores de QV, esse procedimento ofereceu a possibilidade de conhecer tais variáveis nessa clientela. Todavia, esse desdobramento mostrou-se inadequado, por suas repercussões nas análises iniciais de consistência interna do instrumento, acarretando a necessidade de compor quatro grupos distintos. Diante disso, nesta etapa optou-se pela sua exclusão, para continuidade dos procedimentos analíticos.

Quanto ao item *ter e não ter trabalho* - que também comprometeu a análise de consistência interna do instrumento - o problema foi resolvido

compondo-se dois grupos distintos, o que não foi possível com os itens anteriores.

Além dos itens excludentes, encontraram-se alguns outros problemas que contribuíram para a perda de casos. No domínio SF, por exemplo, havia grande número de casos sem repostas no item relacionado à *vida sexual* (25% ou 91 casos). Pessoas que não possuíam vida sexual ativa, devido à disfunção erétil, falta de parceiro ou por opção, deixavam-no sem resposta, uma vez que a pergunta não se aplicava. Assim como esse item, houve outros que não foram respondidos, seja por não se aplicarem, por desinteresse do sujeito em responder ou falha do entrevistador.

Todas essas condições resultaram em redução importante da amostra para a consecução das análises das propriedades psicométricas da versão feridas.

Tal avaliação levou ao tratamento dos itens, conforme os critérios adotados para esse estudo, o que permitiu a continuidade da investigação.

De qualquer maneira, ao analisar-se a consistência interna do instrumento em 3 amostras diferentes - resultantes da exclusão de todas os casos sem respostas (n=77), da combinação dos itens excludentes (n=210) e de itens tratados (n=362) - obtiveram-se coeficientes alfa de Cronbach semelhantes, o que demandou novos questionamentos sobre a confirmação da confiabilidade, presente em estudos e publicações anteriores.

Buscando clarear as dúvidas pertinentes aos estudos prévios, realizados em nosso meio, e visando a identificar dados sobre a caracterização das amostras e aos procedimentos adotados para analisar a consistência interna, a seguir, alguns deles são apresentados cronologicamente.

O primeiro estudo realizado refere-se a tradução e validação do IQVFP e foi desenvolvido por Kimura³⁸, em uma população de 52 pacientes, egressos de unidade de terapia intensiva. O perfil dessa amostra foi: idade média $60,6 \pm 4,41$ anos - variação entre 21 a 94; 65,4% pertencentes ao sexo masculino; $3,5 \pm 2,7$ filhos - variação zero a 12; $5,5 \pm 4,0$ anos de estudos completos (Kimura, 1999). No processo de validação permaneceram 27 itens, sendo 7 itens (*vida sexual, trabalho, não ter trabalho, escolaridade, aparência, saúde da família, cônjuge*) excluídos por terem sido inconsistentes ou apresentarem correlações negativas. Os resultados da consistência interna foram obtidos junto a **49 casos**. Nesse estudo, encontraram-se informações sobre o número de casos para atestar a consistência interna, a presença de correlações negativas e os itens com baixa contribuição para o domínio.

Um segundo estudo, realizado por Machado¹⁵⁹, objetivou validar essa versão do IQVFP, traduzida para o português, em população geral residente no município de Londrina-PR. A amostra compôs-se de 300 pessoas selecionadas, segundo dados estatísticos do município, obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Obteve-se o seguinte perfil:

59,7% masculinos, idade média 33 anos; 56,7% sem companheiros; 44% sem filhos; 60,6% com escolaridade acima do primeiro grau e 60,0% trabalhavam (atividade remunerada). A autora relata ter havido 61 casos sem resposta no domínio SF e 108 casos no SE. Para os demais domínios, não há informação. Ao analisar-se o perfil da amostra, encontram-se subsídios que podem justificar a ocorrência de mais casos sem resposta, uma vez que havia 132 pessoas sem filhos, podendo ocasionar perdas de casos no domínio família. Todavia, não há registros sobre o número real de casos utilizados para analisar a confiabilidade e a presença de correlações negativas.

Meneguín¹⁶⁰ aplicou a versão genérica a uma amostra de 60 pessoas portadoras de cardiopatias valvares, com idade média $42,9 \pm 12,4$ e 51,6% pertencentes ao sexo feminino; somente 33% trabalhavam; a média de filhos foi $2,8 \pm 2,2$ e a maioria tinha companheiros (44 ou 73,3%). Não há relatos sobre o número de casos utilizados na análise de consistência interna. Porém, sem efetuar-se a combinação dos escores entre os itens de *trabalho* ou o ajuste dos dados sem resposta (16 sem companheiros, outros sem filhos, além de outras perdas que possam ter ocorrido), supõe-se ter havido sensível diminuição do número total de casos, o que impossibilitaria a realização do teste, uma vez que sua amostra já era muito reduzida.

Analisando-se o estudo desenvolvido para a dissertação de mestrado², realizado com 89 pessoas com úlceras venosas. A amostra foi caracterizada

por predominância do sexo feminino (68,54%); idade média $53,44 \pm 13,18$, variando entre 25 a 84 anos; escolaridade abaixo da fundamental incompleta (89,77%); com zero a 12 filhos; com 47% sem companheiro e 73% sem trabalho, os dados sugerem ter havido casos sem resposta, uma vez que havia pessoas sem marido, filhos e trabalho. Verifica-se que a correlação item-total é superior a 0,30, em todos os domínios, porém, não há informações acerca de quantos itens resultaram para testar a confiabilidade e da presença de correlações negativas nas análises.

O último estudo a ser discutido, foi o de Kawakane¹⁶¹, que validou o instrumento junto a 264 alunos de graduação em enfermagem. A amostra caracterizava-se por pessoas com idade entre 17 a 20 anos (65,5%); solteiros (88,6%); sem filhos (89,8%) e sem trabalho (90,5%). Na análise de confiabilidade, há registro da exclusão de itens (*filhos, cônjuge, trabalho, não ter trabalho, independência financeira*) - devida ao número elevado de ausência de respostas ou pela presença de correlações negativas - bem como do número de casos adotados para analisar esse coeficiente, em cada domínio. A autora considerou que as amostras foram suficientes para o procedimento.

Analisados os estudos, pode-se concluir que, somente naqueles realizados por Kimura³⁸ e Kawakane¹⁶¹, os critérios adotados para atestar a confiabilidade, pela consistência interna, estão bem definidos. Em ambos, houve exclusão de itens por perda de casos, correlações negativas ou baixa

contribuição ao domínio. Talvez, desde o primeiro estudo de adaptação transcultural do IQVFP, em nosso meio, essas perdas poderiam ser evitadas, se o critério de combinação de itens estivesse claramente estabelecido já nas publicações originais do instrumento, nas décadas de 80 e 90.

Além da questão acerca do tamanho da amostra, em que a consistência interna dos instrumentos é analisada, outro tópico - aparente nesta investigação e que merece discussão - é o grau de impacto que o tamanho da amostra exerceu sobre o coeficiente alfa de Cronbach. Conforme mencionado antes, nas três diferentes amostras em que a consistência interna foi analisada, decorrente dos ajustes das respostas, praticamente não houve alteração desses coeficientes para o instrumento total (0,93; 0,90 e 0,90 respectivamente para 77, 210 e 362 casos) e para os domínios SF, PE, SE; exceto para o domínio família, com pior desempenho na amostra maior. Na primeira análise (165 casos e quatro itens), esse domínio obteve um alfa limítrofe (0,69) que, com aproximação (0,7), atestaria sua confiabilidade. Já na segunda (330 e 4 itens) e terceira (362 e 3 itens) análises, esse domínio obteve o mesmo valor de alfa (0,55), afastando-se consideravelmente do valor de referência para a confiabilidade. Em síntese, embora não tenha havido mudanças relevantes na CI, com exceção do domínio Fa, houve um comportamento muito diferente nas correlações inter-item, item total, exclusão de itens, análise confirmatória entre outras análises.

Visto que o objetivo deste estudo é a construção e validação de um instrumento específico de avaliação da QV de pessoas com feridas e, segundo as bases teóricas, são necessários, no mínimo, 5 a 10 casos por item do instrumento, para a composição da amostra, finalmente decidiu-se apresentar os resultados concernentes à amostra final ($n= 362$) e, sobre ela, proceder à discussão.

No processo de análise da CI, alguns itens originais foram excluídos do instrumento. No domínio SF, os itens *vida sexual*, *capacidade para se responsabilizar pela família*, *ser útil aos outros* foram excluídos pela presença de correlações negativas ou baixa contribuição ao domínio. No domínio SE, os itens *escolaridade e trabalho [combinação de ter e não ter]* e, no domínio Fa, os itens *saúde da família e esposo(a), namorado (a) ou companheiro, namorado(a) [combinação de ter e não ter]*, a exclusão ocorreu devido às correlações item total estarem abaixo do valor de referência adotado.

A retirada dos itens pertencentes aos domínios SE e Fa não produziu efeitos importantes sobre a CI. No domínio SE, elevou-se o alfa de Cronbach de 0,62 para 0,65.

Como se verifica, para o SE, a mudança foi incipiente, resultando em um valor de alfa inferior àquele que confirmaria sua confiabilidade. Já para o domínio Fa, além de não haver qualquer ganho na CI, perdeu-se mais um item de um domínio que já era menor que os demais. Portanto, para os domínios

SE e Fa, seria possível a manutenção dos itens mencionados, para evitar um número muito reduzido de itens e desproporcionais aos demais. Além disso, a presença de correlações positivas com seus domínios, como de correlações item total dentro de valores considerados aceitáveis para autores como Nunnally⁸⁰ e Nunnally, Bernstein⁸⁹ e Rust, Golombok⁸², poderiam ainda justificar a sua manutenção. Contudo, a decisão para sua exclusão deveu-se a ser fiel ao critério previamente estabelecido ($\geq 0,30$).

No estudo de Kimura³⁸, também foram excluídos alguns dos mesmos itens. O item *vida sexual* foi eliminado por apresentar correlação item-total baixa (0,28) e correlação negativa com *saúde* e *dor*. A autora ressalta que a sua exclusão pode ser atribuída ao perfil da sua amostra (*idade* e *condição de saúde*). Esclarece também que, embora a *saúde* seja um fator importante na atividade sexual, por si só não determina a sexualidade humana, estando a mesma influenciada por inúmeros aspectos sociais, culturais, psíquicos e religiosos.

Na amostra deste estudo, o item *vida sexual* foi excluído não apenas pela baixa correlação item-total (0,29) – limítrofe - mas também por correlacionar-se negativamente com o item *dor na ferida*.

Percebe-se que a retirada do item *vida sexual*, em ambos estudos, tiveram causa semelhante. Ferrans³⁷ refere que a conjectura inicial era de que esse item se agruparia àqueles que hoje compõem o domínio família, todavia,

na análise fatorial exploratória, obteve carga fatorial mais ajustada para o domínio SF.

Sendo esse um item tão importante nas relações humanas, lamenta-se a sua exclusão do instrumento. No instrumento WHOQOL, por exemplo, a vida sexual é abordada no domínio relações sociais. Buscando saber como esse item se comportaria nos demais domínios, fizeram-se alguns testes de CI. Constatou-se que, embora a correlação seja positiva em qualquer um deles, somente no PE obteve correlação item-total adequada, apesar de reduzir sensivelmente a contribuição dos demais itens para o domínio. Acredita-se, portanto, serem necessários estudos futuros que explorem o conceito *vida sexual* e *sexualidade* em nossa cultura.

Kawakane¹⁶¹ necessitou retirar os itens relacionados ao *trabalho*, *cônjuge*, além de *filhos e independência financeira*, por presença de correlação negativa, mas, principalmente, por perdas de casos que não se aplicavam à população investigada.

Quanto à confiabilidade, pela *consistência interna*, os resultados foram conclusivos para atestar boa homogeneidade dos itens, nos domínios SF e PE, bem como do instrumento completo. Os domínios SE e Fa apresentaram valores de alfa abaixo do mínimo necessário para atestar a CI, tendo o domínio Fa o pior desempenho.

Todos os estudos encontrados na literatura, nacional ou internacional, adotando a versão genérica do IQVFP, foram realizados com as versões anteriores e, alguns deles, com as versões específicas. A versão desta tese foi elaborada tendo como estrutura a versão genérica III, na qual há pequenas diferenças entre os itens dos domínios, em relação às versões genéricas, mantendo-se, no entanto, os mesmos construtos.

Desse modo, sendo este o primeiro estudo com a utilização da versão feridas, a discussão dos resultados de CI é possível, à luz dos estudos existentes, somente para os domínios SE, PE e Fa, uma vez que itens específicos foram incorporados no domínio SF. No Quadro VIII, são apresentados os estudos que contêm resultados de CI.

Quadro VIII: Coeficientes alfa de Cronbach em estudos utilizando o IQVFP.

Autor	Estudo	IQV	SF	SE	PE	FA
Ferrans, Powers ^{36*}	QV saudáveis (n=88) – Versão genérica	0,93	-	-	-	-
	QV pessoas em diálise (n=37) – Versão diálise	0,90				
Ferrans ^{162*}	Pacientes Câncer de mama (n=111) – Versão câncer.	0,95	0,90	0,84	0,93	0,66
Ferrans, Powers ^{16*}	Avaliação Psicométrica do IQV (n=349) - Versão diálise	0,93	0,87	0,82	0,90	0,77
Hicks, Larson, Ferrans ^{163*}	QV pós-transplante de fígado (n=35) – Versão específica para transplante de fígado.		0,93	0,87	0,93	0,73
Biley, Ferrans ^{164*}	Cirurgia cardíaca (n=40) – Versão cardíaca					
		Antes 0,86 Pos 0,96				
Kim, Rew ^{165*}	Mulheres Koreanas americanas (n=76). Versão genérica	0,95				
Papadantonaki, Stotts, Paul ^{166*}	Cirurgia cardíaca (n=76)– Versão cardíaca III	0,98	0,90	0,89	0,90	0,79
King ^{99*}	QV pós AVC (n=86)– Versão AVC	0,91	0,86	0,77	0,83	0,32
Mellors, Riley, Erlen ^{167*}	Pacientes com diagnóstico de HIV (n=46) – Versão genérica	0,93	0,87	0,77	0,82	0,90
Anderson, Ferrans ^{168*}	Síndrome da Fadiga crônica (n=110) - Versão genérica		0,70	0,84	0,86	0,70
Rustoen et al ^{169*}	Tradução e validação para população norueguesa (n=131) – pacientes com câncer - Versão genérica	0,93	0,88	0,82	0,82	0,79

Kimura ³⁸ **	Egressos UTI (n=52) - Versão genérica	0,76	0,88	0,71	0,84	0,65
Machado ¹⁵⁹ **	População geral (n=300) - Versão genérica	0,83	0,76	0,67	0,82	0,54
Meneguín ¹⁶⁰ **	Cardiopatas valvares (n=50) - Versão genérica	0,83	0,74	0,48	0,80	0,66
Yamada ² **	Úlceras Venosas (n=89) - Versão genérica	0,99	0,85	0,65	0,83	0,84
Kawakane ¹⁶¹ **	Graduandos de enfermagem - Versão genérica	0,85	0,83	0,67	0,88	0,64
Yamada ^{***}	Construção para feridas (alfa com n=362)	0,90	0,88	0,65	0,81	0,55

Nota: As amostras são as apresentadas na caracterização da amostra. *estudos internacionais; ** estudos nacionais

*** este estudo com IQVFP-VF

Observa-se que todos os estudos apresentam um ótimo nível de confiabilidade para a escala total (coeficientes alfa entre 0,74 a 0,96) e bom nível para os domínios SF (0,74 a 0,93) e PE (0,80 a 0,93). Em alguns dos estudos internacionais, embora o domínio SE (0,77 a 0,89) tenha valores de alfa um pouco menores que os domínios SF, PE e total, todos atestam a CI do instrumento. Todavia, o mesmo não ocorre nos estudos nacionais, cujo melhor resultado obteve alfa de 0,71³⁸ para o domínio SE, com variação de 0,48 a 0,67, não diferentes daquele obtido em nossa investigação (0,65). Desse modo, os valores de alfa para o domínio SE, em nosso estudo, não diferem dos estudos nacionais. Mesmo os estudos de Machado¹⁵⁹, realizado em amostra da população geral, e de Kawakane¹⁶¹, com graduandos, ambos grupos de pessoas consideradas saudáveis, não obtiveram o valor de referência (0,70), embora bem mais próximos (0,67 em ambos).

Com relação ao domínio **Fa**, em nosso meio, também tem se apresentado com baixa consistência interna, com valores entre 0,54 a 0,65. Apenas um deles² obteve alfa 0,84. Novamente, analisando-se os valores dos estudos feitos com população geral, mantêm-se baixos (0,54¹⁵⁹ e 0,64¹⁶¹),

comparáveis àqueles alcançados neste estudo (0,55). Quanto aos estudos internacionais, exceto dois dos estudos^{99,162}, os demais apresentam valores superiores a 0,70 – um deles com alfa de 0,90 - confirmando um melhor desempenho, comparativamente aos nacionais, embora mantendo confiabilidade inferior aos outros domínios.

O que se pode, então, inferir dos resultados obtidos nos domínios SE e Fa?

A literatura aponta algumas causas para a obtenção de baixos níveis de consistência interna: *número de itens, amostra homogênea, itens muito difíceis ou muito fáceis, itens que dizem pouco sobre o domínio*^{80,82, 85}.

Quanto à presença de amostra homogênea, Rust, Golombok⁸² afirmam que, quando um instrumento é aplicado em populações específicas, tende a apresentar um menor coeficiente de alfa de *Cronbach* em comparação à população geral, uma vez que as primeiras possuem desvio padrão menor, ou seja, menor diversidade nas repostas.

Essa afirmação é corroborada por Polit, Hungler⁸⁵, ao referirem que os instrumentos devem ser elaborados para medir diferenças entre os que estão sendo avaliados. Assim, se os membros de uma amostra assemelham-se muito uns aos outros, o instrumento terá maiores dificuldades para discriminar/ diferenciar, de maneira confiável, entre aqueles que possuem graus variados do atributo que está sendo medido.

Ao analisarmos à luz da especificidade, quatro dos seis estudos brasileiros foram desenvolvidos com amostras específicas (egressos de UTI, cardiopatas, úlceras venosas, feridas em geral), o que poderia justificar os baixos escores: as amostras tinham “problemas comuns”. No entanto, o que dizer do estudo de Machado¹⁵⁹, realizado com amostra da população geral, com rígidos critérios de seleção, no qual também foram constatados valores baixos para ambos domínios?

Tratando-se ainda dessa questão - variabilidade das respostas - no domínio Fa, por exemplo, verifica-se que todos os estudos produzem escores médios muito próximos do valor máximo que é 30. Em nosso estudo, obteve-se um escore médio de $26,6 \pm 4,7$, o que denota muito boa qualidade de vida relacionada à família, mas pouca variabilidade nas respostas.

Parece que uma das razões pelas quais os itens desse domínio, geralmente, produzem escores altos, é porque as pessoas estão sempre muito satisfeitas com coisas muito importantes. Com os filhos, por exemplo, que fazem parte desse domínio. Ou com o parceiro - esposo(a), companheiro(a), namorado (a). Somente 6,2% dos entrevistados estavam insatisfeitos com seus parceiros, dos quais, 3,8% muito insatisfeitos; os demais atribuíram suas respostas à parte da escala que *varia de pouco satisfeito a muito satisfeito*, sendo 65,1% muito satisfeitos, neste estudo. Ou seja, novamente, há pouca variabilidade nas respostas.

Em algumas entrevistas, constatou-se haver insatisfação com os parceiros, mas os sujeitos sublimavam ou compensavam seus sentimentos, reconhecendo outras qualidades. Lembro-me, com clareza, da resposta de um senhor: *“olha moça, eu não estou muito satisfeito com minha velha, mas ela lava, passa, cozinha, cuida de mim... então eu vou responder que estou muito satisfeito”*.

Desse modo, em nosso meio, onde a família é altamente valorizada, por tradições culturais e/ou religiosas, com raríssimas exceções, obter-se-iam resultados diferentes.

Outro motivo para os escores elevados pode ser o número de itens componentes, o que também não favoreceria a variabilidade das respostas.

De qualquer maneira, explicar os baixos coeficientes de alfa, isto é, a baixa CI para alguns domínios do IQVFP-VF, somente por meio da especificidade ou homogeneidade da amostra, que geraria homogeneidade das respostas, parece muito simplista e não elucida o fenômeno. Pode-se pensar, ainda, em outros fatores, como os reflexos das condições sociais de nosso país, referentes a trabalho e às atividades de lazer, reduzidas e pouco diversificadas; diminuição ou fragilidade nas relações com amigos e vizinhos, entre outros, e/ou inadequação dos itens para a nossa cultura.

Com relação aos aspectos culturais, Kim, Rew¹⁶⁵ trazem contribuições importantes. Em sua pesquisa, em que usaram a versão genérica do IQVFP em 76 mulheres americanas coreanas (alfa de *Cronbach* 0,95 para QV geral),

verificaram que alguns itens do instrumento não se aplicavam a essa população, em particular aqueles relacionados com as atividades de recreação. Nessa cultura, dá-se muito mais valor ao trabalho. Na versão que as essas autoras aplicaram, havia duas questões que tratavam desse tema - *atividades de lazer e disposição para passear*.

Esses resultados apontam para a importância de aplicações em múltiplas culturas, para se chegar a um consenso sobre quais itens são realmente adequados para verificar a QV geral.

Todas essas considerações e reflexões, acerca principalmente dos domínios SE e Fa, apontam para a necessidade de mais investigações, pelo menos em nosso meio, envolvendo aspectos culturais e que permitam agregar novas variáveis, que possibilitem, também, a maior variabilidade nas respostas.

Além da CI, este estudo teve sua confiabilidade testada por meio da reprodutibilidade, que objetiva verificar a estabilidade da medida ao longo do tempo. Quanto maiores os coeficientes, mais estáveis são as medidas. Avaliação realizada em 63 pacientes, num intervalo de duas semanas, mostrou correlações excelentes, tanto para o instrumento completo como em todos os domínios, atestando que a versão feridas é estável.

No processo de desenvolvimento do IQV, Ferrans, Powers³⁶ realizaram o re-teste, aplicando o instrumento genérico a uma amostra de 69 alunos de graduação em enfermagem, também em intervalo de duas semanas, e a versão diálise, em 20 pacientes em hemodiálise, num intervalo de um mês. Obtiveram concordância entre os escores da QV geral, com valores de 0,87 e 0,81,

respectivamente. As autoras não testaram os domínios, em quaisquer das duas aplicações, pois esses ainda não se encontravam estabelecidos.

Em outro estudo, utilizando a versão cardíaca III em pacientes com angina pectoris, num intervalo de duas semanas¹⁶⁹, obtiveram concordâncias de 0,79; 0,72; 0,68; 0,76 e 0,69 para a QV geral, SF, SE, PE, Fa respectivamente.

Rustoen, Moum, Wiklund, Hanestad¹⁶⁹, validando o IQVFP para a população norueguesa, em amostra de 131 pessoas recém diagnosticadas com câncer, também avaliaram a estabilidade do instrumento, num intervalo entre 3 a 4 semanas, obtendo concordância de **0,78**, para o escore geral. Os autores não apresentam os resultados para os domínios.

Constata-se que poucos estudos, que analisaram a estabilidade do instrumento, foram encontrados e, entre eles, dois utilizaram versões específicas. Todos confirmaram a estabilidade do instrumento para os escores da QV geral. Na única publicação em que se testou a propriedade para os domínios¹⁷⁰, as correlações foram acima de 0,70 somente para SE e Fa.

Diante desses resultados, constata-se que os obtidos nessa tese são superiores, com correlações de magnitude excelente, confirmando a estabilidade da versão ferida.

A realização de análise fatorial exploratória constitui parte dos procedimentos analíticos, no processo de construção de instrumentos de medida⁷³. Inicialmente, procedeu-se a essa análise buscando-se saber se as correlações entre os itens que mediam a qualidade de vida na versão genérica mantinham-se para a população com feridas. Ademais, esse tipo de análise foi feito pelas autoras do instrumento original, junto a pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas a processo hemodialítico¹⁶ e, portanto, com condição crônica distinta. Há que se considerar ainda as diferenças culturais. Desse modo, procedeu-se à análise fatorial exploratória - solicitando extração dos componentes com eigenvalue > 1 – originando 10 componentes, que não reproduziam a estrutura original do instrumento. Diante disso, fez-se nova análise, com distribuição dos itens em quatro fatores, conforme o instrumento original. Da mesma maneira, os itens não se mantiveram na versão original. Refletindo-se sobre o processo de construção de instrumentos, a partir de um instrumento base, como neste estudo, concluiu-se que a estrutura conceitual proposta pela autora não deveria ser modificada, mas sim confirmada, por meio de análise fatorial confirmatória (AFC).

Zebrack, Chesler¹⁷¹ referem que qualquer análise fatorial exploratória, empregada por qualquer meio, muito provavelmente não replicará a estrutura original dos fatores.

Buscando-se a literatura sobre o tema, encontrou-se apenas um estudo¹⁶⁹ - sobre validação do IQVFP – em que constava a realização de análise fatorial, cujos resultados confirmaram parcialmente o modelo. Ferrans, em seu site sobre o IQVFP, menciona que esse tipo de análise foi feito em estudo norueguês¹⁷². Em ambas publicações, não se estabelece claramente se a análise fatorial é exploratória ou confirmatória, embora haja a manutenção do modelo nos mesmos domínios.

Conforme se verifica, proceder à análise fatorial, exploratória ou confirmatória, não tem sido prática comum nos estudos de validação do IQVPF. Todos os autores parecem aceitar o modelo conceitual.

A análise fatorial, exploratória, confirmatória ou ambas, tem sido adotada em validação ou análises de QV^{147,155,156,171,173 -187}. Yao, Wu¹⁷⁸ referem que essa prática deve ser adotada para certificar se a estrutura do modelo conceitual, que está sendo aplicado, é adequada para a população sob investigação.

Henrica, Adèr, Terwee, Pouwer¹⁷⁴ afirmam que a análise fatorial objetiva reduzir itens, avaliar as dimensões do construto que está sendo medido pelo questionário, ou investigar se determinado questionário mostra a mesma estrutura em diferentes grupos. Esses mesmos autores, citando Floyd, Widman¹⁸⁸, dizem que quando não se tem a idéia dos fatores, usa-se a análise fatorial exploratória, porém, se já existe uma hipótese baseada em teoria ou

análise prévia, a confirmatória pode ser a mais apropriada. Tal afirmação é corroborada por Munro, Page¹⁵⁸.

A realização de análise fatorial tem sido uma regra nos estudos mais recentes que empregam o instrumento WHOQOL, nos quais o modelo conceitual tem se ratificado sempre, tanto nos procedimentos exploratórios^{156,179,171,181} como os confirmatórios,^{157,176,177} exceção se faz a um estudo indiano, em que o autor refere que o ajuste do modelo foi razoável¹⁷⁷. Alguns autores fizeram ambas análises^{175,178}.

A análise confirmatória da versão feridas do IQVFP confirmou que o modelo conceitual, em quatro domínios, mostrou-se, no mínimo, perifericamente aceitável e ajustado.

A validade de critério do tipo concorrente foi realizada por meio da correlação entre o escore do item *satisfação com a vida* e os escores dos domínios e do instrumento total. Houve correlações estatisticamente significantes, de moderadas a fortes, entre o item e as variáveis referidas, exceto para o domínio Fa, considerada fraca.

Ferrans, Powers³⁶ obtiveram correlações de 0,75 (estudantes) e 0,65 (pacientes em hemodiálise) para a qualidade geral. Kawakane¹⁶¹ alcançou as seguintes correlações: 0,72; 0,63; 0,49; 0,80 e 0,46 respectivamente para a QV geral e os domínios (SF, SE, PE, Fa). Já no estudo de Yamada² (2001) foram de: 0,81; 0,72; 0,58; 0,88 e 0,56 para a QV geral e os domínios SF, SE, PE e

Fa, respectivamente. Os três estudos obtiveram correlações de moderadas a excelentes (0,49 a 0,88) e superiores às alcançadas nesta tese. No entanto, o domínio família foi aquele menos correlacionado com o item *satisfação com a vida*, em todos os estudos.

Percebe-se que, no principal estudo de validação de Ferrans e Powers¹⁶, as autoras não mais adotam esse tipo de correlação entre o item *satisfação com a vida* e os demais escores para testar a validade concorrente, mas sim, a validade de construto convergente. Nessa ótica, obtiveram correlações de: 0,77; 0,63; 0,55; 0,88 e 0,44 para a QV geral e para os domínios SF, SE, PE, Fa respectivamente. Em outro estudo, desenvolvido por Mellors, Riley¹⁶⁷, o mesmo tipo de validade também foi adotado, encontrando correlação de 0,77 para a QV geral. Ambos estudos atestaram, então, a validade de construto convergente para a versão genérica, por meio desse tipo de correlação.

A validade de construto convergente, em nosso estudo, foi analisada mediante avaliação das correlações entre os domínios da versão feridas e do WHOQOL. Verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas, exceto para o domínio Fa, em que a correlação foi negativa com o domínio físico do WHOQOL.

Testaram-se algumas hipóteses de que haveria correlações moderadas a fortes, entre os domínios que incluem itens similares, e fracas, naqueles onde os itens são pouco ou muito diferentes. Todas as hipóteses foram

confirmadas, com exceção do domínio PE da versão feridas, em sua correlação com o físico do WHOQOL, onde se procurava encontrar diferença, uma vez que esses itens não apresentam similaridades.

Embora o nosso propósito fosse avaliar somente a convergência entre esses dois instrumentos, em um estudo realizado por Huang, Wu, Frangakis¹⁴⁷ (2006), observou-se que os autores realizaram tanto validade convergente quanto discriminante entre os instrumentos WHOQOL-bref e SF-36, testando a magnitude das correlações. Adotando-se o mesmo tipo de significado das análises, em nosso estudo, houve discriminação - correlação negativa - somente entre o domínio família do IQVFP-VF e físico do WHOQOL-Bref. Os demais domínios revelam que estão medindo QV.

Constatou-se que os domínios SF (IQVFP-VF) e meio-ambiente (WHOQOL-Bref) estão bem correlacionados, embora pareçam medir construtos diferentes. Talvez isso ocorra devido à existência de itens comuns porém distribuídos em domínios distintos, tais como o *lazer* que se encontra em domínios diferentes conforme o instrumento (domínio SF no IQVFP e domínio meio ambiente no WHOQOL-Bref).

Huang, Wu, Frangakis¹⁴⁷ analisando se o WHOQOL e SF-36 mediam o mesmo conceito, constataram não haver convergência entre esses dois instrumentos, concluindo que o WHOQOL mede QV geral e o SF QV

relacionada a saúde. Houve correlação muita fraca entre os domínios físico de ambos instrumentos.

Em nosso estudo, adotou-se como validade de construto, do tipo discriminante, a comparação entre os domínios, QV geral e algumas variáveis clínicas. Constatou-se que a versão feridas consegue discriminar indivíduos segunda a idade, exceto para o domínio família. O grupo de idosos apresenta melhores escores de QV geral e nos domínios SF, SE e PE ou de QV geral e domínios SE e PE, a depender da forma com que os pacientes foram distribuídos (em duas ou três faixas etárias, respectivamente). Esse achado corrobora com dados da literatura que a ferida tem mais impacto nas pessoas jovens que os idosos¹⁴².

O instrumento também foi capaz de discriminar os níveis de QV segundo o número de feridas, indicando que quanto maior o número de feridas pior a QV. Para a variável duração da ferida, os resultados apontam haver discriminação somente quanto ao domínio PE, indicando que quanto maior a duração da ferida pior a QV psicológica e espiritual das pessoas.

Para a dor - considerando-se a pior intensidade, uma semana antes da entrevista - houve discriminação somente no domínio SE, indicando que pessoas com mais dor tem pior QV nesse domínio. Não houve discriminação para a dor do momento.

Embora a intensidade de dor tenha sido de moderada intensidade, é algo presente na vida das pessoas com feridas, corroborando com os achados dos autores apresentado no quadro II (capítulo 6). Outro achado importante foi a duração da ferida, refletindo a insatisfação dos mesmos com esse aspectos. Esses resultados confirmam a relevância da inclusão desses itens na versão feridas.

Ferrans, Powers¹⁶ obtiveram discriminação entre renda e o domínio SE, em estudo anterior. Pessoas com melhores condições econômicas tinham melhores escores de qualidade de vida.

Meneguin¹⁶⁰ atestou a validade discriminante do IQVFP, ao comparar sua amostra com pessoas saudáveis da população geral, para todos os domínios e QV geral. Já Yamada², utilizando esse mesmo procedimento, obteve discriminação somente para o domínio SF e QV geral. Em ambos estudos, as pessoas com cardiopatias valvares e com úlceras venosas crônicas apresentaram melhor QV geral e em todos os domínios ou apenas para o domínio SF, respectivamente.

Kawakane¹⁶¹, comparando quatro grupos, atestou a validade discriminante ao IQVP, constatando que alunos de primeiro ano apresentaram melhores escores de QV.

Tantos nos estudos exibidos, como nesta investigação, o IQVFP obteve a confirmação da validade convergente e discriminante, seja para a QV geral ou em algum de seus domínios.

Os resultados das propriedades psicométricas desse estudo foram relevantes em todos os aspectos analisados. Exceção à consistência interna dos domínios SE e Fa, que não alcançaram nível de confiabilidade de acordo com o recomendado na literatura. Todavia esses achados devem ser relevados, uma vez não ter diferido dos estudos nacionais^{12,38,159,160}. Isso reflete uma possível inconsistência dos itens desses domínios para a população brasileira, fazendo-se imperativa a necessidade de estudar-se o conceito família e sócio-econômico em nosso meio, a fim de que esses construtos possam ser aprimorados.

9. Conclusões

Os resultados dessa tese permitem concluir que a versão feridas do IQVFP, com 35 itens, distribuídos nos domínios SF, SE, PE, Fa :

- Tem confiabilidade atestada pela *consistência interna*, no instrumento total (alfa de *Cronbach* de 0,90), nos domínios saúde/funcionamento (alfa de *Cronbach* de 0,88) e psicológico e espiritual (alfa de *Cronbach* de 0,81).

- Tem confiabilidade atestada pelo *teste e re-teste*, em todos os domínios (0,85; 0,84; 0,83; 0,85 respectivamente para os domínios SE, SE, PE, Fa) e instrumento total ($r = 0,87$), todos com $p < 0,0001$, indicando haver estabilidade no instrumento, quando aplicado ao longo do tempo.

- Tem validade de critério do *tipo concorrente* atestada pela correlação com o item satisfação com vida em todos os domínios ($r = 0,39$; 0,42; 0,69; 0,28 respectivamente para os domínios SF, SE, PE, Fa) e instrumento total ($r = 0,52$), sendo todas com $p < 0,0001$.

- Possui validade de construto atestada pela *convergência* com um instrumento de qualidade de vida geral (WHOQOL-bref). As correlações foram estatisticamente significantes entre todos os domínios, com exceção do domínio Fa do IQVP-VF e físico do WHOQOL-bref, onde se obteve correlação negativa. Todas as hipóteses foram confirmadas, exceto aquela relacionada ao domínio PE do IQVF-VF e Físico do WHOQOL, onde se esperava correlação fraca.

▪ Possui capacidade discriminativa, atestando validade de *construto discriminante*. Discriminou *QV geral* e *número de feridas* ($p=0,047$); *domínio PE* e à *duração da ferida atual* ($p=0,017$); *domínio SE* e a *pior intensidade de dor* - apresentada uma semana antes da entrevista - cuja diferença recaiu sobre as categorias *dor moderada* e *sem dor* ($p=0,014$) e *dor moderada* e *dor leve* ($p= 0,037$). Além dessas variáveis houve discriminação entre escores médios dos domínios SF ($p= 0,043$), SE ($p= 0,008$), PE ($p= 0,000$), qualidade de vida geral ($p=0,003$) nas faixas etárias referentes aos não idosos e idosos.

▪ É perifericamente ajustada ao modelo conceitual original.

Em síntese, pode-se considerar que o IQVFP-VF, como um instrumento relacionado à saúde, é válido e tem confiabilidade atestada nos aspectos revelados mais importantes para a população com feridas: a QV geral, a saúde e os aspectos psicológicos e espirituais.

10. Considerações Finais

A construção de um instrumento de medida de QV é uma tarefa muito árdua, consome tempo, dinheiro e exige dos pesquisadores múltiplos conhecimentos, que vão muito além da sua especialidade.

Como tudo na vida, não existe vitória sem lutas e sacrifícios. Inúmeros problemas surgiram no decorrer do desenvolvimento desta tese e, certamente, sem os quais não se alcançaria o que eu chamo de “o melhor resultado possível”.

Embora tenha apresentado validade, em todos os testes efetuados, estabilidade, quando aplicado ao longo do tempo, e alcançado consistência interna nos domínios SF, PE e qualidade de vida geral, este é apenas o começo de uma longa trajetória pela qual o instrumento, ora obtido, deverá enfrentar, a fim de poder ser considerado como algo um pouco mais definitivo, com todas as propriedades psicométricas confirmadas e aplicável a qualquer paciente com qualquer tipo de ferida.

As limitações na consistência interna, para os domínios sócio-econômico e família, podem ser resultantes da própria estrutura do instrumento original, uma vez que, em todos os estudos nacionais realizados,

tanto em população geral quanto de doentes, não apresentou nível satisfatório de confiabilidade, com resultados similares aos nossos.

Os motivos para isso podem ir desde a quantidade de itens que compõem esses domínios, a falta de homogeneidade dos mesmos - o que limita a variabilidade das respostas - ou ainda, a não adequação desses itens à cultura brasileira.

Desse modo, considera-se fundamental a exploração do conceito QV relacionada a ambos aspectos, em nosso meio, objetivando-se obter variáveis que possam melhorar o desempenho do instrumento como um todo.

Outro aspecto relevante obtido neste estudo, diz respeito ao ajuste do modelo conceitual, proposto no instrumento genérico, e que fundamenta as demais versões do IQVFP. Embora perifericamente ajustado, deve-se investigar se essa composição de itens é, de fato, a melhor possibilidade para expressar a QV nesses domínios, em nosso meio, e para a população com feridas.

Embora esta investigação tenha cumprido seus objetivos, não se esgota em si mesma. Futuros estudos são mandatórios, onde se comparem pacientes com feridas de etiologias diferentes, bem como se aplique o instrumento em cenários variados – regiões distintas, serviços

de saúde com características distintas e outros - para refinar suas propriedades de medida.

Outro aspecto fundamental é a parceria com as autoras do estudo, para a discussão de itens polêmicos ou daqueles que acabaram sendo excluídos por não atenderem os critérios metodológicos aqui estabelecidos, alguns dos quais pertencem ao instrumento original. Certamente, a definição do instrumento final a ser apresentado em uma publicação futura dependerá desses ajustes. Além disso, implicará na produção de uma versão inglesa, que exigirá sua adaptação transcultural para aquele idioma e cultura.

Anexo A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3099-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de setembro de 2005.

Ilm.ª Sr.ª
Beatriz Farias Alves Yamada

Ref.: Processo nº 464/2005/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PERIDAS DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo B

Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM
Rua Santa Marcelina, 177- CEP: 05270-070 - São Paulo - SP
Fone(011) 6170.8000 - 6170.6237 - Fax (11) 6524.9260
www.santamarcelina.org - comite@csmtamarcelina.org

CEP nº 30/2005

São Paulo, 08 de setembro de 2005.

Ilmo. (a). Sr. (a).

Pesquisador(a): **Beatriz Farias Alves Yamada**

Ref.: Projeto de Pesquisa

**"CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO FERIDAS DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE
FERRANS E POWERS".**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina analisou e aprovou o projeto acima, na octogésima sexta reunião do dia vinte e quatro do mês de agosto de dois mil e cinco.

Atenciosamente,

Dra. Giuseppina Raineri**Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM**

Anexo C

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR PADRE BENTO DE
GUARULHOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Guarulhos, 10 de outubro de 2005.

Carta de Aprovação

CEP nº 46/05

O Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, encaminha à CONEP para registro o Projeto de Pesquisa "Avaliação da pertinência dos itens da Versão Feridas do Índice de Vida de Ferrans e Powers: Versão Piloto." Utilizando de suas prerrogativas com base na Leis 196/96 e 251/97 e suas complementares analisou e aprovou.

Dr. Alexandre Piva Sobrinho
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
C.H.P.B.G.

Anexo D

----- Original Message -----

From: gabsaude02

To: beatriz@enfmedic.com.br

Sent: Friday, October 07, 2005 9:14 AM

Subject: Trabalho

Beatriz,

Informamos que seu trabalho de pesquisa foi aprovado.

Claudia Aparecida de Oliveira

GABINETE - Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura Municipal de São José dos Campos - SP

✉ gabsaude02@sjc.sp.gov.br ☎ (12) 3947-8044

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Free Edition.

Version: 7.1.375 / Virus Database: 267.15.6/257 - Release Date: 10/2/2006

Anexo E

AUTORIZAÇÃO

O Hospital Municipal de Maracanaú –HMMC na pessoa da Diretora- WANDA MARIA AZEREDO DEMORAES CAMPOS autoriza a doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA, sob a orientação da professora doutora VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS a realizar sua pesquisa de campo intitulada :CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO FERIDAS DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS no ambulatório de estomaterapia ligado ao Centro de especialidade no município de Maracanaú.

MARACANAÚ, 01 DE OUTUBRO DE 2006.

Atenciosamente,

Wanda Maria Azeredo Demoraes Campos

HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ
Vania Pinheiro Everdosa Felix
Gerente de Enfermagem

Anexo F

Autorização

A Clínica São Bento autoriza a aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, Beatriz Farias Alves Yamada a coletar dados, com aplicação de questionários a usuários do referido estabelecimento, para realização do estudo: Construção e validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

João Sales Campos Pimentel
Diretor

Anexo G

CLÍNICA JABAQUARA

R. Antônio André de Sá Filho, 27 – Jabaquara – São Paulo
Fones: (011) 5011-1484 / 5011-2017
Certificado Junto ao CRM 13961

Autorização

Ilma Sra.

Pesquisadora: Beatriz F Alves Yamada

Local: Programa de Pós-Graduação Saúde do Adulto EEUSP

Ref.: Projeto de Pesquisa de doutorado

"Construção e validação da versão feridas do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers".

Tendo em vista a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob nº 464/2005/CEP-EEUSP, a diretoria da Clínica Jabaquara autoriza a realização coleta de dado.

Atenciosamente,

Dra. Letizia Sollazzini
CRM 14660

Dr. Luiz Frederico Fernandes Martins
CRM 111561

São Paulo, 27 de setembro de 2005

Anexo H

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Disciplina de Cirurgia Plástica

São Paulo, 27 de setembro de 2005

Autorização

Autorizo a Sra. Beatriz F. Alves Yamada, aluna do Programa de Pós-Graduação Saúde do Adulto EEUSP a coletar dados no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo/ UNIFESP, referente ao Projeto de Pesquisa de doutorado: "Construção e validação da versão feridas do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers". Tendo em vista a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob nº 464/2005 e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lydia Masako Ferreira
Prof. Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP

Rua Napoleão de Barros, 715 - CEP 04024-002 - São Paulo / Brasil
Tel: (55-11) 5576.4065 / 5576.4118 - Fax: (55-11) 5571.6379
e-mail: lydia.dcir@epm.br

1. Projeto de Pesquisa: Construção e Validade da Versão Perid da Índice de Ferra e Powers			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciência da Saúde - Enfermagem		3. Código: 4.34	4. Nível: (Se área do conhecimento = 4) Não se aplica
5. Apoio: Temático: Especial () ou Intergerencial no curso: Não se aplica		6. Código(s): Não se aplica	7. Fase: (Se área temática = 1) I () II () III () IV () Não se aplica
8. Usaremos: () opt(s) e Quantidade de Voto: Validação: Período			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos: No Centro: 80 Total: 400		10. Grupos Especiais: () 18 anos () Portador da Deficiência Mental () Etílicos () Est () Relação de Dependência () Estudantes, Militares, Presidários, etc () Outros () Não se aplica (X)	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Beatriz Farias Alves Yamada			
12. Identidade: 329.4074-4	13. CPF: 426.411.524-87	19. Endereço (Rua, n.º e Rua Capote Valente, 432 - cj. 75	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 25409-001	21. Cidade: São Paulo
16. Maior Título: Mestre	17. Cargo: Diretora	22. Fone: (11) 3063-3774	23. U.F. SP
18. Instituição a que pertence: Enfermaria Saúde		24. E-mail: beatriz@enfermaria.com.br	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que cuido e cumprirei os registros da Ror, CNS 196/96 e não comprometo. Comprometo-me a utilizar os resultados e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela conduta científica do projeto acima.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura: _____</p>			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias		29. Endereço (Rua, n.º) Av. Getúlio Vargas, 268 - Centro	
27. Unidade/Órgão: Unidade Básica de Saúde	30. CEP: 25.500-644	31. Cidade: Duque de Caxias	32. U.F. RJ
33. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)	34. Fone: 32.50-3774	35. Fone: 32.50-3774	
36. Projeto Multicêntrico: Sim (X) Não () Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<p>Termo de Compromisso: (do responsável pela instituição) Declaro que cuido e cumprirei os registros da Ror, CNS 196/96 e não comprometo. Comprometo-me a utilizar os resultados e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela conduta científica do projeto acima.</p> <p>Nome: <u>Beatriz Farias Alves Yamada</u> Cargo: <u>Coordenadora de Saúde</u></p> <p>Data: <u>22/11/05</u> Assinatura: <u>Beatriz Farias Alves Yamada</u></p> <p style="text-align: right;">Diretor/Coordenador: _____</p>			
PATROCINADOR			
37. Nome: _____			
38. Responsável:	39. CEP:	40. Cidade:	41. U.F.
39. Cargo/Função:	42. Fone:	43. Fone:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
44. Data de Entrada:	45. Registro no CEP:	46. Concluído: Aprovado ()	47. Não Aprovado ()
____/____/____	____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
48. Relativo(s) do Pesquisador responsável pertencente(s) para:			
Encomenda a CONEP:		49. Considerando Nota:	
50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		Assinatura: _____	
52. Data: ____/____/____		Anexar o parecer com a justificativa	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
53. SP Ependente:	54. Data Recebimento:	55. Registro no CONEP:	
56. Protocolo:		Assinatura: _____	

Anexo J

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Av. Cosme Álvares, 165 - Tel. (35) 3622-0930 - FAX (35) 3622-1041
e-mail: enem@uemg.br - <http://www.enem.br>
37.500-000 - ITAJUBÁ - Tel de Minas

AUTORIZAÇÃO

A abaixo assinada, Profª Lucyla Junqueira Carneiro, na qualidade de Diretora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, de Itajubá, MG, com reconhecimento oficial por Decreto nº 40.572, de 18.12.56, publicado no D.O. de 10.01.57, AUTORIZA a Enfª Beatriz Farias Alves Yamada a realizar coleta de dados na Unidade de Lesão de Pele desta Instituição.//

Itajubá, 15 de dezembro de 2005.

Profª Lucyla Junqueira Carneiro
Diretora

Anexo K

São Paulo, 9 de setembro de 2005.

Para: Beatriz Farias Alves Yamada
Doutoranda em Enfermagem

De: Sergio Dias Martuchi
Gerente de Enfermagem

Assunto: Carta de Aceitação de Pesquisa

Venho por meio desta manifestar minha aceitação para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "Construção e Validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers", pela Doutoranda Enfermeira Beatriz Farias Alves Yamada, a ser realizada no Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Alvorada de Santo Amaro, cuja coleta dos dados terá a colaboração da Enfermeira Estomaterapeuta Rosângela Schmidt Lombardi.

Ressalto que o desenvolvimento desta pesquisa em nossa Instituição corrobora com a vontade e o árduo trabalho em praticar a assistência de enfermagem alicerçada nas evidências científicas.

Atenciosamente,

Sergio Dias Martuchi
Coren 67401

Sergio Dias Martuchi
Gerente de Enfermagem
1230

Anexo L

CRUZ AZUL DE SÃO PAULO
HOSPITAL - MATERNIDADE - PRONTO ATENDIMENTO - AMBULATÓRIO - COLÉGIO

São Paulo, 26 de janeiro de 2006.

Ilma Sra. Beatriz F. Alves Yamada
Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde do Adulto EEUSP

Ref: Projeto de pesquisa de doutorado

Tendo em vista a aprovação do projeto de pesquisa "Construção e Validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers", pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob n.º 464/2005/CEP-EEUSP, a Coordenadoria Clínica e a Gerência de Enfermagem, autoriza a realização da coleta de dados nesta instituição.

Atenciosamente,

Dr. Antonio Lucas Neto CRM 58.731
Coordenador Clínico

Mayumi M. Hirano COREN-SP 51.850
Gerente de Enfermagem

AV. LUIZ DE VASCONCELOS, 264 - CONJUNTO - São Paulo - SP 01520-000 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3061-1000 Fax: (11) 3061-1001 e-mail: c@vaz.azul.com.br

Anexo M

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Saúde do Interior
Conjunto Hospitalar de Sorocaba

COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ensino e Pesquisa – COEP do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, em sessão de 20/10/2005, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa n.º 151/05, intitulado: “**Construção e Validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers**”, apresentado pelo(a) pesquisador(a) Beatriz Farias Alves Yamada, Enfermeira, bem como o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

COEP, 20 de outubro de 2005.

Comissão de Ensino e Pesquisa/CHS

Anexo N

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Construção e Validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrás e Powers

2. Área de Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências da Saúde - Enfermagem	3. Código: 434	4. Nível: (56 anos do conhecimento: 4) Não se aplica
5. Anexo (Tópicos) Especial (5) (Ver Holograma no verso) Não se aplica	6. Código(s): Não se aplica	7. Fase: (56 anos tópicos 3) I () II III () IV () Não se aplica

8. Unidades: (3 opções)
Qualidade de Vida, Validação, Feridas.

SUJEITOS DA PESQUISA

9. Número de sujeitos: 10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Entido (Foto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

11. Nome: Beatriz Ferrás Alves Yamada

12. Identidade: 32940094-0	13. CPF: 426.411.524-87	19. Endereço (Rua, n°): Rua Capote Valente, 432 - cj 75
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 05469-001
16. Mês de Nascimento: Março	17. Cargo: Diretora	21. Cidade: São Paulo
		22. U.F.: SP
		23. Fone: (11) 3063-3774
		24. Fax: (11) 3063-3774
		25. E-mail: beatriz@confmed.com.br

18. Instituição a que pertence:
Enfermagem Saúde

Termo de Compromisso: Declaro que cumprirei e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados apenas com a aprovação do CNPq. Assino as responsabilidades pela condução gerência do projeto acima.
 Data: 01.08.2005

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

26. Nome: Hospital das Clínicas Samuel Libório	29. Endereço (Rua, n°): Rua Comendador José Garcia, 777
27. Unidade/Órgão: Núcleo de Assistência e Ensino em Enfermagem	30. CEP: 37550-000
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)	31. Cidade: Pouso Alegre
	32. U.F.: MG
	33. Fone: (35) 3422-2343
	34. Fax:

35. Projeto Multicêntrico: Sim (X) Não () Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que cumprirei e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
 Nome: José de Oliveira (CPF: 000000000-00) Cargo: Diretor Geral
 Data: 04.05.05

PATROCINADOR

36. Nome:	39. Endereço:
37. Responsável:	40. CEP:
38. Cargo/Função:	41. Cidade:
	42. U.F.:
	43. Fone:
	44. Fax:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conselho Aprovado ()	48. Não Aprovado ()
		Data: / /	Data: / /

49. Relatário(s) do Pesquisador responsável provisório(s) para:

50. Relatário(s) do Pesquisador responsável provisório(s) para:	51. Coordenador Nome:	Assinar o parecer fundamentado
52. Data: / /	Assinatura:	

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

54. Nº Expediente:	55. Data Recebimento:	56. Registro na CONEP:
57. Processo:		

Anexo O

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Procedimentos Empíricos

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Beatriz Farias Alves Yamada, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora doutora Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, solicito por meio deste a sua autorização e colaboração para participar do estudo: **Construção e Validação da Versão Feridas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers**, respondendo o questionário anexo. Sua participação é livre e espontânea, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo, mas os resultados gerais serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Autorização

Eu, _____, depois das orientações recebidas, dou meu consentimento para participar do estudo, realizado por Beatriz Farias Alves Yamada, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, respondendo individualmente a um questionário. Neste estudo, reconheço que minha participação é de livre e espontânea vontade, sendo assegurada a confidência das respostas, assim como o sigilo de minha identidade. Sei, ainda, que posso abandonar a entrevista a qualquer momento sem que isso interfira no meu tratamento na instituição. Estou ciente que não sofrerei danos decorrentes dessa entrevista.

Estou ciente de que os resultados gerais serão divulgados por meio de publicações científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____

Qualquer dúvida, entra em contato com:

Beatriz: (11) 9617 4049 ou 3063 3774

Profa Vera: (11) 3066 7565

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: 3066 75 48

Anexo P

Índice De Qualidade De Vida Ferrans & Powers - (Versão Genérica III)

Parte 1. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto satisfeito** você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
Quanto você está satisfeito com:						
01. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
02. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
03. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
04. A energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
05. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
06. O controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
07. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
08. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
09. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade para se responsabilizar pela família?	1	2	3	4	5	6

17. O quanto você é útil para os outros?	1	2	3	4	5	6
18. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou com o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	1	2	3	4	5	6
23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. A maneira como você administra o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. As suas atividades de lazer, de diversão ?	1	2	3	4	5	6
26. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Você mesmo(a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Índice De Qualidade De Vida Ferrans & Powers - (Versão Genérica III)

Parte II. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto importante** é para você aqueles aspectos de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas

Quanto é importante para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
01. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
02. O cuidado que você tem com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6
03. Não ter dor?	1	2	3	4	5	6
04. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
05. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
06. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
07. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
08. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
09. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
12. Seu (sua) esposo(a), namorado(a), ou companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
16. Responsabilizar-se pela família?	1	2	3	4	5	6
17. Ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
18. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	1	2	3	4	5	6

23. Seu nível de escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
25. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
26. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
27. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
28. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
29. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
30. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
31. Estar satisfeito(a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
32. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
33. Ser você mesmo(a)?	1	2	3	4	5	6

Copyright 1984 & 1998 Ferrans & Powers (Do not use without permission).

Adaptado para a língua portuguesa por Silva & Kimura, 2002*.

* Artigo não publicado

Anexo Q

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas Piloto I
Avaliação semântica, de Pertinência conceitual e de Pertinência ao domínio
 Procedimentos Teóricos - Análise de conteúdo

Parte 1: itens de satisfação relacionados ao Domínio Saúde/Funcionamento										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Sua saúde?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2. O cuidado que você tem com a sua saúde?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	3. O cuidado local que você recebe em sua ferida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	4. A intensidade de dor que você sente ? (se tiver dor sem ser na ferida)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	5. A intensidade de dor que você sente na ferida ? (se tiver dor na ferida)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	6. O tratamento que você recebe para aliviar a dor ?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	7. O fato de estar com ferida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	8. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	9. As condições de sua ferida (drenagem, odor, aparência)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 1: satisfação itens de satisfação relacionados ao Domínio Saúde/Funcionamento										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Acrescentado	10.As mudanças que você precisa fazer na sua vida por causa da ferida (fazer curativos, tomar banho, usar roupas e calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	11.A energia que você tem para as atividades diárias?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	12.O seu sono?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	13.Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	14.O controle que você tem sobre sua vida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	15. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	16.Sua vida sexual?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	17.Sua capacidade para se responsabilizar pela família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	18.O quanto você é útil para os outros?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	19.A quantidade de preocupações em sua vida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	20.As suas atividades de lazer, de diversão ?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	21. Suas possibilidades de ter um futuro feliz?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 2: itens de importância relacionados ao Domínio Saúde/Funcionamento										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Sua saúde?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2.O cuidado que você tem com a sua saúde?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	3.O cuidado local que você recebe em sua ferida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	4.Não ter dor? (se tiver dor sem ser na ferida)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	5.Não ter dor na ferida ? (se tiver dor na ferida)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	6.O tratamento que você recebe para aliviar a dor ?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	7.Não ter ferida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	8.O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	9.As condições de sua ferida (drenagem, odor, aparência)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	10.Não fazer mudanças na vida diária por causa da ferida (fazer curativos, tomar banho, usar roupas e calçados, tomar remédios, trabalhar, movimentar-se)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	11.Ter energia suficiente para as atividades diárias?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões										
Acrescentado	12.O seu sono?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 2: itens de importância relacionados ao Domínio Saúde/Funcionamento										
Original	13.Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	14.Ter controle sobre sua vida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	15.Viver tanto quanto você gostaria?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	16.Sua vida sexual?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	17.Responsabilizar-se pela família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Observações/ sugestões:										
Original	18.Ser útil às outras pessoas?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	19.Não ter preocupações?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	20. Ter atividades de lazer, de diversão?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	21. Ter um futuro feliz?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 1: itens de satisfação relacionados ao Domínio Sócio-Econômico										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Seus amigos?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2.O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	3.Sua vizinhança?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	5.Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	6.O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.Seu nível de escolaridade?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	8.A maneira como você administra o seu dinheiro?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 2: itens de importância relacionados ao Domínio Sócio-Econômico										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Seus amigos?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2.O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	3.Sua vizinhança?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	5.Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	6.Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.Seu nível de escolaridade?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	8.Ser capaz de administrar o seu dinheiro?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 1: Itens de satisfação relacionados ao Domínio Psicológico/Espiritual.										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2.Sua fé em Deus?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	3.A realização de seus objetivos pessoais?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.Sua felicidade de modo geral?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	5.Sua vida de modo geral?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	6.Sua aparência pessoal?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.Você mesmo(a) de modo geral?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 2: Itens de Importância relacionados ao Domínio Psicológico/Espiritual.										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	2.Sua fé em Deus?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	3.Realizar seus objetivos pessoais?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.Sua felicidade de modo geral?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	5.Estar satisfeito com a vida?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	6.Sua aparência pessoal?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.Você mesmo(a) de modo geral?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 1: Itens de Satisfação relacionados ao Domínio Família.										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.A saúde de sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	2.Seus filhos? (se tiver filhos)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	3.O fato de não ter filhos? (se não tiver filhos)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.A felicidade de sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	5.Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	6.O fato de não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.O apoio emocional que você recebe da sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Parte 2: Itens de Importância relacionados ao DOMÍNIO FAMÍLIA.										
Itens para avaliação		Avaliação semântica			Avaliação da pertinência conceitual			Avaliação da pertinência ao domínio		
Original	1.A saúde de sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	2.Seus filhos? (se tiver filhos)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	3.Não ter filhos? (se não tiver filhos)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	4.A felicidade de sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Modificado	5.Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Acrescentado	6.Não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										
Original	7.O apoio emocional que você recebe da sua família?	-1	0	+1	-1	0	+1	-1	0	+1
Observações/ sugestões:										

Anexo R

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers - Versão Feridas do Piloto I Avaliação Semântica, de Pertinência Conceitual e Pertinência ao Domínio Procedimentos Teóricos - Análise de conteúdo

Carta de Participação para compor o Comitê de Juízes

Cara Dra,

Vimos solicitar sua colaboração para realizar a avaliação semântica, de pertinência conceitual e de pertinência ao domínio, dos itens do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP), em sua versão piloto para feridas. Conforme contato prévio, reafirmamos nosso interesse em desenvolver a construção do referido instrumento para a avaliação específica de pessoas com feridas. Este trabalho constituirá a Tese de Doutorado de uma das pesquisadoras, Beatriz Farias Alves Yamada, pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e que tem, como finalidade, tornar disponível um instrumento que meça a Qualidade de Vida de pessoas com esse tipo de condição crônica.

Para sua avaliação, solicitamos que siga as seguintes orientações:

1. A Versão Feridas do IQVFP foi desenvolvida por meio da **INSERÇÃO**, na versão III do instrumento genérico, **DE NOVOS ITENS** pertinentes às pessoas que possuem feridas, mantendo-se, no entanto, a mesma estrutura do instrumento original, o qual é dividido em quatro domínios relacionados ao construto qualidade de vida, a saber: Saúde/Funcionamento; Sócio-econômico; Psicológico/Espiritual e Família.
2. A versão Genérica III foi validada para a língua portuguesa por Silva e Kimura em 2002, sendo portanto submetida a procedimentos de avaliação semântica e de pertinência.
3. O IQVFP possui duas partes: a primeira está relacionada à **SATISFAÇÃO** do indivíduo com o item interrogado, e a segunda, à **IMPORTÂNCIA** atribuída ao mesmo item. As respostas são dadas numa escala Likert de seis pontos, que varia de muito insatisfeito a muito satisfeito.
4. No instrumento original, alguns itens deixam de ser respondidos pelo fato de não se aplicarem a todos os pacientes (ex. filhos e outros). A fim de evitar esta perda, estamos propondo o desdobramento de alguns destes itens.
5. Os itens estão divididos dentro dos respectivos domínios. Ao lado de cada item, informamos se o mesmo faz parte do instrumento original, se foi acrescentado ou se somente modificado.

6. Entenda como pertinência a coerência do item com o construto qualidade de vida. Na pertinência conceitual, avalie se o item tem relação com o construto qualidade de vida. Já na avaliação da pertinência ao domínio, analise se o item tem coerência com o mesmo.
7. Na avaliação semântica, favor verificar se a redação proposta para cada item é compreensível (“inteligível”) pela população alvo.
8. A fim de proceder à análise, utilize a seguinte escala, assinalando com um círculo o valor correspondente em cada um dos itens de cada parte do instrumento. Abaixo de cada item há espaço para fazer observações e dar suas sugestões.

Escala para avaliação semântica e de pertinência		
-1 = não pertinente	0 = indeciso	+1 = pertinente

9. Depois de concluída sua análise, solicitamos que nos seja enviada para o seguinte e-mail: estomaterapeuta@enfmedic.com.br

Se for possível nos envie em formato de PDF.

Contando com sua indispensável contribuição, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários e, desde já, agradecemos sua atenção e dedicação.

Respeitosamente,

Beatriz Farias Alves Yamada
doutoranda

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
orientadora

Contato:

Cel: 9617-4049 ou fone/fax: 3063-3774

Anexo S

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas Piloto II

Procedimentos Teóricos - Análise Semântica dos Itens

Parte 1: Quanto você está satisfeito com:
1. Sua saúde?
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?
3. O cuidado que você recebe no local de sua ferida?
4. A intensidade de dor que você sente ? (se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida)
5. A intensidade de dor que você sente na ferida ? (se tiver dor na ferida)
6. O tratamento que você recebe para aliviar a dor ?
7. O fato de estar com ferida?
8. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?
9. A drenagem (“secreção”) e o odor (cheiro) da sua ferida
10. A aparência de sua ferida?
11. A energia que você tem para as atividades diárias?
12. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?
13. O controle que você tem sobre sua vida?
14. As mudanças que você precisa fazer na sua vida por causa da ferida (fazer curativos, forma de banho, mudanças no uso de roupas e calçados, tomar remédios, forma de alimentar-se)?
15. Sua possibilidade de viver tanto quanto você gostaria?
16. A saúde de sua família?
17. Seus filhos? (se tiver filho(s)).
18. O fato de não ter filhos? (se não tiver filho(s)).
19. A felicidade de sua família?
20. Sua vida sexual?
21 Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)
22O fato de não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?
23 Seus amigos?
24 O apoio emocional que você recebe da sua família?
25 O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?
26 Sua capacidade para se responsabilizar pela família?
27 O quanto você é útil para os outros?
28 O seu sono?
29A quantidade de preocupações em sua vida?
30 Sua vizinhança?
31 Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?

32 Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?
33 O fato de não ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?
34 Seu nível de escolaridade?
35 A maneira como você administrar o seu dinheiro?
36 As suas atividades de lazer, de diversão ?
37 Suas possibilidades de ter um futuro feliz?
38 Sua paz de espírito, sua tranquilidade?
39 Sua fé em Deus?
40 A realização de seus objetivos pessoais?
41 Sua felicidade de modo geral?
42 Sua vida de modo geral?
43 Sua aparência pessoal?
44 Você mesmo(a) de modo geral?

Parte 2: Quanto é importante para você:
1. Sua saúde?
2. O cuidado que você tem com a sua saúde?
3. O cuidado que você recebe no local se sua ferida?
4. Não ter dor ? (se tiver dor sem ser na ferida)
5. Não ter dor na ferida ? (se tiver dor na ferida)
6. O tratamento que você recebe para aliviar a dor ?
7. Não ter ferida?
8. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?
9. A drenagem e odor de sua(s) ferida(s)?
10. A aparência de sua(s) ferida(s)?
11. Ter energia suficiente para as atividades diárias?
12. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?
13. Ter controle sobre sua vida?
14. Não fazer mudanças na vida diária por causa da ferida (fazer curativos, forma de banho, mudanças no uso de roupas e calçados, tomar remédios, movimentar-se)
15. Viver tanto quanto você gostaria?
16. A saúde de sua família?
17. Seus filhos? (se tiver filhos)
18. Não ter filhos? (se não tiver filhos)
19. A felicidade de sua família?
20. Sua vida sexual?
21. Seu (sua) esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)? (Se tiver)

22. Não ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?
23. Seus amigos?
24. O apoio emocional que você recebe da sua família?
25. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?
26. Responsabilizar pela família?
27. Ser útil às outras pessoas?
28. O seu sono?
29. Não ter preocupações?
30. Sua vizinhança?
31. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?
32. Seu trabalho (se tiver qualquer tipo de trabalho com ou sem remuneração)?
33. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado ou incapacitado)?
34. Seu nível de escolaridade?
35. Ser capaz de administrar o seu dinheiro?
36. Ter atividades de lazer, de diversão ?
37. Ter um futuro feliz?
38. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?
39. Sua fé em Deus?
40. Realizar seus objetivos pessoais?
41. Sua felicidade de modo geral?
42. Estar satisfeito com a vida?
43. Sua aparência pessoal?
44. Ser você mesmo(a)?

Anexo T**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Procedimentos Teóricos - Análise Semântica dos Itens

População Alvo – Grupo focal

Prezado(a) Sr(a)

Eu, Beatriz Farias Alves Yamada, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora doutora Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, solicito por meio deste termo a sua autorização e colaboração para participar do comitê de juizes, formado por pessoas com feridas, denominado grupo focal.

Informo que será formado um grupo de no máximo oito pacientes onde discutiremos sobre as questões de um instrumento que está sendo desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pessoas com feridas, com objetivo de realizar nossa tese de doutorado.

Irei ler cada questão e pedirei a opinião se esse item é facilmente entendido por cada pessoa que compõe esse grupo.

Sua participação, é muito importante para cumprir uma das fases da minha pesquisa, no entanto **não é obrigatória.**

Autorização

Eu, _____, depois das orientações recebidas, dou meu consentimento para participar do estudo, realizado por Beatriz Farias Alves Yamada, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP, dando a minha opinião em grupo sobre a compreensão das questões de um questionário de qualidade de vida de pessoas com feridas. Neste estudo, reconheço que minha participação é de livre e espontânea vontade, sendo assegurada a confidência das respostas, assim como o sigilo de minha identidade. Sei, ainda, que posso abandonar o grupo a qualquer momento sem que isso interfira no meu tratamento na instituição. Estou ciente que não sofrerei danos decorrentes da mesma. Estou ciente de que os resultados dessa reunião de grupo serão divulgados na tese, mas que meu nome não será revelado.

Assinatura do entrevistado: _____

RG: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Beatriz: (11) 9617 40 49 ou 3063 3774 – Profa Dra Vera: (11) 3066 75 65

Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP: (11) 3066 75 65

São Paulo, / /

Anexo U

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas Piloto III

Procedimentos Teóricos – Pré-Teste

Anexo Não liberado

Anexo U

Anexo Não liberado

Anexo U

Anexo Não liberado

Anexo U

Anexo Não liberado

Anexo V

Dados Sócio-demográficos e clínicos
Procedimentos Empíricos

Data:		Nome do entrevistador:
Instituição:		
Nome do respondente:		
Cidade:		UF:
A - Dados Sócio-Demográficos		
Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	Qual o número de filhos vivos que você tem?:
Qual a sua Religião?		Você pratica sua religião? () Sim () não
Qual o seu estado civil: ☐ solteiro		Qual a sua situação conjugal?
☐ casado ☐ viúvo ☐ divorciado		☐ com companheiro ☐ sem companheiro
Qual o grau de instrução que obteve?		
☐ nenhum ☐ fundamental incompleto ☐ fundamental completo ☐ ensino médio incompleto ☐ ensino médio completo ☐ superior incompleto ☐ superior completo ☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado ☐ Outro: _____		
Qual a sua situação frente ao trabalho atualmente?		
☐ Trabalho com carteira assinada ☐ Trabalho sem carteira assinada ☐ Estudante ☐ Dona de casa ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Aposentado e Trabalha ☐ Afastado ☐ Pensionista		
Qual a renda familiar mensal (em reais) da sua casa? (juntando o salário de todos os que trabalham)		
☐ < 1 salário mínimo (R\$300) ☐ 1 salário mínimo ☐ 2 salários mínimos ☐ 3 salários mínimos ☐ 4 salários mínimos ☐ 5 salários mínimos ☐ > 6 salários mínimos		
Qual o número de pessoas que contribuem para a obtenção da renda familiar?		
☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ☐ Outro: _____		
B - Dados Clínicos		
Quais as doenças que você possui? (mesmo se estiverem controladas)		
Quantos anos você tinha quando teve ferida pela primeira vez?		
Depois dessa primeira ferida, você se lembra quantas vezes apareceram outras feridas na sua pele?		
Há quanto tempo você está com a(s) ferida(s) atual (ais)? (Em meses):		
Qual o tipo de ferida que você tem?		Qual o número de ferida(s) que você possui?
Onde a ferida(s) está (ão) localizada (s)? (use o espaço abaixo para escrever)		
1ª)	3ª)	
2ª)	4ª)	
Você precisou fazer alguma cirurgia por causa da ferida?		

ESCALA NUMÉRICA DE DOR

Indique a intensidade de dor que está sentindo **neste momento**, apontando na escala abaixo, onde zero significa ausência de dor e dez significa a pior dor imaginável:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indique o valor da “**pior**” dor da última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indique o valor da “**melhor**” dor da última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Anexo W

Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas Piloto IV Procedimentos Empíricos – Teste

**A versão IV é tal qual a III, com mudança nos itens 19 e 23 da parte 2
(importância)**

Quanto é importante para você:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
19. Ter filhos? (se não tiver filhos)	1	2	3	4	5	6
23. Ter esposo(a), namorado(a) ou companheiro(a)?	1	2	3	4	5	6

Anexo X

Whoqol – Abreviado

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha da sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por favor, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor opção.

		 muito ruim	 ruim	 nem ruim nem boa	 boa	 muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		 muito insatisfeito	 insatisfeito	 nem satisfeito nem insatisfeito	 satisfeito	 muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		 nada	 muito pouco	 mais ou menos	 bastante	 extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários ... nas últimas duas semanas						
		muito ruim	ruim	Nem ruim Nem bom	boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas...)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo Y **Não liberado**

Anexo Y

Não liberado

Anexo Y

Não liberado

Anexo Y

Não liberado

Anexo Z

Modelo final da Versão Feridas

<p>Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as últimas quatro semanas. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.</p> <p>Não há respostas certas ou erradas.</p>						
Quanto você está satisfeito com:	Muito Insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito Satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente na ferida (<i>se tiver dor na ferida</i>)?	1	2	3	4	5	6
4. A intensidade de dor que você sente (<i>se tiver dor em qualquer lugar sem ser na ferida</i>)?	1	2	3	4	5	6
5. O tratamento que você recebe para aliviar (<i>passar, melhorar</i>) a dor?	1	2	3	4	5	6
6. O fato de estar com ferida?	1	2	3	4	5	6
7. O tempo que a ferida está levando para cicatrizar?	1	2	3	4	5	6
8. A drenagem (<i>"secreção"</i>) e/ou odor (<i>cheiro</i>) da(s) sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência (<i>aspecto</i>) de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. A energia (<i>disposição, vigor, força</i>) que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Sua capacidade para se cuidar sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. O controle (<i>governa, manda</i>) que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. As mudanças que você precisa fazer na sua vida diária por causa da(s) sua (s) ferida (s) (<i>tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se</i>)?	1	2	3	4	5	6
14. Sua capacidade de movimentar-se (<i>mudar/mexer o corpo de lugar</i>) e ou locomover-se (<i>ir de um lugar para o outro</i>)?	1	2	3	4	5	6
15. Sua possibilidade (<i>chance</i>) de viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16. Seus filhos [<i>se tiver filho(s)</i>] ?	1	2	3	4	5	6
17. O fato de não ter filhos [<i>se não tiver filho(s)</i>] ?	1	2	3	4	5	6

Parte 1: Para cada uma das questões a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o **quanto satisfeito** você está com aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.

Não há respostas certas ou erradas.

Quanto você está satisfeito com:	Muito Insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito Satisfeito
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
19. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe da sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança (<i>vizinhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. A maneira como você administra (<i>cuida, controla</i>) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. As suas atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Suas possibilidades (chances) de ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. A realização de seus objetivos pessoais (<i>planos, sonhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Você mesmo(a) de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve **o quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.

Não há respostas certas ou erradas

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
Quanto é importante para você:						
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado que você tem com sua saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Não sentir dor na ferida? <i>(se tiver dor na ferida)</i>	1	2	3	4	5	6
4. Não sentir dor? <i>(se tiver dor sem ser na ferida)</i>	1	2	3	4	5	6
5. Receber tratamento para aliviar <i>(passar, melhorar)</i> a dor?	1	2	3	4	5	6
6. Não ter ferida?	1	2	3	4	5	6
7. Que a cicatrização de sua(s) ferida(s) ocorra em menor tempo possível?	1	2	3	4	5	6
8. Não ter drenagem ("secreção") e/ou odor <i>(cheiro)</i> em sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
9. A aparência <i>(aspecto)</i> de sua(s) ferida(s)?	1	2	3	4	5	6
10. Ter energia <i>(disposição, vigor, força)</i> suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
11. Cuidar-se sem ajuda de outra pessoa?	1	2	3	4	5	6
12. Ter controle <i>(governo, comando)</i> sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
13. Que a sua vida diária não precise ser mudada por causa da(s) sua(s) ferida(s) <i>(tais como fazer curativos, forma de tomar banho, mudanças no uso de calçados e roupas, tomar remédios, forma de alimentar-se)</i> ?	1	2	3	4	5	6
14. Ser capaz de movimentar-se <i>(mudar/ mover o corpo de lugar)</i> e ou locomover-se <i>(ir de um lugar para o outro)</i> ??	1	2	3	4	5	6
15. Viver tanto quanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
16. Seus filhos? <i>[se tiver filho(s)]</i>	1	2	3	4	5	6
17. Ter filhos? <i>[se não tiver filho(s)]</i>	1	2	3	4	5	6
18. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6

Parte 2: Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve **o quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida, tendo como referência as **últimas quatro semanas**. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido.

Não há respostas certas ou erradas

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito Importante
Quanto é importante para você:						
19. Seus amigos	1	2	3	4	5	6
20. O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
21. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas que não são da sua família?	1	2	3	4	5	6
22. O seu sono?	1	2	3	4	5	6
23. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
24. Sua vizinhança (<i>vizinhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
25. Sua casa, seu apartamento ou o local onde você mora?	1	2	3	4	5	6
26. Ser capaz de administrar (cuidar, controlar) o seu dinheiro?	1	2	3	4	5	6
27. Ter atividades de lazer, de diversão?	1	2	3	4	5	6
28. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
29. Sua paz de espírito, sua tranquilidade?	1	2	3	4	5	6
30. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
31. Realizar seus objetivos pessoais (<i>planos, sonhos</i>)?	1	2	3	4	5	6
32. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Estar satisfeito(a) com a vida?	1	2	3	4	5	6
34. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
35. Ser você mesmo(a)?	1	2	3	4	5	6
Copyright 1984 & 1998 Ferrans & Powers (Do not use without permission). Versão Feridas Construída e validada por Yamada & Santos, 2006						

Referências Bibliográficas

1. Meira AAM, Yamada BFA, Belonia CSFO, Santos VLCC. Avaliação de qualidade de vida de portadores de úlceras venosas. [monografia] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
2. Yamada BFA. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas. [dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
3. Flett R, Harcourt B, Alpass F. Psychosocial aspects of chronic lower leg ulceration in the elderly. *West J Nurs Res* 1994; 16 (2): 183-92.
4. Phillips T, Stanton B, Provan A, Lew R et al. A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social and psychology implications. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31 (1): 49-53.
5. Vanhoutte PM, Corcaud S, Montrion C. Venous disease: from pathophysiology of quality of life. *Angiology* 1997; 48 (7): 559-67.
6. Lamping DL. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology* 1997; 48 (1): 52-7.
7. Hofman D et al. Pain in venous ulcers. *J Wound Care* 1997; 6 (5): 222-4.
8. Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1998; 25 (3): 158-67.
9. Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about their impact on quality of life. *Wound Ostomy Manage* 1998; 44 (9): 30-42.
10. Neil JA, Munjas BA. Living with a chronic wound: the voices of suffers. *Ostomy Wound Manage* 2000; 46 (5): 28-30.
11. Pieper B, Szczepaniak K, Templin T. Psychosocial adjustment, coping and quality of life in patients with venous ulcers and history of intravenous drug use. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2000; 27 (4): 227-37.

12. Yamada BFA, Santos VLCG. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Wounds* 2005; 17 (7): 178-89.
13. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995; 22: 502-8.
14. Fleck MPA et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21 (1): 19-28.
15. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
16. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health* 1992; 15: 29-38.
17. Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly* 1994; 7 (1): 22-8.
18. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1996; 4 (3): 5-18.
19. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41 (10): 1439-46.
20. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 7-31.
21. Santos VLCG, Kimura M. Qualidade de vida. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 453-75.
22. Testa MA, Simonson DC. Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334 (13): 835-40.

23. Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saúde Pública 1999; 33 (2): 198-205.
24. Santos VLCC, Silva AM. Quality of life of people with fecal incontinence. World Counc Enterostom Ther J 2003; 23 (1): 7-16.
25. McDowell I, Newell C. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1996. p. 10-46.
26. Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. Jovem Médico 1998; 4: 219-22.
27. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? J Clin Epidemiol 1999; 52 (4): 355-63.
28. Mapi Research Institute. Patient-reported outcome (PRO) and quality of life (QOL) instruments database. [online] Describe PRO and QOL instruments to help you choose appropriate instruments and facilitate your access to them. São Paulo; 2005. Available from: <www.proqolid.org/> (06 abr 2004).
29. Vileikyte L, Bundy C, Shaw JE, Walsh T, Tomenson B, Boulton AJM. The first neuropathy-specific quality of life instrument: a construction of scales and preliminary results of reliability and validity. Diabetes 1998; 47 (suppl 1): A44.
30. Vileikyte L, Peyrot M, Bundy C, Rubin RR, Leventhal H, Mora P et al. The development and validation of a neuropathy and foot ulcer-specific quality of life instrument. Diabetes Care 2003; 26 (9): 2549-55.
31. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Constrution and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). Quality of Life Research 1996; 5: 539-54.

32. Augustin M et al. Development and validation of a disease-specific questionnaire on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *Vasa* 1997; 26 (4): 291-301.
33. Franks PJ, Wright DI, Fletcher AE, Moffatt CJ, Stirling J, Bulpitt CJ et al. A questionnaire to assess risk factors, quality of life, and use of health resources in patients with venous disease. *European Journal of Surgery* 1992; 158: 149-55.
34. Klyszcz T, Junger M, Schanz S, Janz M, Rassner G, Kohnen R. Quality of life in chronic venous insufficiency (CVI). Results of a study with the newly developed tubingen questionnaire for measuring quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *Hautarzt* 1998; 49 (5): 372-81.
35. Ferrans CE, Powers MJ. Ferrans and Powers quality of life index. [online] Present the latest developments in QLI research. São Paulo; 2005. Available from: <<http://www.uic.edu/orgs/qli/>> (08/08/2001).
36. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 1985; 8 (1): 15-24.
37. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. In: Gift AG. Clarifying concepts in nurse research. Spring Publishing Company; 1997. p. 111-21.
38. Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of life index”, de Ferrans e Powers. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
39. Dunn SA, Lewis SL, Bonner PN, Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *ANNA J* 1994; 21 (5): 237-46.
40. Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 3ª ed. Wayne: HMP Communications; 2001.

41. Van Rijswijk L. The language of wounds. In: Krasner D, Kane D. Chronic wound care: a clinical sourcebook for healthcare professionals. 2ª ed. Health Management Publications: Pennsylvania; 1997. p. 5-8.
42. Franks P, Moffatt C, Connolly M, Mosanquet N, Oldroyd M, Greenhalgh RM et al. Community leg ulcer clinics: effect on quality of life. *Phlebology* 1994; 9: 83-6.
43. McGuckin M, Stineman MG, Goin JE, Williams SV. Trustees of the University of Pennsylvania. Venous leg ulcer guideline. Wayne: Health Management; 1997.
44. Reichardt LE. Venous ulceration: compression as the mainstay of therapy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; 26 (1): 39-47.
45. Lorimer KR, Harrison MB, Graham ID, Friedberg E, Davies B. Venous leg ulcer care: how evidence-based is nursing practice? *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2003; 30 (3): 132-42.
46. Lees TA, Lambert D. Prevalence of lower limb ulceration in an urban health district. *Br J Surg* 1992; 79 (10): 1032-4.
47. Levin ME. Preventing amputation in the patient with diabetes. *Diabetes Care* 1995; 18 (10): 1383-94.
48. Levin ME. Prevention and treatment of diabetic foot wounds. *J Wound Ostomy Continence* 1998; 25 (3): 129-46.
49. Simmons DA. Pathogenesis of diabetic neuropathy. In: Kahn CR, Weir GC. *Joslin's diabetes mellitus*. 13ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1994. p. 665-90.
50. Maffei FHA, editor. *Doenças vasculares periféricas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência, etiopatogenia e fisiopatologia; p.1003-111.
51. Rubano JJ, Kerstein D. Arterial insufficiency and vasculitides. *J Wound Ostomy Continence* 1998; 25 (3): 147-57.

52. Koshy M, Entsuah R, Koranda A, Karus AP, Johnson R, Bellvue R et al. Leg ulcers in patients with sickle cell disease. *Blood* 1989; 74: 1403-8.
53. Ohanaka EC, Osarenkhoe O. In-patient management of leg ulcers. *East Afr Med J* 1999; 76 (12): 687-9.
54. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel. [online] Enhance knowledge and awareness of pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. São Paulo; 2005. Available from: <<http://www.npuap.org>>
55. Rycroft-Malone J. Pressure ulcer risk assessment and prevention. In: *Clinical Practice Guidelines*. London: Royal College of Nursing; 2000. p. 1-39.
56. Krasner D. Pressure ulcers. Assessment, classification and management. In: Krasner D, Kane D. *Chronic wound care*. 2^a ed. Wayne: Health Management Publications; 1997. p. 128-9.
57. Leigh IH, Bennett G. Pressure ulcers: prevalence, etiology and treatment modalities. A review. *Am J Surg* 1994; 167 (11): 25-30.
58. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13 (4): 474-80.
59. Souza DMST, Fiamini EAD, Balan MAJ, Sousa RNM, Santos VLCG. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados. *Enfermagem Atual* 2004; 4 (22): 21-6.
60. Dowsett C. Malignant fungating wounds: assessment and management. *Br J Community Nurs* 2002; 7 (8): 394-400.
61. Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51 (4): 347-59.

62. Vale ECS. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *An Bras Dermatol* 2005; 80 (1): 9-19.
63. Mayhall CG. The epidemiology of burn wound infections: then and now. *Clin Infect Dis* 2003; 37 (4): 543-50.
64. Vytautas J, Rimdeika R, Jasėnas M, Samsanavicius D. Changes in patient's quality of life comparing conservative and surgical treatment of venous leg ulcers. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40 (8): 731-9.
65. Gonçalves ML, Santos VLCCG, Pimenta CAM, Suzuki E, Komegae KM. Pain in chronic leg ulcers. *JWOCN* 2004; 31 (5): 275-83.
66. Chase SK, Whittemore R, Crosby N, Freney D. Living with chronic venous leg ulcers: a descriptive study of knowledge and functional health status. *Journal of Community Health Nursing* 2000; 17 (1): 1-13.
67. Lindholm C et al. Quality of life in chronic ulcer patients, an assessment according to the Nottingham health profile. *Acta Derm Vener* 1993; 73 (6): 440-3.
68. Ribu L, Wahl A. Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50 (2): 57-67.
69. Beitz JM, Goldberg E. The lived experience of having a chronic wound: a phenomenologic study. *Medsurg Nursing* 2005; 14 (1): 51-62.
70. Szor JK, Bourguignon C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; 26 (3): 115-20.
71. Dallam L, Smyth C, Jackson BS, Krinsky R, O'Dell C, Rooney JA et al. Pressure ulcer pain: assessment and quantification. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1995; 22(5): 211-8.
72. Quirino J, Santos VLCCG, Quednau TJP, Martins APF, Lima P, Almeida MRM. Pain in pressure ulcers. *Wounds* 2003; 14 (12): 381-9.

73. Pasquali L. Psicometria. Teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 106-225.
74. Pasquali L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997. p. 39-140.
75. Grey M. Experimental and quasiexperimental designs. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods, critical appraisal and utilization. 4ª ed. St Louis: Mosby; 1998. p. 175-93.
76. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin 1998; 25 (5): 206-13.
77. Carandina DM. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação de um instrumento de medida para enfermeiras. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
78. Braga CG. Construção e validação de um instrumento para a avaliação do “sentimento de impotência”. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
79. Psychology dictionary [on line]. USA; 2005. Disponível em: <http://allpsych.com/dictionary/z.html>. (20 dez 2005)
80. Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill Book Company; 1967. p. 75-101.
81. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2005.
82. Rust J, Golombok S. Modern psychometrics: the science of psychological assessment. London: Routledge; 1989.
83. Heffner CL. Statistics primer. [online] 2004. Available from:<allpsych.com/stats/index.html> (18.12.05).
84. Heffner CL. Research methods. [online] 2004. Available from:<allpsych.com/stats/index.html> (18.12.05).

85. Polit DF, Hungler BP, editores. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
86. Nieswiadomy RM. Foundations of nursing research. 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1998. Measurement and collection of data; p. 199, 203.
87. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research. 2ª ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999. Measuring and data collection in research; p. 257-61.
88. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. 2ª ed. Buckingham: Open University Press; 1997. Theory of measurement; p.9-15.
89. Nunnally JC, Bernstein HP. Psychometric theory. 3ª ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
90. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing Research. Methods, critical appraisal, and utilization. 4ª ed. St Louis: Mosby; 1998.
91. Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB, Roberts JS. Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. Clinical Therapeutics 1996; 18 (5): 979-92.
92. Pereira JCR, editor. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp; 1999. Processamento e análise de variáveis qualitativas; p.77-100.
93. Siegel S, Castellan Jr NJ. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2ª ed. St Louis: McGraw Hill; 1988. Measures of association and their tests of significance; p. 284.
94. Wilson KA, Dowling AJ, Abdoell M, Tannock IF. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. Quality of Life Research 2000; 9: 1041-52.

95. Jacobson SF. Evaluating instruments for use in clinical nursing research.
In: Frank-Stromborg M, Olsen SJ. Instruments for clinical health-care
research. 2ª ed. London: Jones & Bartlett; 1997. p. 3-19.
96. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia Clínica:
Elementos Essenciais. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
97. Hicks FD, Larson JL, Ferrans CE. Quality of life after liver transplant.
Research in Nursing & Health 1992; 15: 111-9.
98. May LA, Warren S. Measuring quality of life of persons with spinal cord
injury: substantive and structural validation. Quality of Life Research
2001; 10: 503-15.
99. King R. Quality of life after stroke. Stroke. 1996; 29(9):1468-72.
100. Pasero CL. Managing pain from pressure ulcers. AJN 1995; 22-3.
101. Krasner D. Using a gentler hand: reflections on patients with
pressure ulcers who experience pain. Ostomy Wound Management
1996; 42 (3): 20-8.
102. Bush C. Investigating the effects of living with a pressure ulcer.
NTplus 2002; 98 (36): 34-6.
103. Popescu A, Salcido R. Wound pain: a challenge for the patient and
the wound care specialist. Advances in Skin & Wound Care 2004; 17 (1):
14-22.
104. Freeman K, Smyth C, Dallam L, Jackson B. Pain measurement
scales: a comparison of the visual analogue and faces rating scales in
measuring pressure ulcer pain. JWOCN 2001; 28 (6): 290-6.
105. Hedner E, Carlsson J, Kulich KR, Stigendal L, Ingelgard A, Wiklund
I. An instrument for measuring health-related quality of life in patients
with deep venous thrombosis (DVT): development and validation of
deep venous thrombosis quality of life (DVTQOL) questionnaire.
Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2: 30.

106. Langeno DK. Quality of life and pressure ulcers: what is the impact? Wounds 2005; 17(1): 3-7.
107. Searle A, Campbell R, Tallon D, Fitzgerald A, Verhara K. A qualitative approach to understanding the experience of ulceration and healing in the diabetic foot: patient and podiatrist perspective. Wounds 2005; 17(1): 16-25.
108. Walshe C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. Journal of Advanced Nursing. 1995; 22(6):1092-100.
109. Walters SJ, Morrell CJ, Dixon S. Measuring health-related quality of life in patients with venous leg ulcers. Qual Life Res. 1999;8(4):327-36.
110. Morgan PA *et al.* Illness behavior and social support in patients with chronic venous ulcer. Wound Ostomy Manage 2004; 50(1): 25-32.
111. Nemeth K, Harisson M, Graham ID, Burke. Understand venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. Wound Ostomy Manage 2004; 50(1): 34-46.
112. Kjaer ML, Mainz J, Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F. Venous leg ulcer patient priorities and quality of care: results of a survey. Wound Ostomy Manage 2004; 50(1): 48-55.
113. Kjaer ML, Mainz J, Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F. Clinical quality indicators of venous leg ulcers: development, feasibility, and reliability. Wound Ostomy Manage 2004; 51(5): 64-74.
114. Trent JT, Falabella A, Eaglstein WH, Kirstner RS. Venous ulcer: pathofisology and treatment options. Wound Ostomy Manage 2005; 51(5): 38-54.
115. Thomas S. Pain and Management. Community outlook 1989; 11-15.

116. Freedman G, Entero H, Brem H. Pratical treatment of pain with chronic wounds: pathogenesis-guide management. The American Journal of surgery 2004; 118 (suppl): 31s-35s.
117. Doughty D B. Strategies for minimizing chronic wound pain. Home Healthcare Nurse 2004; 22 (11): 784-787.
118. Pediani R. What has pain relief to do with acute surgical woundf healing? [online] 2001. Available from:<www.worldwidewounds.com> (14/04/2005).
119. Senecal SJ. Pain management of wound care. Nursing Clinics of North America 1999; 34(4): 847-859.
120. Rook JL. Wound care pain management. Advances in wound care 1996; 9(6):24-31.
121. Jakobson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality od life among the oldest old pain. Quality of life Research 2004; 13: 125-136.
122. Jones ML. Minimising pain at dressing changes. Nursing Standard 2004; 25(18): 65-70.
123. Willians C. Pain in pressure sore. Nursing Prescriber/community nurse. 1997; jan: 27-28.
124. Neil JA, Barrell LM. Transition Theory and its relevance to patients with chronic wounds. Rehabilitation Nursing. 1998; 23(6): 295-9.
125. Bongensberger G, Eaglstein WH, Kirsner RS. Chronic leg ulcers in patient with combined arterial and venous disease successfully treated with a human skin equivalente: a case report. Wounds 2000; 12(5): 118-121.
126. Orsted HL, Campbell KE, Keast DH, Coutts P, Sterlin W. Chronic wound caring...a long journey toward healing. Wound Ostomy Manage 2001; 47(10): 26-36.

127. Reddy M, Kohr R, Quenn D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centered approach. An overview. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(4A supp): 2-15.
128. Ryan S, Eager C, Sibbald G. Venous leg ulcer pain. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(4A supp): 16-23.
129. Sibbald G, Armstrong DG, Orsted H. Pain in diabetic foot ulcers. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(4A supp): 24-29.
130. Reddy M, Keast D, Fowler E, Sibbald G. Pain in pressure ulcers. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(4A supp): 30-35.
131. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. *Wounds* 2005; 17(1): 8-15.
132. Price P. An holistic approach to wound pain in patients with chronic wounds. *Wounds* 2005; 17(3): 55-57.
133. Lorimer K, Harrisom MB, Graham ID, Frieberg E, Davies B. Assessing venous ulcer population characteristics and practices in a home care community. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(3): 32-43.
134. Pittman J. The Chronic wound and the family. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(2): 38-47.
135. Franks P, McCullagh L, Moffat CJ. Assessing Quality of life in patients with chronic leg ulcerations using medical outcomes short form-36 questionnaire. *Wound Ostomy Manage* 2003; 49(2): 26-37.
136. Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ, de Rooij MJ, van de Kerkhof PC, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs* 2004; 13(3): 341-54.
137. Levis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. The infants' dermatitis quality of life index. *Br J Dermatol* 2001; 144(1): 104-10.

138. Chase SK, Melloni M, Savage A. A forever healing: the experience of venous ulcer disease. *J Vasc Nurs* 1997; 15(2): 73-8.
139. Smith JJ, Guest MG, Greenhalgh RM, Davies AH. Measuring the quality of life in patients with venou ulcers. *J Vasc Surg* 2000; 31(4): 642-9.
140. Pieper B, DiNardo E. Reasons for nonattendance for the treatment of venous ulcer in a innercity clinic. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; 25(4): 180-6.
141. Franks PJ, Winterberg H, Moffat CJ. Health-releted quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound Repair Regen* 2002; 10(3): 113-4.
142. Franks PJ, Moffat CJ. Who suffers most from leg ulceration? *Wound Repair Regen* 1998; 7(8): 383-5.
143. Piggin C. Malodorous fungating wounds: uncertain concepts underlying the management of social isolation. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9(5):216-21.
144. Bird C. Supporting patients with fungating breast wounds. *Prof Nurse* 2000; 15(10): 649-52.
145. Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
146. Skevington SM, OConnell KA et al. Can we indetify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Quality of life Research* 2004; 13: 23-34.
147. Huang C, Wu AW, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-Bref measure the same construc? Evidence from the Taiwan population. *Quality of life Research* 2006; 15: 15-24.

148. Lai KL, Tzen RJ, Wang BL, Lee HS, Amidon RL. Health related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of life Research* 2005; 14: 1169-1180.
149. Kao et al. WHOQOL-bref as predictor of mortality: a two-year follow-up study at veterans home. *Quality of life Research* 2005; 14: 1443-1454.
150. Hulley SB, Cummings SR. Implementando o estudo: pré-teste, controle de qualidade e revisões de protocolo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Heast N, Newman TB. *Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª ed. Artmed; 2003. p. 295-311.
151. McHorney CA et al. The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994;32(1):40-66.
152. Streiner DL, Norman GF. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2ed. New York: Oxford Press; 1995
153. Brtko JJ. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychol Rep* 1966; 19: 3-11.
154. Levin J, Fox JA. *Estatística para ciências humanas*. 9a ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
155. Novey DM, Nelso DV, Berry LA, Averill PM. What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain: a reappraisal. *Pain* 1995; 61: 261-270.
156. Trompenaars FJ, Mastholff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, Devries. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of life Research* 2005; 14: 151-160.

157. Leung KF, Wong WW, Tay MSM, Chu MML, Ng SSE. Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-bref. *Quality of life Research* 2005; 14: 1413-1419.
158. Munro BH, Page EB, editores. *Statistical methods for health care research*. 2ª ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1998. Grouping techniques, cap. 14, p. 265-271.
159. Machado RCBR. Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina [dissertação]. Londrina: Universidade de São Paulo; 2000.
160. Meneguini S. Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
161. Kawakame PMG. Validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers para estudantes de graduação em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
162. Ferrans CE. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1990; 17(3): 15-9.
163. Hicks F, Larson J, Ferrans C. Quality of life after liver transplantation. *Research in Nursing and Health* 1992; 15: 11-119.
164. Bliley AV, Ferrans CE. Quality of life after coronary angioplasty. *Heart Lung* 1993; 22(3):193-9.
165. Kim S, Rew L. Ethnic identity, role integration, quality of life, and depression in Korean-american women. *Archives of Psychiatric Nursing* 1994; 8(6): 348-356.
166. Papadantonaki A, Stotts N, Paul S. Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart Lung* 1994; 23(1):45-52.
167. Mellors MP, Riley TA, Erlen JA. HIV, self-transcendence, and quality of life. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1997; 8(2): 59-69.

168. Anderson J, Ferrans C. The quality of life of persons with fatigue syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 186(6): 359-367.
169. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs*. 1999; 29(2): 490-8.
170. Dougherty C, Dewhurst T, Nicho P, Spertus J. Comparasion of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index – Cardiac Version III. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51(7): 569-575.
171. Zebrack BJ, Chesler MA. A psychometric analysis of the quality of lefe-cancer survivors (QOL-CS) in surveys of childhood cancer. *Quality of life Research* 2001; 10: 319-329.
172. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstron U. Quality of life, pain, and well-being in women suffering from gynecological disorders. *Journal of Womens’s Health and Gender-Based Medicine* 2000; 9(8): 897-903.
173. Santos MFS, Martins CF, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiq Clin* 1999; 26 (1 edição especial): 1-8.
174. Henrica CW de Vet, Adèr HJ, Terwee CB, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriated in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality of life Research* 2005; 14: 1203-1218.
175. Power M, Quin K, Schmidt S & the WHOQOL-old Group. Development of WHOQOL-Old module. *Quality of life Research* 2005; 14: 2107-2214.

176. Mim SK, Kim KI, Lee CI, Jung YC, Suh SY, Kim DK. Development of the Korean versions of WHO Quality of life scale and WHOQOL-Bref. *Quality of life Research* 2002; 11: 593-600.
177. Saxena S, Quinn K, Sharan P, Naresh B *et al.* Cross-linguistic equivalence of WHOQOL-100: a study from north India. *Quality of life Research* 2005; 14: 891-897.
178. Yao G, Wu, CH. Fatorial invariance of the WHOQOL-Bref among disease groups. *Quality of life Research* 2005; 14: 1881-1888.
179. Flang CT, Hsiung PC, Yu MF, Chem MY, Dang JD. Validation of the World Health Organization quality of life instrument in patients with HIV infection. *Quality of life Research* 2002; 11: 753-762.
180. Iglesias CP, Birls Y, Nelson EA, Scanlon E, Cullum NA. Quality of life of people with venous leg ulcer: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Quality of life Research* 2005; 14: 1705-1718.
181. Larson NL, Rovers JP, McKeigan. Patient satisfaction with Pharmaceutical care: up of a validated instrument. *J Am Pharm* 2002; 42 (1): 44-50.
182. Atkinson MJ, Wishart PM, Wasil BI, Robinson WJ. The self-perception and relationships toll (S-PRT): a novel approach to measurement of subjective health-related quality of life.
183. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 686-694.
184. Osman A *et al.* Reliability and construct validity of the pain distress inventory. *Journal of Behavioral Medicine* 2005; 28(2): 169-180.

185. Kutlay S, Küçükdeveci AA, Gönül D, Tennant A. Adaptation and validation of the Turkish version of the rheumatoid arthritis quality of life scale. *Rheumatol Int* 2003; 23: 21-26.
186. Lecci Len, Myers B. Examining the construct validity of the original and revised JBS: a cross-validation of sample and method. *Law and Human Behavior* 2002; 26 (4): 455-463.
187. Anagnostopoulos F, Niakas D, Papa E. Construct validation of the Greek SF-36 health survey. *Quality of life Research* 2005; 14: 1959-1965.
188. Floyd FJ, Widaman KF. Factor analisys in development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Asses* 1995; 7: 289-299.

Apêndices

Apêndice 1

Solicitação para o desenvolvimento da versão feridas

At 04:35 PM 5/25/2004 -0300, you wrote:

Dear Dr Ferrans,

Please, let me introduce myself: I'm Vera Lúcia C. G. Santos, RN, CETN, BSN, MSN, PhD, Faculty Member of the Nursing College of the University of São Paulo. As you know, Dr Miako Kimura, also a faculty member of this University, did the transcultural adaptation of the Ferrans & Powers QOL Index to Portuguese culture and since then we have been using the adapted version in many studies with different kind of populations and groups. As my specialty is ostomy, wound and continence care, I have conducted some studies in those 3 fields of the specialty (Stomal Therapy Nursing).

The reason of this letter is to consult you and give you permission/authorization to develop a wound care version of the QOL Index. It would be developed by Beatriz F. A. Yamada, as a doctoral thesis. Her Master degree was achieved investigating the QOL of people with venous ulcers using the Ferrans & Powers QOL Index adapted to Portuguese, two years ago. As she liked the tool very much and even uses it at her clinical practice in wound care, she has been found some limitations that will be solved with few specific questions (like the other specific versions that you made). On the other hand although we found some specific instruments to evaluate the QOL of people with wounds, they are not generic for all kinds of wounds. Besides that, they are not available to the Portuguese language yet. I'd also like to mention that QOL constitutes an important subject of our researches at this Nursing College and we have been made many efforts to divulgate the Ferrans & Powers QOL Index not only inside the university but also outside, for example, in events like we will have next August: the IV Brazilian Meeting of Researchers in QOL and II Iberic American Meeting of the ISOQOL, that will be held in Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Thank you for your attention.

My best regards,

Dr Vera Santos

Apêndice 2

Permissão para o desenvolvimento da versão feridas

Mensagem encaminhada de Carol Ferrans <cferrans@uic.edu> -----

Data: Tue, 25 May 2004 17:38:26 -0500

De: Carol Ferrans <cferrans@uic.edu>

Responder para: Carol Ferrans <cferrans@uic.edu>

Assunto: QLI

Para: veras@usp.br

Dear Dr. Santos,

Thank you for your email. I am delighted that you and your colleagues are using the Quality of Life Index and that it has been a helpful tool for your work.

I am happy to give permission for the development of this new version of the QLI. If you would like me to review the additional new items when they are developed, or help in some other way, I will be glad to do it. Also, we can post the new instrument on the website for the QLI when it is > completed and ready to share with others (www.uic.edu/orgs/qli). We are working toward getting all the different versions AND languages posted on the website. What would be the title for this version "Wound Care Version" or just "Wound Version"? If it would be specifically for patients with ostomies, it could possibly be the "Ostomy Version."

Thank you for your support of the Quality of Life Index. If I can be of assistance to you in the future, please let me know.

I wish you all success with this new effort.

Sincerely,

Carol Ferrans

Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Professor
University of Illinois at Chicago
College of Nursing (MC 802)
845 S. Damen Avenue
Chicago, IL 60612
Phone (312) 996-8445
Fax (312) 996-4979

Apêndice 3

Orientações sobre método

At 09:43 AM 1/18/2006 -0200, you wrote:

Dear Dr Ferrans,

I apologize to bother you with our doubts related to the building of the wound version of the Ferrans and Powers Index. But, at this ending time that they appear. How did you manage the missing data to calculate Chronbach's Alpha, for example? WHOQOL Group establishes that if we have more than 20% of missing data for the same evaluation, it must be discharged. But if this missing percentage is under 20%, you can use the average of the other values replacing the missing data. It seems that SF36 does the same.

At this moment we think to use the same criteria because the final sample becomes very short if we do not include the missing data.

What do you think about? This was the same as you used in your studies?

Thank you again for your attention and comments.

My best regards.

Vera

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos PhD
Profa Dra do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola de Enfermagem da USP
(Nursing College of the University of São Paulo)
Tel 55 11 3066 7565
Fax 55 11 3066 7546

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos PhD
Profa Dra do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola de Enfermagem da USP
(Nursing College of the University of São Paulo)
Tel 55 11 3066 7565
Fax 55 11 3066 7546

Dear Vera,

Yes, it is perfectly fine to use the 20% criterion for missing data with the Quality of Life Index, just as you have described it below. We have also used this criterion with our other studies, but normally have had much less missing data than 20%.

I wish you all success!

Kind regards,

Carol Ferrans

Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Deputy Director, UIC Center for Population Health and Health Disparities
Professor, College of Nursing
University of Illinois at Chicago
845 S. Damen Avenue (MC 802)
Chicago, IL 60612
Phone (312) 996-8445
Fax (312) 996-4979
QLI website: www.uic.edu/orgs/qli

At 08:37 PM 1/18/2006 -0200, you wrote:

Dear dr. Ferrans,

thank you very much for your support.

In the majority of itens we had only 2 or 3% of missing data.

The problem consists of those itens that people not answered because it was not applied for themselves, such as:

sexual life (25% of missing data)

children (18,5% of missing data)

job (72,5% of missing data)

not having a job (29,5% of missing data)
 spouse, lover, or partner (45,5% of missing data)
 Thus when we have made the alpha for the total QOL have diminished frightful the number of itens.
 I would like do know which are your recommendation to solve this problem.

My regards,
 Beatriz Yamada

----- Original Message -----

From: Carol Ferrans
To: "Beatriz Farias A. Yamada - Enfmedic Saúde"
Sent: Monday, January 23, 2006 10:20 PM
Subject: Re: Fw: another question

Dear Ms. Yamada,
 Thank you for your email.

The two job questions should be combined so that they together form completed responses for one question. These two questions together were always intended to form a single item.

CALCULATING SCORES

You can leave the rest of the items in the questionnaire -- the scoring technique calculates each score based on the items answered by each person. There is no negative effect on the score caused by missing items.

You may wish to remove the "spouse, lover, or partner" question completely, since you had almost half of the sample with missing data. This is your choice.

CALCULATING CRONBACH ALPHA

Missing items can cause problems when you calculate Cronbach alphas -- the missing responses need to be replaced (we usually replace with the means for each item). I would recommend calculating the alphas with the items with the 3 problem items (listed below) removed, and then calculate them with the 3 problem included, and compare the alphas.

I hope this response is helpful for you.
 I wish you all the best.

Kind regards,
 Carol Ferrans

Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
 Deputy Director, UIC Center for Population Health and Health Disparities
 Professor, College of Nursing
 University of Illinois at Chicago
 845 S. Damen Avenue (MC 802)
 Chicago, IL 60612
 Phone (312) 996-8445
 Fax (312) 996-4979
 QLI website: www.uic.edu/orgs/qli

Apêndice 4

Matriz de correlação Inter-Item com todos os itens do DSF																							
Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	21	27	28	29	30	37	38
1	1	0,35	0,24	0,43	0,39	0,29	0,31	0,36	0,30	0,34	0,37	0,26	0,25	0,33	0,40	0,37	0,21	0,22	0,15	0,31	0,31	0,23	0,27
2	0,35	1	0,28	0,12	0,13	0,24	0,14	0,18	0,14	0,21	0,36	0,28	0,38	0,22	0,20	0,24	0,12	0,21	0,25	0,20	0,16	0,27	0,28
3	0,24	0,28	1	-0,02	0,11	0,17	0,02	0,10	0,11	0,14	0,20	0,15	0,16	0,08	0,22	0,08	0,09	0,14	0,10	0,23	0,16	0,12	0,13
4	0,43	0,12	-0,02	1	0,43	0,35	0,47	0,34	0,23	0,21	0,18	0,11	0,13	0,34	0,25	0,14	0,05	-0,02	-0,06	0,25	0,32	0,20	0,23
5	0,39	0,13	0,11	0,43	1	0,23	0,47	0,44	0,44	0,32	0,19	0,21	0,09	0,38	0,29	0,20	-0,02	0,05	0,03	0,24	0,30	0,15	0,20
6	0,29	0,24	0,17	0,35	0,23	1	0,22	0,28	0,16	0,29	0,22	0,13	0,22	0,17	0,20	0,20	0,14	0,12	0,21	0,15	0,18	0,21	0,23
7	0,31	0,14	0,02	0,47	0,47	0,22	1	0,43	0,29	0,22	0,17	0,14	0,15	0,49	0,26	0,21	0,00	-0,01	-0,03	0,13	0,33	0,20	0,21
8	0,36	0,18	0,10	0,34	0,44	0,28	0,43	1	0,45	0,46	0,21	0,08	0,16	0,41	0,27	0,24	0,10	0,09	0,07	0,23	0,33	0,18	0,17
9	0,30	0,14	0,11	0,23	0,44	0,16	0,29	0,45	1	0,51	0,27	0,26	0,18	0,43	0,29	0,23	0,06	0,19	0,09	0,19	0,23	0,15	0,18
10	0,34	0,21	0,14	0,21	0,32	0,29	0,22	0,46	0,51	1	0,32	0,26	0,21	0,43	0,29	0,37	0,12	0,19	0,15	0,30	0,22	0,17	0,27
11	0,37	0,36	0,20	0,18	0,19	0,22	0,17	0,21	0,27	0,32	1	0,44	0,44	0,34	0,54	0,31	0,30	0,30	0,19	0,20	0,23	0,35	0,32
12	0,26	0,28	0,15	0,11	0,21	0,13	0,14	0,08	0,26	0,26	0,44	1	0,44	0,27	0,43	0,29	0,20	0,37	0,22	0,19	0,19	0,35	0,20
13	0,25	0,38	0,16	0,13	0,09	0,22	0,15	0,16	0,18	0,21	0,44	0,44	1	0,27	0,29	0,30	0,29	0,43	0,35	0,22	0,21	0,32	0,34
14	0,33	0,22	0,08	0,34	0,38	0,17	0,49	0,41	0,43	0,43	0,34	0,27	0,27	1	0,42	0,33	0,09	0,12	0,08	0,17	0,30	0,32	0,27
15	0,40	0,20	0,22	0,25	0,29	0,20	0,26	0,27	0,29	0,29	0,54	0,43	0,29	0,42	1	0,40	0,23	0,28	0,13	0,16	0,19	0,36	0,22
16	0,37	0,24	0,08	0,14	0,20	0,20	0,21	0,24	0,23	0,37	0,31	0,29	0,30	0,33	0,40	1	0,25	0,28	0,26	0,21	0,29	0,39	0,31
21	0,21	0,12	0,09	0,05	-0,02	0,14	0,00	0,10	0,06	0,12	0,30	0,20	0,29	0,09	0,23	0,25	1	0,30	0,18	0,15	0,11	0,29	0,26
27	0,22	0,21	0,14	-0,02	0,05	0,12	-0,01	0,09	0,19	0,19	0,30	0,37	0,43	0,12	0,28	0,28	0,30	1	0,31	0,10	0,28	0,27	0,25
28	0,15	0,25	0,10	-0,06	0,03	0,21	-0,03	0,07	0,09	0,15	0,19	0,22	0,35	0,08	0,13	0,26	0,18	0,31	1	0,09	0,12	0,21	0,24
29	0,31	0,20	0,23	0,25	0,24	0,15	0,13	0,23	0,19	0,30	0,20	0,19	0,22	0,17	0,16	0,21	0,15	0,10	0,09	1	0,28	0,24	0,19
30	0,31	0,16	0,16	0,32	0,30	0,18	0,33	0,33	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,30	0,19	0,29	0,11	0,28	0,12	0,28	1	0,27	0,29
37	0,23	0,27	0,12	0,20	0,15	0,21	0,20	0,18	0,15	0,17	0,35	0,35	0,32	0,32	0,36	0,39	0,29	0,27	0,21	0,24	0,27	1	0,32
38	0,27	0,28	0,13	0,23	0,20	0,23	0,21	0,17	0,18	0,27	0,32	0,20	0,34	0,27	0,22	0,31	0,26	0,25	0,24	0,19	0,29	0,32	1

Apêndice 5

Matriz de correlação Inter-Item com retirada do 3 DSF																				
Item	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	21	27	28	29	30
1	1	0,35	0,43	0,39	0,29	0,31	0,36	0,30	0,34	0,37	0,26	0,25	0,33	0,40	0,37	0,21	0,22	0,15	0,31	0,31
2	0,35	1	0,12	0,13	0,24	0,14	0,18	0,14	0,21	0,36	0,28	0,38	0,22	0,20	0,24	0,12	0,21	0,25	0,20	0,16
4	0,43	0,12	1	0,43	0,35	0,47	0,34	0,23	0,21	0,18	0,11	0,13	0,34	0,25	0,14	0,05	-0,02	-0,06	0,25	0,32
5	0,39	0,13	0,43	1	0,23	0,47	0,44	0,44	0,32	0,19	0,21	0,09	0,38	0,29	0,20	-0,02	0,05	0,03	0,24	0,30
6	0,29	0,24	0,35	0,23	1	0,22	0,28	0,16	0,29	0,22	0,13	0,22	0,17	0,20	0,20	0,14	0,12	0,21	0,15	0,18
7	0,31	0,14	0,47	0,47	0,22	1	0,43	0,29	0,22	0,17	0,14	0,15	0,49	0,26	0,21	0,00	-0,01	-0,03	0,13	0,33
8	0,36	0,18	0,34	0,44	0,28	0,43	1	0,45	0,46	0,21	0,08	0,16	0,41	0,27	0,24	0,10	0,09	0,07	0,23	0,33
9	0,30	0,14	0,23	0,44	0,16	0,29	0,45	1	0,51	0,27	0,26	0,18	0,43	0,29	0,23	0,06	0,19	0,09	0,19	0,23
10	0,34	0,21	0,21	0,32	0,29	0,22	0,46	0,51	1	0,32	0,26	0,21	0,43	0,29	0,37	0,12	0,19	0,15	0,30	0,22
11	0,37	0,36	0,18	0,19	0,22	0,17	0,21	0,27	0,32	1	0,44	0,44	0,34	0,54	0,31	0,30	0,30	0,19	0,20	0,23
12	0,26	0,28	0,11	0,21	0,13	0,14	0,08	0,26	0,26	0,44	1	0,44	0,27	0,43	0,29	0,20	0,37	0,22	0,19	0,19
13	0,25	0,38	0,13	0,09	0,22	0,15	0,16	0,18	0,21	0,44	0,44	1	0,27	0,29	0,30	0,29	0,43	0,35	0,22	0,21
14	0,33	0,22	0,34	0,38	0,17	0,49	0,41	0,43	0,43	0,34	0,27	0,27	1	0,42	0,33	0,09	0,12	0,08	0,17	0,30
15	0,40	0,20	0,25	0,29	0,20	0,26	0,27	0,29	0,29	0,54	0,43	0,29	0,42	1	0,40	0,23	0,28	0,13	0,16	0,19
16	0,37	0,24	0,14	0,20	0,20	0,21	0,24	0,23	0,37	0,31	0,29	0,30	0,33	0,40	1	0,25	0,28	0,26	0,21	0,29
21	0,21	0,12	0,05	-0,02	0,14	0,00	0,10	0,06	0,12	0,30	0,20	0,29	0,09	0,23	0,25	1	0,30	0,18	0,15	0,11
27	0,22	0,21	-0,02	0,05	0,12	-0,01	0,09	0,19	0,19	0,30	0,37	0,43	0,12	0,28	0,28	0,30	1	0,31	0,10	0,28
28	0,15	0,25	-0,06	0,03	0,21	-0,03	0,07	0,09	0,15	0,19	0,22	0,35	0,08	0,13	0,26	0,18	0,31	1	0,09	0,12
29	0,31	0,20	0,25	0,24	0,15	0,13	0,23	0,19	0,30	0,20	0,19	0,22	0,17	0,16	0,21	0,15	0,10	0,09	1	0,28
30	0,31	0,16	0,32	0,30	0,18	0,33	0,33	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,30	0,19	0,29	0,11	0,28	0,12	0,28	1
37	0,23	0,27	0,20	0,15	0,21	0,20	0,18	0,15	0,17	0,35	0,35	0,32	0,32	0,36	0,39	0,29	0,27	0,21	0,24	0,27
38	0,27	0,28	0,23	0,20	0,23	0,21	0,17	0,18	0,27	0,32	0,20	0,34	0,27	0,22	0,31	0,26	0,25	0,24	0,19	0,29

Apêndice 6

Matriz de correlação Inter-Item com retirada do 3 e 28 do DSF																					
Item	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	21	27	29	30	37	38
1	1	0,35	0,43	0,39	0,29	0,31	0,36	0,30	0,34	0,37	0,26	0,25	0,33	0,40	0,37	0,21	0,22	0,31	0,31	0,16	0,02
2	0,35	1	0,12	0,13	0,24	0,14	0,18	0,14	0,21	0,36	0,28	0,38	0,22	0,20	0,24	0,12	0,21	0,20	0,16	0,20	0,19
4	0,43	0,12	1	0,43	0,35	0,47	0,34	0,23	0,21	0,18	0,11	0,13	0,34	0,25	0,14	0,05	-0,02	0,25	0,32	0,07	-0,20
5	0,39	0,13	0,43	1	0,23	0,47	0,44	0,44	0,32	0,19	0,21	0,09	0,38	0,29	0,20	-0,02	0,05	0,24	0,30	0,04	-0,20
6	0,29	0,24	0,35	0,23	1	0,22	0,28	0,16	0,29	0,22	0,13	0,22	0,17	0,20	0,20	0,14	0,12	0,15	0,18	0,24	0,01
7	0,31	0,14	0,47	0,47	0,22	1	0,43	0,29	0,22	0,17	0,14	0,15	0,49	0,26	0,21	0,00	-0,01	0,13	0,33	0,02	-0,30
8	0,36	0,18	0,34	0,44	0,28	0,43	1	0,45	0,46	0,21	0,08	0,16	0,41	0,27	0,24	0,10	0,09	0,23	0,33	0,12	-0,01
9	0,30	0,14	0,23	0,44	0,16	0,29	0,45	1	0,51	0,27	0,26	0,18	0,43	0,29	0,23	0,06	0,19	0,19	0,23	0,08	-0,02
10	0,34	0,21	0,21	0,32	0,29	0,22	0,46	0,51	1	0,32	0,26	0,21	0,43	0,29	0,37	0,12	0,19	0,30	0,22	0,16	0,08
11	0,37	0,36	0,18	0,19	0,22	0,17	0,21	0,27	0,32	1	0,44	0,44	0,34	0,54	0,31	0,30	0,30	0,20	0,23	0,17	0,10
12	0,26	0,28	0,11	0,21	0,13	0,14	0,08	0,26	0,26	0,44	1	0,44	0,27	0,43	0,29	0,20	0,37	0,19	0,19	0,24	0,14
13	0,25	0,38	0,13	0,09	0,22	0,15	0,16	0,18	0,21	0,44	0,44	1	0,27	0,29	0,30	0,29	0,43	0,22	0,21	0,20	0,16
14	0,33	0,22	0,34	0,38	0,17	0,49	0,41	0,43	0,43	0,34	0,27	0,27	1	0,42	0,33	0,09	0,12	0,17	0,30	0,12	-0,14
15	0,40	0,20	0,25	0,29	0,20	0,26	0,27	0,29	0,29	0,54	0,43	0,29	0,42	1	0,40	0,23	0,28	0,16	0,19	0,15	-0,02
16	0,37	0,24	0,14	0,20	0,20	0,21	0,24	0,23	0,37	0,31	0,29	0,30	0,33	0,40	1	0,25	0,28	0,21	0,29	0,27	0,18
21	0,21	0,12	0,05	-0,02	0,14	0,00	0,10	0,06	0,12	0,30	0,20	0,29	0,09	0,23	0,25	1	0,30	0,15	0,11	0,16	0,18
27	0,22	0,21	-0,02	0,05	0,12	-0,01	0,09	0,19	0,19	0,30	0,37	0,43	0,12	0,28	0,28	0,30	1	0,10	0,28	0,29	0,30
29	0,31	0,20	0,25	0,24	0,15	0,13	0,23	0,19	0,30	0,20	0,19	0,22	0,17	0,16	0,21	0,15	0,10	1	0,28	0,25	0,06
30	0,31	0,16	0,32	0,30	0,18	0,33	0,33	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,30	0,19	0,29	0,11	0,28	0,28	1	0,24	-0,03
37	0,16	0,20	0,07	0,04	0,24	0,02	0,12	0,08	0,16	0,17	0,24	0,20	0,12	0,15	0,27	0,16	0,29	0,25	0,24	1	0,42
38	0,02	0,19	-0,20	-0,20	0,01	-0,30	-0,01	-0,02	0,08	0,10	0,14	0,16	-0,14	-0,02	0,18	0,18	0,30	0,06	-0,03	0,42	1

Apêndice 7

Matriz de correlação Inter-Item com retirada do 3, 21 e 28 do DSF																				
Item	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	27	29	30	37	38
1	1	0,35	0,43	0,39	0,29	0,31	0,36	0,30	0,34	0,37	0,26	0,25	0,33	0,40	0,37	0,22	0,31	0,31	0,23	0,27
2	0,35	1	0,12	0,13	0,24	0,14	0,18	0,14	0,21	0,36	0,28	0,38	0,22	0,20	0,24	0,21	0,20	0,16	0,27	0,28
4	0,43	0,12	1	0,43	0,35	0,47	0,34	0,23	0,21	0,18	0,11	0,13	0,34	0,25	0,14	-0,02	0,25	0,32	0,20	0,23
5	0,39	0,13	0,43	1	0,23	0,47	0,44	0,44	0,32	0,19	0,21	0,09	0,38	0,29	0,20	0,05	0,24	0,30	0,15	0,20
6	0,29	0,24	0,35	0,23	1	0,22	0,28	0,16	0,29	0,22	0,13	0,22	0,17	0,20	0,20	0,12	0,15	0,18	0,21	0,23
7	0,31	0,14	0,47	0,47	0,22	1	0,43	0,29	0,22	0,17	0,14	0,15	0,49	0,26	0,21	-0,01	0,13	0,33	0,20	0,21
8	0,36	0,18	0,34	0,44	0,28	0,43	1	0,45	0,46	0,21	0,08	0,16	0,41	0,27	0,24	0,09	0,23	0,33	0,18	0,17
9	0,30	0,14	0,23	0,44	0,16	0,29	0,45	1	0,51	0,27	0,26	0,18	0,43	0,29	0,23	0,19	0,19	0,23	0,15	0,18
10	0,34	0,21	0,21	0,32	0,29	0,22	0,46	0,51	1	0,32	0,26	0,21	0,43	0,29	0,37	0,19	0,30	0,22	0,17	0,27
11	0,37	0,36	0,18	0,19	0,22	0,17	0,21	0,27	0,32	1	0,44	0,44	0,34	0,54	0,31	0,30	0,20	0,23	0,35	0,32
12	0,26	0,28	0,11	0,21	0,13	0,14	0,08	0,26	0,26	0,44	1	0,44	0,27	0,43	0,29	0,37	0,19	0,19	0,35	0,20
13	0,25	0,38	0,13	0,09	0,22	0,15	0,16	0,18	0,21	0,44	0,44	1	0,27	0,29	0,30	0,43	0,22	0,21	0,32	0,34
14	0,33	0,22	0,34	0,38	0,17	0,49	0,41	0,43	0,43	0,34	0,27	0,27	1	0,42	0,33	0,12	0,17	0,30	0,32	0,27
15	0,40	0,20	0,25	0,29	0,20	0,26	0,27	0,29	0,29	0,54	0,43	0,29	0,42	1	0,40	0,28	0,16	0,19	0,36	0,22
16	0,37	0,24	0,14	0,20	0,20	0,21	0,24	0,23	0,37	0,31	0,29	0,30	0,33	0,40	1	0,28	0,21	0,29	0,39	0,31
27	0,22	0,21	-0,02	0,05	0,12	-0,01	0,09	0,19	0,19	0,30	0,37	0,43	0,12	0,28	0,28	1	0,10	0,28	0,27	0,25
29	0,31	0,20	0,25	0,24	0,15	0,13	0,23	0,19	0,30	0,20	0,19	0,22	0,17	0,16	0,21	0,10	1	0,28	0,24	0,19
30	0,31	0,16	0,32	0,30	0,18	0,33	0,33	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,30	0,19	0,29	0,28	0,28	1	0,27	0,29
37	0,23	0,27	0,20	0,15	0,21	0,20	0,18	0,15	0,17	0,35	0,35	0,32	0,32	0,36	0,39	0,27	0,24	0,27	1	0,32
38	0,27	0,28	0,23	0,20	0,23	0,21	0,17	0,18	0,27	0,32	0,20	0,34	0,27	0,22	0,31	0,25	0,19	0,29	0,32	1

Apêndice 8

Matriz de correlação Inter-Item com retirada do 3, 21, 27 e 28 do DSF																			
item	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	29	30	37	38
1	1	0,4	0,43	0,39	0,29	0,31	0,36	0,30	0,34	0,37	0,26	0,25	0,33	0,40	0,37	0,31	0,31	0,23	0,27
2	0,35	1	0,12	0,13	0,24	0,14	0,18	0,14	0,21	0,36	0,28	0,38	0,22	0,20	0,24	0,20	0,16	0,27	0,28
4	0,43	0,12	1	0,43	0,35	0,47	0,34	0,23	0,21	0,18	0,11	0,13	0,34	0,25	0,14	0,25	0,32	0,20	0,23
5	0,39	0,13	0,43	1	0,23	0,47	0,44	0,44	0,32	0,19	0,21	0,09	0,38	0,29	0,20	0,24	0,30	0,15	0,20
6	0,29	0,24	0,35	0,23	1	0,22	0,28	0,16	0,29	0,22	0,13	0,22	0,17	0,20	0,20	0,15	0,18	0,21	0,23
7	0,31	0,14	0,47	0,47	0,22	1	0,43	0,29	0,22	0,17	0,14	0,15	0,49	0,26	0,21	0,13	0,33	0,20	0,21
8	0,36	0,18	0,34	0,44	0,28	0,43	1	0,45	0,46	0,21	0,08	0,16	0,41	0,27	0,24	0,23	0,33	0,18	0,17
9	0,30	0,14	0,23	0,44	0,16	0,29	0,45	1	0,51	0,27	0,26	0,18	0,43	0,29	0,23	0,19	0,23	0,15	0,18
10	0,34	0,21	0,21	0,32	0,29	0,22	0,46	0,51	1	0,32	0,26	0,21	0,43	0,29	0,37	0,30	0,22	0,17	0,27
11	0,37	0,36	0,18	0,19	0,22	0,17	0,21	0,27	0,32	1	0,44	0,44	0,34	0,54	0,31	0,20	0,23	0,35	0,32
12	0,26	0,28	0,11	0,21	0,13	0,14	0,08	0,26	0,26	0,44	1	0,44	0,27	0,43	0,29	0,19	0,19	0,35	0,20
13	0,25	0,38	0,13	0,09	0,22	0,15	0,16	0,18	0,21	0,44	0,44	1	0,27	0,29	0,30	0,22	0,21	0,32	0,34
14	0,33	0,22	0,34	0,38	0,17	0,49	0,41	0,43	0,43	0,34	0,27	0,27	1	0,42	0,33	0,17	0,30	0,32	0,27
15	0,40	0,20	0,25	0,29	0,20	0,26	0,27	0,29	0,29	0,54	0,43	0,29	0,42	1	0,40	0,16	0,19	0,36	0,22
16	0,37	0,24	0,14	0,20	0,20	0,21	0,24	0,23	0,37	0,31	0,29	0,30	0,33	0,40	1	0,21	0,29	0,39	0,31
29	0,31	0,20	0,25	0,24	0,15	0,13	0,23	0,19	0,30	0,20	0,19	0,22	0,17	0,16	0,21	1	0,28	0,24	0,19
30	0,31	0,16	0,32	0,30	0,18	0,33	0,33	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,30	0,19	0,29	0,28	1	0,27	0,29
37	0,23	0,27	0,20	0,15	0,21	0,20	0,18	0,15	0,17	0,35	0,35	0,32	0,32	0,36	0,39	0,24	0,27	1	0,32
38	0,27	0,28	0,23	0,20	0,23	0,21	0,17	0,18	0,27	0,32	0,20	0,34	0,27	0,22	0,31	0,19	0,29	0,32	1

Apêndice 9

Matriz de correlação Inter-Item do DSE com todos os itens							
item	24	26	31	32	33/34	35	36
24	1	0,46	0,39	0,20	0,09	0,13	0,19
26	0,46	1	0,38	0,12	0,05	0,03	0,21
31	0,39	0,38	1	0,22	0,17	0,11	0,34
32	0,20	0,12	0,22	1	0,21	0,10	0,29
33/34	0,09	0,05	0,17	0,21	1	0,29	0,20
35	0,13	0,03	0,11	0,10	0,29	1	0,18
36	0,19	0,21	0,34	0,29	0,20	0,18	1

Apêndice 10

Matriz de correlação Inter-Item do DSE, excluindo-se o item 35						
item	24	26	31	32	33/34	36
24	1	0,46	0,39	0,20	0,09	0,19
26	0,46	1	0,38	0,12	0,05	0,21
31	0,39	0,38	1	0,22	0,17	0,34
32	0,20	0,12	0,22	1	0,21	0,29
33/34	0,09	0,05	0,17	0,21	1	0,20
36	0,19	0,21	0,34	0,29	0,20	1

Matriz de correlação Inter-Item do DSE, excluindo-se os itens 35, 33/34					
Item	24	26	31	32	36

24	1	0,46	0,39	0,20	0,19
26	0,46	1	0,38	0,12	0,21
31	0,39	0,38	1	0,22	0,34
32	0,20	0,12	0,22	1	0,29
36	0,19	0,21	0,34	0,29	1

Apêndice 11

Matriz de correlação Inter-Item do DPE							
Item	39	40	41	42	43	44	45
39	1	0,42	0,34	0,38	0,36	0,27	0,33
40	0,42	1	0,11	0,20	0,14	0,18	0,27
41	0,34	0,11	1	0,46	0,44	0,40	0,44
42	0,38	0,20	0,46	1	0,67	0,38	0,53
43	0,36	0,14	0,44	0,67	1	0,41	0,54
44	0,27	0,18	0,40	0,38	0,41	1	0,53
45	0,33	0,27	0,44	0,53	0,54	0,53	1

Apêndice 12

Matriz de correlação Inter-Item do DFA com todos os itens					
Item	17	18/19	20	22/23	25
17	1	0,16	0,31	0,04	0,14
18/19	0,16	1	0,24	0,17	0,31
20	0,31	0,24	1	0,24	0,31
22/23	0,04	0,17	0,23	1	0,21
25	0,14	0,31	0,31	0,21	1

Matriz de correlação Inter-Item do DFA, excluindo-se item 17				
Item	18/19	20	(22/23)	25
18/19	1	0,24	0,17	0,31
20	0,24	1	0,23	0,31
22/23	0,17	0,23	1	0,21
25	0,31	0,31	0,21	1

Matriz de correlação Inter-Item do DFA, excluindo-se os itens 17 e 23			
Item	18/19	20	25
18/19	1	0,24	0,31
20	0,24	1	0,31
25	0,31	0,31	1