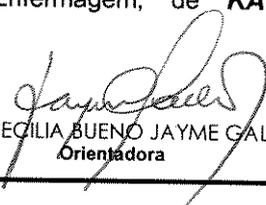


KÁTIA MELISSA PADILHA

***VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DO
IMPACTO DA DOENÇA NO COTIDIANO DE PACIENTES
VALVOPATAS***

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de ***KÁTIA MELISSA PADILHA***


MARIA CECÍLIA BUENO JAYME GALLANI
Orientadora

CAMPINAS

2005

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

KÁTIA MELISSA PADILHA

**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DO
IMPACTO DA DOENÇA NO COTIDIANO DE PACIENTES
VALVOPATAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

ORIENTADORA: *Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Bueno Jayme Gallani*

CAMPINAS

2005

UNIDADE BC
Nº CHAMADA UNICAMP
P134v
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 64799
PROC 16.P.00086.05
C _____
PREÇO 11,00
DATA 20/07/05
Nº CPD _____

Bib. n.º 358353

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P134v Padilha, Kátia Melissa
Validação do instrumento para mensuração do impacto da doença
no cotidiano de pacientes valvopatas / Kátia Melissa Padilha .
Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria Cecília Bueno Jayme Gallani
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Impactos na saúde. 2. Válvula mitral. 3. Doença crônica. 4.
Válvula aórtica. 5. Qualidade de vida. I. Maria Cecília Bueno Jayme
Gallani. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

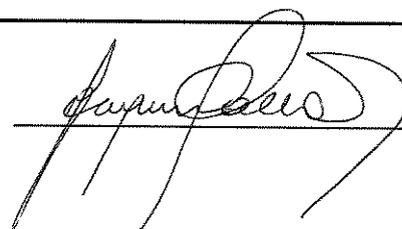
SLP

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

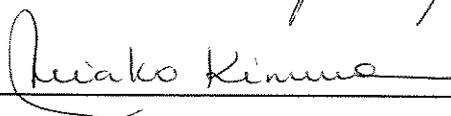
Orientador(a) PROFA. DRA. MARIA CECILIA BUENO JAYME GALLANI

Membros:

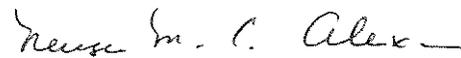
1. PROFA. DRA. MARIA CECILIA BUENO JAYME GALLANI



2. PROFA. DRA. MIAKO KIMURA



3. PROFA. DRA. NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de fevereiro de 2005

O caminho percorrido para a realização deste trabalho foi longo, desafiante, sofrido e muito gratificante. E não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas. A todos dirijo meu reconhecimento e, de modo especial, agradeço:

à Professora Dra. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani, pessoa estimada, que sempre me incentivou a seguir carreira acadêmica, deu forma aos meus ideais e conduziu cuidadosamente meus passos em todas as etapas deste estudo. Agradeço pelo apoio, confiança e dedicação em todos os momentos;

aos meus queridos pais, Lázaro e Terezinha, que são a base de toda minha formação;

ao Leonardo, pelo carinho, apoio e paciência;

à Professora Dra. Roberta Cunha Rodrigues Colombo, pela contribuição na minha formação acadêmica;

à Professora Dra. Fernanda Aparecida Cintra pela contribuição tão cuidadosa desde da concepção inicial do projeto até sua finalização;

à Professora Dra. Neusa Maria Costa Alexandre pelas importantes contribuições na estruturação da projeto de pesquisa e, principalmente, pelo incentivo na minha formação acadêmica como aluna de pós-graduação;

à Professora Dra. Miako Kimura pelas importantes contribuições nas etapas de exame de qualificação e de defesa;

à Janice, secretária da Pós-Graduação, que sempre me atendeu com carinho e atenção;

à Cleide, pelo empenho e seriedade na análise estatística dos resultados;

à Geruza, pela participação interessada na coleta de dados;

ao Ambulatório Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, por permitir a realização das etapas da coleta de dados; e

aos pacientes, pela participação na pesquisa e por todos os ensinamentos oferecidos.

	<i>PAG</i>
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
1 - INTRODUÇÃO	<i>37</i>
1.1 - Justificativa / Apresentação do objeto de estudo	<i>39</i>
1.2 - Valvopatia: perspectiva epidemiológica e clínica	<i>44</i>
1.3 - Valvopatia: perspectiva de uma doença crônica.....	<i>47</i>
1.4 - Origem do IDCV - Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano de Pacientes Valvopatas.....	<i>51</i>
1.5 - Avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos de medida.....	<i>54</i>
2 - OBJETIVOS	<i>61</i>
3 - METODOLOGIA	<i>65</i>
3.1 - Tipo do estudo.....	<i>67</i>
3.2 - Campo de pesquisa	<i>67</i>
3.3 - Sujeitos.....	<i>67</i>
3.4 - Tamanho da amostra	<i>68</i>
3.5 - Coleta dos dados	<i>68</i>
3.6 - Delineamento do Instrumento IDCV.....	<i>68</i>
3.6.1 - Descrição do Instrumento	<i>68</i>
3.6.2 - Determinação do escore.....	<i>69</i>
3.6.3 - Avaliação da Validade	<i>70</i>
3.6.4 - Avaliação da Confiabilidade.	<i>72</i>
3.7 - Instrumentos.....	<i>73</i>

3.7.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos.....	73
3.7.2 - Medida Geral de Impacto da Doença	74
3.7.3 - Índice de Qualidade de Vida (IQV)	74
3.7.4 - Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas (IEQ)	76
3.8 - Teste piloto.....	77
3.9 - Análise estatística.....	77
3.10 - Aspectos éticos.....	78
4 - RESULTADOS	81
4.1 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos	83
4.2 - Descrição das medidas de impacto e qualidade de vida.....	87
4.2.1 - Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata - IDCV.....	87
4.2.2 - Medida Geral de Impacto da Doença.....	89
4.2.3 - Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas - IEQ.....	90
4.2.4 - Avaliação da Qualidade de Vida.....	90
4.3 - Análise da Validade	91
4.3.1 - Validade de conteúdo.....	91
4.3.2 - Validade de constructo.....	92
4.3.3 - Validade de Critério.....	95
4.4 - Análise da Confiabilidade.....	97
4.4.1 - Consistência Interna do Instrumento IDCV.....	97
5 - DISCUSSÃO	99
5.1 - Sobre a caracterização sociodemográfica dos sujeitos	101
5.2 - Sobre a medida do impacto.....	103

5.3 - Sobre a medida de Qualidade de Vida.....	105
5.4 - Sobre a validade do instrumento IDCV	107
5.5 - Sobre a confiabilidade do instrumento IDCV.....	114
6 - CONCLUSÃO.....	117
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1 - Coeficientes de correlação entre os escores de cada fator do IDCV e o IQVTotal e seus domínios. CAMPINAS, 2004.....	94
Quadro 2 - Coeficientes de correlação entre os escores da Medida Geral do Impacto da Doença, IEQ, Fatores 1,2,3 e 4 do IDCV e IDCV Total. CAMPINAS, 2004	96

LISTA DE ABREVIATURAS

Instrumento CAV	Instrumento para Mensuração de Crenças e Atitudes de Valvopatas sobre sua Doença e Tratamento
IEQ	<i>Illness Effects Questionnaire</i>
IDCV	Impacto da Doença no Cotidiano de Valvopatas
IQV	Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HC	Hospital de Clínicas
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
NYHA	New York Heart Association

LISTA DE ANEXOS

	<i>PÁG.</i>
Anexo 1 Instrumento CAV	135
Anexo 2 Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.....	137
Anexo 3 Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas..	139
Anexo 4 Parecer N° 495/2003 do Comitê de Ética em Pesquisa.....	141

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos 120 pacientes estudados. CAMPINAS, 2004.....	84
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa do tipo de lesão valvar e valva acometida dos 120 pacientes estudados. CAMPINAS, 2004.....	85
Tabela 3 - Valores médios do produto entre os escores da Parte A e Parte B de cada item do IDCV. CAMPINAS, 2004.....	88
Tabela 4 - Dados de frequência obtidos pelos domínios do IQV. CAMPINAS, 2004.....	91
Tabela 5 - Composição dos fatores resultantes após rotação ortogonal (Instrumento IDCV). CAMPINAS, 2004.....	93
Tabela 6 - Valores de coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com a exclusão de cada um dos itens do IDCV. CAMPINAS, 2004.....	97

	<i>PÁG.</i>
Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	145
Apêndice 2 Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata.....	147
Apêndice 3 Instrumento para Avaliação do Instrumento IDVC pelos Juizes.....	149
Apêndice 4 Caracterização dos Sujeitos.....	153
Apêndice 5 Coeficientes de Correlação entre os escores de cada item do IDCV e dos domínios do IQV e o IQV Total.....	155

	<i>PÁG.</i>
Figura 1 - Distribuição dos sujeitos em percentis de acordo com o escore total do IDCV. CAMPINAS, 2004.	88
Figura 2 - Distribuição dos sujeitos em quartis de acordo com a pontuação da Medida Geral de Impacto da Doença. CAMPINAS, 2004.....	90

RESUMO

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar as propriedades psicométricas do IDCV – Instrumento para mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata no que se refere a: - validade de conteúdo; validade de constructo, por meio da análise fatorial e da validade divergente correlacionando-o com o IQV - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers; - validade de critério correlacionando-o com a Medida Geral de Impacto da Doença e com o IEQ - Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas; e - consistência interna. A população deste estudo foi constituída por 120 pacientes valvopatas, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do HC/UNICAMP. Os resultados obtidos foram submetidos às análises: descritiva; análise fatorial, correlação de Pearson e alfa de Cronbach. A análise fatorial gerou quatro fatores que explicaram em 58% a variância nas respostas: 1. Impacto físico da doença (sintomas); 2. Impacto da doença nas atividades cotidianas; 3. Impacto social e emocional da doença e 4. Adaptação à doença. Houve correlação que variou de fraca a moderada magnitude entre o escore total do IDCV e de seus fatores (3 e 4) e o IQV, comprovando sua validade divergente. Verificou-se correlação de forte magnitude entre o escore total do IDCV e o IEQ, de fraca a moderada magnitude entre os fatores 1, 2 e 3 do IDCV e o IEQ e entre o escore total do IDCV e de seus fatores 2 e 3 e a Medida Geral de Impacto da Doença, comprovando sua validade de critério. Foi constatado coeficiente alfa de Cronbach = 0,74, o que evidência a consistência interna do instrumento. Os resultados do presente estudo confirmam a validade de constructo e de critério, e apontam para consistência interna do IDCV. Estudos futuros são necessários para confirmar sua confiabilidade e fornecer maiores subsídios para a melhor compreensão do significado das dimensões do impacto mensuradas pelo IDCV, bem como para avaliar a responsividade do instrumento a intervenções de saúde. Apesar das características do estudo que impedem a generalização dos resultados e ampla recomendação do uso do IDCV, pode-se afirmar que este instrumento representa um passo inicial importante nos esforços para a maior compreensão sobre a vivência com a valvopatia e a eficácia das intervenções de saúde implementadas neste contexto.

Palavras-chave: impacto no estado de saúde, valvas cardíacas, doença crônica, qualidade de vida, enfermagem

ABSTRACT

ABSTRACT

The aim of this work was to verify the psychometric properties of the IDCV - Instrument for Measuring the Impact of Illness in the Daily Life of the valve heart in terms of: - content validity; - construct validity, by means of the factorial analysis and analysis of the divergent validity correlating it with the Life Quality Index (IQV) and; - criterion validity, correlating it with the General Measure of Impact of Illness and with the Illness Effects Questionnaire (IEQ); - reliability. The subjects this study were 120 patients with valve heart disease, who were attended at in the Cardiology Clinic at HC/UNICAMP. Data were submitted to the following analyses: descriptive, factorial analysis, Pearson's correlation coefficient and Cronbach's Alpha coefficient. The factorial analysis generated four factors that explained in 58% the answers variance: 1. Physical impact of the illness (symptoms); 2. Impact of illness in the daily activities; 3. Social and emotional impact of illness and 4. Adaptation to illness. Correlation ranged from weak to moderate magnitude between the IDCV total score, and its factors (3 and 4), and between IDCV and the IQV, pointing to divergent validity. Strong magnitude correlation was verified between the IDCV total score and the IEQ; weak to moderate magnitude was verified between factors 1, 2 and 3 of the IDCV and the IEQ, and among the IDCV total score (its factors 2 and 3) and General Measure of Impact of Illness to, pointing to criterion validity. It was observed a Cronbach's Alpha of 0,74, which points to the internal consistency of instrument. The results of the current study confirm the construct and criterion validity, and points to internal consistency of the IDCV. Future studies are necessary to confirm its reliability and to provide more informations for a better understanding of the meaning of the dimensions in the impact measured by the IDCV, as well as to evaluate the response of the instrument to health interventions. Although this study presents characteristics that do not allow the generalization of the results and a strong recommendation for using the IDCV, it can be affirmed that this instrument represents an important first step in the efforts for an understanding of the experience with the vale heart disease and the effectiveness of the health interventions implemented in this context.

Word-key: impact in the health, mitral valve, aortic valve, chronic illness, life quality *of*

1. INTRODUÇÃO

1.1 - JUSTIFICATIVA / APRESENTAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

As cardiopatias, de um modo geral, caracterizam-se pela cronicidade - o sujeito cardiopata, mesmo que estabilizado clinicamente, convive com a necessidade de acompanhamento regular prolongado e sob a contínua possibilidade de nova descompensação ou piora do quadro.

Dentre as cardiopatias com este aspecto de cronicidade, destacam-se as valvopatias, em especial as adquiridas, cuja prevalência é elevada em nosso meio, principalmente aquelas de etiologia reumática, uma vez que a febre reumática ainda tem prevalência significativa nos países da América Latina (COELHO et al., 2002).

Os sujeitos portadores de valvopatias caracterizam-se por apresentar sinais e sintomas como dispnéia, fadiga, síncope e palpitação, que se manifestam cotidianamente e de maneira progressiva com a evolução da afecção. Assim, a convivência com uma afecção cardíaca crônica e sua sintomatologia (portanto com a simbologia que uma afecção cardíaca pode representar) pode limitar severamente a realização de suas atividades diárias, além de tornar necessário um acompanhamento clínico regular. Tais conseqüências podem levar a diferentes percepções sobre a doença e o tratamento e, conseqüentemente, a diferentes formas de adaptação à nova condição de vida. Acredita-se que tais percepções e conseqüentes processos de adaptação, devam mediar a formação da percepção que o sujeito tem sobre o impacto da doença e tratamento em sua vida, e conseqüentemente a percepção da qualidade de vida e o seu comportamento em relação à doença e tratamento.

O impacto de uma doença pode ser analisado sob duas perspectivas. Do ponto de vista do profissional de saúde, é possível delinear a magnitude do impacto da doença, tendo

como subsídios dados objetivos como medida de capacidade funcional, avaliação dos sistemas orgânicos, repercussão econômica ou epidemiológica da doença. Assim, muitos estudos na literatura têm se voltado à medida do impacto de uma determinada doença a partir de medidas objetivas da realidade (SARGEANT et al., 2001; SEGURA, 2000; LESSA et al., 1996; NAVA et al., 1994).

Há, entretanto, outra dimensão do impacto a ser analisada – aquela que retrata a percepção do paciente sobre o quanto a doença influencia a sua vida nos diversos aspectos: físico, emocional, social e espiritual, ou seja, o quanto o sujeito percebe que a afecção interfere em seu cotidiano: no desempenho de suas atividades de trabalho, de lazer, no convívio social e em sua satisfação com a vida.

Na dimensão subjetiva do impacto, destaca-se a importância das crenças em saúde, uma vez que a avaliação que o sujeito faz sobre o impacto da doença em sua vida, depende das crenças que construiu a esse respeito, a partir de sua vivência, das experiências do meio social e das características próprias de sua personalidade. Portanto, esta percepção é singular a cada sujeito e não necessariamente reflete a medida objetiva do impacto da doença, dada sob a ótica de profissionais de saúde. Isto posto, emerge a necessidade de serem utilizadas outras maneiras para estudar o impacto da doença sob a perspectiva da singularidade do sujeito, ou seja, de sua percepção sobre a magnitude e das consequências da doença em sua vida.

Na literatura, há estudos que têm se voltado à avaliação subjetiva do impacto da doença. A maioria deles, entretanto não têm medido o conceito de impacto propriamente dito, mas o quanto a doença tem interferido em sua qualidade de vida – partindo do pressuposto de que quanto maior for o impacto negativo da doença na vida do sujeito, pior

será sua qualidade de vida (LÓPEZ e CHACÓN, 1998; BONILLA et al, 1999; ALARCÓN e VARGAS, 2002).

Dentre os instrumentos utilizados nos estudos voltados à avaliação subjetiva do impacto da doença, destaca-se a existência de somente um instrumento já validado para a medida deste conceito e adaptado culturalmente para a realidade brasileira. Trata-se do IEQ - Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas de Greenberg e Peterson (FONSECA, 2001), voltado para medir genericamente o impacto das doenças crônicas. O IEQ foi desenvolvido, validado e posteriormente utilizado junto a pacientes renais crônicos, sendo praticamente inexistente na literatura relatos de estudos que tenham utilizado o IEQ em outros grupos de doenças crônicas. Além da ausência de relatos do uso do IEQ em outras condições clínicas, é importante destacar que, embora um instrumento genérico possa ser muito útil para a comparação entre o grau de impacto de diferentes condições crônicas, pode-se supor que possui pouca especificidade para as particularidades das diferentes doenças.

No contexto das valvopatias, é importante destacar ainda que, na literatura, é elevado o número de trabalhos voltados às necessidades e cuidados necessários aos pacientes valvopatas submetidos a procedimentos intervencionistas (BITTENCOURT e CAVICHIO, 1997; GRINBERG et al., 1997; GRINBERG e TARASOUTCHI, 1997; MENEGHELO, 1997; ROSSI et al., 1997; ALMEIDA FILHO et al., 2000; SPINA et al., 2001). Por outro lado, apesar da cronicidade da doença, há uma escassez de estudos que abordam o aspecto da vivência do sujeito com a doença, seus sintomas e tratamento, nos períodos não relacionados à intervenção. Este fato já havia sido destacado por KING

(1994), na década passada, e o quadro não se modificou nos dez últimos anos, como comprovou o levantamento nos bancos de dados MEDILINE e LILACS (*on line*).

KING (1994), ao considerar o aspecto da cronicidade da valvopatia, ressaltava a importância do desenvolvimento de estudos que permitissem conhecer melhor o universo do paciente valvopata e de seus familiares, sobre sua experiência em relação à doença e seu processo de adaptação. Este conhecimento seria indispensável para o planejamento e implementação de intervenções clínicas e educativas, bem como para a avaliação de sua efetividade.

Consoante com as considerações de KING (1994), a preocupação com o modo como o sujeito valvopata convive com sua doença, levou à realização de estudos, em nosso meio, para a identificação e compreensão das crenças de pacientes valvopatas relativas à sua afecção, seus sintomas e tratamento (KUBO et al., 2001a; KUBO et al., 2001b). Os achados destes estudos subsidiaram a construção do instrumento CAV - Instrumento para Mensuração de Crenças e Atitudes de Valvopatas sobre sua Doença e Tratamento, desenvolvido e validado por PADILHA et al. (2004) com o objetivo de mensurar a magnitude, bem como a força de associação entre as crenças de pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento. A criação do instrumento CAV partiu do pressuposto de que as crenças que pacientes têm sobre a doença e o tratamento, intermediando a formação de sua percepção e atitude, costumam influenciar seu comportamento, bem como a aceitação desses fenômenos, sendo tais crenças passíveis de mensuração, com o emprego de escalas psicométricas (PADILHA et al., 2002 e PADILHA et al., 2004).

Dentre as escalas que compõem o Instrumento CAV, destaca-se a escala que mensura o impacto da doença e do tratamento sobre a vida do sujeito, que apresentou valor

satisfatório de alfa de Cronbach (0,70) e agrupamento de suas crenças sob fatores coerentemente explicados (PADILHA et al. 2002), mas que poderia ser otimizada para uso isolado da medida do impacto da valvopatia na vida do sujeito.

Assim, considerando os achados de (KUBO et al., 2001a; KUBO et al., 2001b) que apontaram para especificidades de como o paciente valvopata percebe o impacto da doença em sua vida, e que tais especificidades devem ser consideradas como extremamente relevantes na busca da compreensão da singularidade do sujeito e de determinados grupos de sujeitos, este estudo teve como finalidade testar as propriedades de medida do instrumento IDCV - Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata, voltado a medir a percepção do impacto da valvopatia e de seu tratamento na vida do sujeito e desenvolvido a partir do Instrumento CAV.

Acredita-se que a validação de um instrumento específico para medida do impacto da doença junto a pacientes valvopatas possa ser de grande valia na pesquisa e na abordagem clínica dos valvopatas. Trata-se de um instrumento que, se mostrar um desempenho adequado quando às suas propriedades psicométricas, permitirá preencher uma lacuna na literatura no que se refere à medida do impacto da doença no cotidiano de valvopatas. Sua utilização pode possibilitar a avaliação, de maneira pontual e também evolutiva, da percepção que o paciente tem sobre as conseqüências da doença e do tratamento em sua vida e, assim, o delineamento de intervenções clínico-educativas mais adequadas.

1.2 - VALVOPATIA: PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA

Embora a valvopatia não seja a principal causa de mortalidade dentre as doenças cardiovasculares, sua prevalência é significativa no mundo e no Brasil (BRASIL, 2000). Os distúrbios valvares, de natureza congênita ou adquirida, podem ser classificados como insuficiência ou estenose, ocorrendo de modo isolado ou simultaneamente. Na valvopatias adquiridas, as valvas mitral e aórtica são as mais acometidas (BRAUNWALD, 1991; KING, 1994; HIGUCHI et al., 2003).

A etiologia das valvopatias adquiridas é variada. A estenose mitral, por exemplo, pode ser congênita ou decorrente de uma complicação de carcinóide maligno, de lúpus eritematoso, de artrite reumatóide e de mucopolissaridoses. A insuficiência mitral ocorre mais comumente na cardiopatia reumática crônica, mas também pode ter como etiologia o lúpus eritematoso sistêmico, traumatismo penetrante ou não e a endocardite infecciosa; a estenose aórtica pode ser de origem congênita ou degenerativa; e a insuficiência aórtica pode ser causada por endocardite infecciosa, traumatismo, além da febre reumática (BRAUNWALD, 1991).

Na maioria dos países da América Latina, Ásia e Oriente Médio, onde a febre reumática tem ainda uma prevalência elevada, esta é uma das principais causas da afecção valvar. O mesmo não se observa nos Estados Unidos e na Europa Ocidental onde a febre reumática, anteriormente causa importante de dano valvar, na atualidade não configura como causa preponderante da afecção valvar, o que se deve em grande parte à melhora das condições de saneamento básico e ao envelhecimento da população (COELHO et al., 2002). Na revisão de LUCAS e TRIBOUILLOY (2000) sobre epidemiologia e etiologia das valvopatias adquiridas na França, os autores destacam as afecções mitrais como mais

freqüentes que as aórticas, e as causas reumáticas como muito mais raras que as degenerativas.

Assim, na Europa e no Norte da América, pelo predomínio das causas degenerativas, os sintomas aparecem em décadas mais avançadas. Em nosso meio, a elevada prevalência da etiologia reumática, contribui para a redução da idade média do surgimento dos sintomas (COELHO et al., 2002), observando-se, portanto distinção do perfil dos sujeitos acometidos por valvopatias nos diferentes continentes. É interessante destacar, entretanto o caráter dinâmico destes perfis epidemiológicos. De acordo com COELHO et al. (2002), os índices de febre reumática que haviam sido reduzidos significativamente na Europa e no Norte da América, nas décadas de 60 e 70, passaram a aumentar novamente ao final da década de 80, embora tal aumento ainda não seja expressivo para colocar a febre reumática como causa preponderante das valvopatias adquiridas, nos países industrializados.

Os principais sinais e sintomas das valvopatias são: dor, fadiga, arritmia, palitação síncope, sintomas de insuficiência cardíaca e angina, cuja freqüência e intensidade estão associadas ao aparelho valvar acometido, tipo de lesão predominante e estágio de evolução da valvopatia.

O paciente valvopata pode ter um longo período entre o início das manifestações dos sintomas e a indicação cirúrgica, que por sua vez depende de processos anatomofuncionais subjacentes em combinações qualitativas e quantitativas, que conferem identidade própria a cada caso (remodelação ventricular esquerda adaptativa, graus de depressão sistólica e diastólica ventricular, comprometimento da chamada reserva cardíaca, hipertensão arterial pulmonar e distúrbio do ritmo cardíaco) (GRINBERG et al., 1996).

Deste modo, no período clínico que antecede o procedimento intervencionista (cirurgia ou valvoplastia), os valvopatas sofrem mudanças no seu estilo de vida, devido às limitações fisiológicas, psicológicas e sociais impostas pela evolução natural da doença (KING, 1994). E, mesmo após o procedimento, tais modificações podem se manter ou se re-instalar, se houver desenvolvimento de insuficiência cardíaca ou ocorrência, novamente, de acometimento valvar.

A complexidade do quadro clínico dos pacientes valvopatas não se restringe à esfera biológica. De acordo com ROMANO (2001), a sintomatologia na doença cardíaca tem reflexos sobre a percepção do sujeito sobre sua doença. Assim, a compreensão da percepção do paciente sobre sua doença é fundamental para intervir nas formas como o paciente lida com o adoecer, com o tratamento proposto e com a capacidade dele em apropriar-se do curso da doença.

Sob tal perspectiva, torna-se insuficiente a abordagem do paciente de acordo com o modelo clínico de saúde, com ênfase no alívio dos sinais e sintomas da doença. Para auxiliar efetivamente o sujeito com doença valvar em sua adaptação e convivência com a doença, é imprescindível uma abordagem mais ampla do paciente, que possibilita a avaliação sobre: o que ele pensa sobre a doença, o seu significado, como ele se adapta à doença e ao tratamento.

KING (1994) ressalta que possuir uma doença valvar não se restringe a viver um evento isolado, mas pode resultar em um novo modo de viver - viver com uma doença crônica que acomete o coração, que afeta o íntimo do sujeito e as pessoas que a ele estão ligadas, como seus familiares.

1.3 - VALVOPATIA: PERSPECTIVA DE UMA DOENÇA CRÔNICA

A definição de doença crônica foi proposta em 1957, pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (GREGG et al., 1989).

De acordo com CARDOSO (2004), o conceito de doença crônica é flexível, sendo passível de múltiplas definições. De modo geral, contempla todas as condições de doença incurável ou de duração muito prolongada.

Segundo RAMOS (2002), não existem medidas de alta eficácia na prevenção da doença crônica; as medidas existentes são em sua maioria educativas e envolvem mudanças no estilo de vida. BLANCHARD (1989) corrobora com esta idéia quando afirma que as doenças crônicas são aquelas que têm de ser geridas em vez de curadas. No que se refere ao seu tratamento, as perspectivas são sombrias já que, praticamente, nenhuma das doenças crônicas não transmissíveis que afetam o adulto e o idoso é passível de cura (RAMOS, 2002).

TAMBURINI (1998) ratifica a afirmação de RAMOS (2002) sobre o tratamento neste contexto, destacando que, para os portadores de afecções crônicas, o principal objetivo não é a cura, pelo menos no estágio atual da ciência, mas sim o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis, impedindo a ocorrência de seqüelas e complicações, que serão responsáveis pela deterioração rápida da capacidade funcional.

Assim também ocorre na doença valvar, pois seu tratamento não objetiva a cura, mas a melhora das capacidades funcionais dos pacientes, o alívio dos sintomas, a redução da severidade da doença ou, ainda, a limitação de sua progressão e das conseqüências psicológicas adversas que pode levar a invalidez desnecessária (WENGER et al, 1984).

A complexidade da doença, de seu tratamento, bem como o uso e o acesso às tecnologias influenciam o convívio do paciente com a doença e sua trajetória. Assim, algumas fases da doença podem ser previsíveis, e outras, incertas, porém todas causam impacto na vida do paciente (ROLLAND, 1995).

A vivência com a doença crônica resulta em alterações na capacidade física, na auto-estima, na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária, gerando tensões psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular (MARTINS et al., 1996; IDE e CHAVES, 1992).

As dimensões do impacto da doença crônica, entretanto, não se limitam ao doente e aos seus órgãos afetados. A doença crônica, como a doença valvar, altera a vida social, as atividades, os sentimentos e as relações pessoais e profissionais tanto do sujeito acometido, como também de sua família (KING, 1994; CANHESTRO, 1996)

Desta maneira, apesar do tratamento conduzir a uma redução da mortalidade e da morbidade da doença valvar, a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pode ser seriamente alterada devido aos limites impostos pela cronicidade da doença (MENEGUIN, 2001), sendo possível supor a existência de uma associação entre a qualidade de vida e a percepção que o indivíduo tem sobre o impacto da doença e do tratamento sobre sua vida.

O constructo percepção do impacto é definido por SOUZA (2004) como a avaliação que o paciente faz das conseqüências trazidas pela doença para a sua vida. PADILHA et al. (2002), em estudo realizado com pacientes valvopatas, identificaram que a percepção do impacto da doença pode ser relativa as suas repercussões físicas, emocionais/psíquicas e sociais.

A percepção do paciente sobre sua condição de saúde fornece informações importantes acerca de como esse indivíduo lida com a enfermidade e como essa interfere em sua vida (FONSECA, 2001). Medidas da percepção têm sido valorizadas em diversos estudos conduzidos no Brasil e em outros países, embora o estudo da percepção do sujeito sobre o impacto da doença crônica em sua vida seja uma questão pouco observada nas pesquisas conduzidas na atualidade.

Na literatura, os constructos de percepção do impacto e de qualidade de vida são empregados com freqüência como termos equivalentes, como pode ser observado nos estudos de FUH et al., 2000; THOMPSON et al., 2002; HÖFER et al., 2003.

HUNT (1997) destaca que há pouca concordância sobre o significado do termo qualidade de vida, um termo com significado extremamente amplo – difícil de ser medido em toda sua amplitude por meio de um único instrumento. O resultado dessa complexidade pode ser verificado na dificuldade que diferentes estudos apresentam na definição do que significa qualidade de vida ou na justificativa da escolha por um determinado instrumento para a medida do conceito. Assim, de acordo como autor, verifica-se que qualidade de vida tem sido usada nos estudos como medida de estado de saúde, funcionamento físico, percepção de estado de saúde, saúde subjetiva, percepção de sintomas, satisfação de

necessidades, incapacidade funcional, distúrbios psiquiátricos, bem-estar – vários destes conceitos, muitas vezes, ao mesmo tempo.

Assim, embora possa ser vislumbrado que a medida de impacto da doença e de qualidade de vida sejam conceitos interrelacionados, mas distintos, o que tem sido observado é o emprego desses constructos de maneira indistinta, principalmente quando os estudos empregam o constructo de qualidade de vida relacionada à saúde

Neste contexto, a fim de possibilitar uma avaliação padronizada da percepção dos pacientes acerca das conseqüências de sua doença, GREENBERG e PETERSON (1997) desenvolveram o *Illness Effects Questionnaire* (IEQ), validado no Brasil por FONSECA (2001).

De acordo com FONSECA (2001), o IEQ destina-se, particularmente, aos pacientes com disfunções crônicas, e convivem com contingências que podem representar uma importante fonte de estresse. O seu desenvolvimento está embasado na hipótese de que as pessoas pensam ativamente sobre o significado de suas doenças, e suas avaliações terão influência sobre o comportamento e a emoção.

Este instrumento foi aplicado junto a pacientes com Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise (SOUZA, 2004; FONSECA, 2001; KIMMEL et al., 1998) e com cefaléia (WISE et al., 1994). Estudos com pacientes cardíacos e, particularmente os valvopatas, não são relatados na literatura, o que reforça a idéia de que a percepção do valvopata sobre o impacto da doença é um conceito ainda pouco explorado na literatura.

O estudo do conceito de impacto dentre os sujeitos portadores de valvopatia pode trazer contribuição significativa para a avaliação da adaptação do indivíduo à sua condição

de saúde antes e após intervenções clínicas e/ou educativas. Assim, considerou-se a importância de aprimorar a escala do instrumento CAV (PADILHA et al., 2002; PADILHA et al., 2004) que tratava da medida do impacto da doença e seu tratamento no cotidiano do valvopata, levando ao desenvolvimento de um novo instrumento, o IDCV – Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata, específico para mensuração do impacto desta afecção.

1.4 ORIGEM DO IDCV – INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DO IMPACTO DO COTIDIANO DO VALVOPATA

A importância de conhecer o modo como o sujeito valvopata convive com sua doença, instigou o desenvolvimento de estudos que buscaram verificar as crenças deste grupo de pacientes, em acompanhamento ambulatorial, relativas à sua afecção e tratamento (KUBO et al., 2001a; KUBO et al., 2001b). Os resultados destes estudos permitiram a detecção dos problemas apresentados pelo grupo estudado, principalmente referente às modificações impostas pela evolução da valvopatia, cuja análise apontou caminhos para se conhecer a subjetividade dos indivíduos estudados (KUBO et al., 2001).

A partir das análises do instrumento de coleta de dados e dos resultados obtidos por KUBO et al. (2001a) e KUBO et al. (2001b), foi criado por GALLANI et al (2000) um novo instrumento dividido em grandes itens, nos quais foram agrupados lado a lado, os resultados obtidos junto a pacientes com afecção mitral e aórtica. Tais resultados foram realocados de acordo com as similaridades e as divergências, sendo observadas e computadas as suas frequências. Os resultados foram reunidos nos seguintes grupos: caracterização demográfica e clínica dos sujeitos; conhecimento do sujeito sobre sua doença; crenças do sujeito sobre a

doença e o tratamento e avaliação do impacto da doença e do tratamento sobre a vida do paciente.

Os resultados obtidos no estudo de GALLANI et al. (2000) foram os direcionadores da construção de um instrumento de medida destas variáveis denominado Instrumento CAV (PADILHA et al., 2004).

O Instrumento CAV foi desenvolvido a partir da hipótese de que as crenças que pacientes têm sobre sua doença e o tratamento influenciam seu comportamento, bem como a aceitação desses fenômenos.

O Instrumento CAV é composto por três questões fechadas e quatro escalas psicométricas que têm como finalidade verificar o conhecimento e as crenças que o paciente tem sobre sua doença e tratamento. É assim constituído: A. Mensuração da avaliação que o paciente faz de seu conhecimento sobre a doença. B. Mensuração das crenças sobre a doença. C. Mensuração das crenças relativas ao impacto da doença na vida do sujeito. D. Mensuração das crenças relativas ao impacto do tratamento na vida do sujeito. E. Mensuração das crenças relativas à adesão ao tratamento medicamentoso (E1 - visa mensurar a adesão auto-relatada pelo paciente à terapêutica medicamentosa; E2 tem como finalidade a medida direta da atitude do paciente em relação ao uso dos medicamentos e E3 visa mensurar a crença dos sujeitos relativas ao uso da medicação) (PADILHA et al., 2004).

Este instrumento, inicialmente, foi submetido à validade de conteúdo, sendo avaliado por três juízes quanto à clareza e pertinência (PADILHA et al., 2004).

Posteriormente, o instrumento CAV, aplicado a 140 pacientes valvopatas, teve como resultado a constatação da consistência interna do instrumento como um todo,

evidenciada pelo valor de coeficiente alfa de Cronbach de 0,72. Suas escalas, individualmente, mostraram consistência interna insatisfatória, com exceção da escala para mensuração do impacto da doença na vida do sujeito, que apresentou consistência interna de 0,70, e é o objeto do presente estudo.

Também foi observada a existência de validade de constructo do instrumento CAV, apontada pelas correlações encontradas entre as escalas e pela análise fatorial. Foram constatadas correlações significativas entre suas escalas: D e E3 ($r=0,62$, $p\text{-valor}=0,0001$); C e D ($r= 0,41$, $p\text{-valor}=0,0001$); C e E3 apresentaram ($r=0,33$, $p\text{-valor}=0,0001$). Na análise de fatores do instrumento CAV (PADILHA et al., 2002), foram obtidos 10 fatores que explicaram 67,8% da variância total dos dados. Foi verificado ainda que a escala relativa à mensuração do impacto da valvopatia estava redistribuída, principalmente, em três fatores: um que agrupou as repercussões físicas da doença (com cinco itens), outro que agrupou itens que se reportavam à repercussão social à doença (com três itens), e um terceiro que reuniu afirmativas relacionadas às repercussões emocionais/psíquicas da doença (com três itens). A partir desta análise, foi sugerida a coerência da escala na mensuração de diferentes atributos do impacto da valvopatia na vida do sujeito.

Assim, ao serem considerados: 1. a necessidade de otimizar o desempenho psicométrico das escalas que compõem o Instrumento CAV, de modo a permitir o uso isolado de cada delas em diferentes populações; 2. a relevância da avaliação do impacto da valvopatia e seu tratamento sob a perspectiva do paciente, e 3. as evidências de obtenção de uma medida consistente deste conceito a partir dos itens do Instrumento CAV voltados à sua medida, optou-se pela reformulação destes itens para o desenvolvimento de um novo

instrumento para a medida do impacto, o IDCV - Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata.

Como um novo instrumento de medida, para que o IDCV possa ser amplamente utilizado junto a diferentes grupos de valvopatas, deve ser submetido a um amplo processo de validação, recomendado pela literatura e descrito a seguir.

1.5 - AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Depois de sua concepção, um instrumento deve ser submetido à análise de suas propriedades de medida, que apontarão para sua confiabilidade e validade.

A confiabilidade é a primeira característica a ser avaliada de um instrumento. O termo confiabilidade geralmente é utilizado para se referir à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto, e/ou o grau de consistência interna entre os seus itens (ARMSTRONG et al., 1994).

Segundo SANSON-FISHER e MARTIN (1981), a confiabilidade estimada de um instrumento de entrevista não é uma característica constante, devendo ser avaliada sempre que se iniciar um novo estudo.

A literatura aponta que os três principais atributos de uma escala confiável são: a homogeneidade, a estabilidade e a equivalência (POLIT e HUNGLER, 1995; THOMPSON et al., 1998; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A homogeneidade (ou consistência interna) avalia se os itens de um instrumento se correlacionam ou são complementares uns com os outros (RUKHOLM e MCGIRR, 1994;

THOMPSON et al., 1998). Pode ser comprovada utilizando-se a questão de correlações totais, a confiabilidade de metade dividida, o coeficiente de Kuder-Richardson e/ou o alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). A determinação do alfa de Cronbach é a estimativa mais comum para avaliar a consistência interna (THOMPSON et al., 1998).

A premissa básica para análise da consistência interna é a de que os itens da escala estão positivamente relacionados uns com os outros, uma vez que medem um mesmo fenômeno. Assim, o coeficiente de consistência interna que se obtém, ao medir a correlação entre os itens, expressa a confiabilidade da medida (BREVIDELLI, 2001).

A estabilidade avalia a reprodutibilidade da medida administrada. Para sua verificação utiliza-se o teste/re-teste e a forma paralela ou alternada (FONSECA, 2001; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A equivalência é a concordância ou coerência entre observadores que utilizam o mesmo instrumento de medição ou a concordância entre formas alternadas de um instrumento (RUKHOLM e MCGIRR, 1994; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). A confiabilidade interobservadores avalia a equivalência da medida entre observadores diferentes que usam o mesmo instrumento (POLIT e HINGLER, 1995; THOMPSON et al., 1998).

O coeficiente de confiabilidade varia de 0 (ausência de correlação) a 1 (confiabilidade perfeita), ou seja, quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). De acordo com RUKHOLM e MCGIRR (1994), um coeficiente de correlação entre 0,80 e 0,90 reflete a discriminação nos níveis do constructo, no entanto um coeficiente de correlação muito alto indica redundância. CRONBACH (1951) traz, como regra geral, que a acurácia não deve ser

menor que 0,80 se a escala for amplamente utilizada, porém valores acima de 0,60 já indicam consistência.

A validade do instrumento, por sua vez, é definida como a capacidade de um instrumento medir o que ele se propõe a medir (KELSEY et al., 1996; MENEZES e NASCIMENTO, 1999). Segundo LOBIONDO-WOOD e HABER (2001), existem três tipos principais de validade, que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador. São elas: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade de critério.

Validade de conteúdo é a forma utilizada para verificar se a estrutura e a base utilizada na elaboração de uma ferramenta representam adequadamente o conteúdo de domínio do constructo em questão (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). Alguns autores orientam que, para a determinação da validade do conteúdo, o instrumento deve ser submetido a juízes (profissionais considerados especialistas no conceito estudado), os quais, de maneira absolutamente sistematizada pelo pesquisador, julgarão diversos aspectos do instrumento, como abrangência, clareza, pertinência, dentre outros (NELSON, 1994; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001; RICARTE et al., 2003).

A validade de constructo é de natureza complexa e sua medida é fundamental no desenvolvimento de novos instrumentos (RUKHOLM e MCGIRR, 1994; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). Segundo THOMPSON et al. (1998), a validade de constructo de um instrumento é determinada quando modelos esperados de relação são identificados entre a constructo mensurado e outras variáveis. De acordo com MENEZES e NASCIMENTO (1999), existem três etapas para avaliar a validade de constructo: (1) compreender as relações teóricas entre os conceitos relacionados; (2) estimar as relações empíricas entre as

medidas operacionais desses conceitos; e, (3) interpretar a evidência empírica dentro do contexto teórico dos conceitos de interesse.

Podem ser observados na literatura diferentes métodos empregados para a verificação da validade de constructo, como: validade de testagem de hipóteses, validade convergente / validade divergente, validade discriminante (ou de grupos contrastados) e de análise de fatores (NELSON, 1989; CLARK – CARTER, 1999; RUKHOLM e MCGIRR, 1994; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Na validade de testagem de hipóteses, o pesquisador usa o constructo teórico do instrumento para desenvolver hipóteses relativas ao constructo estudado cuja medida deve explicar se o referencial utilizado na construção do instrumento é adequado (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). A validade convergente / validade divergente envolve a correlação entre medidas de constructos relacionados. Na validade convergente verifica-se a existência de correlação positiva entre a escala sob teste e o outro instrumento que mede o conceito relacionado. Por outro lado, na validade divergente espera-se a constatação inversamente proporcional entre os construtos analisados (CLARK – CARTER, 1999).

A validade discriminante consiste no estabelecimento de dois grupos de indivíduos dos quais se suspeita que apresentem resultado extremamente alto ou baixo nas características medidas pelo instrumento. Se esta diferença for comprovada estatisticamente, confirma-se a validade discriminante do instrumento (NELSON, 1994; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001)

Uma outra forma de abordar a validade de constructo é a análise de fatores, que avalia o grau em que as questões individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente

em torno de uma ou mais dimensões. Essa análise indica se as questões no instrumento refletem um único constructo ou vários (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A validade relacionada a um critério busca estabelecer a relação entre os escores do instrumento em questão e algum critério externo que com ele se associe - geralmente, um “padrão ouro” (POLIT e HUNGLER, 1995; MENEZES e NASCIMENTO, 1999). Alguns autores referem-se a duas formas de validade relacionada a um critério: validade concorrente (ou simultânea) e validade preditiva (ou de previsão). A validade concorrente refere-se ao grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito; já a validade preditiva refere-se ao grau de correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito (THOMPSON et al., 1998; CLARK – CARTER, 1999; MENEZES e NASCIMENTO, 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Diante do exposto, considerando que a valvopatia é uma doença que acomete de maneira crônica a vida do sujeito e a importância da avaliação do impacto desta doença e de suas repercussões para o sujeito, surge a questão direcionadora da presente pesquisa: o IDCV que se propõe a avaliar o impacto da doença no cotidiano do valvopata é preciso e, de fato, mede o que se propõe a medir?

Para responder a esse problema de pesquisa, foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

- o instrumento IDCV apresenta o coeficiente alfa de Cronbach dentro de limites que conferem confiabilidade ao instrumento, ou seja, alfa maior que 0,60;

- o instrumento IDCV pode ser explicado por um número menor de variáveis (fatores) oriundos da análise fatorial;

- existe correlação negativa entre os instrumentos IDCV e o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (KIMURA, 1999), que aponta para validade de constructo divergente.

- há correlação entre o IDCV e a Medida Geral de Impacto da Doença, confirmando sua validade de critério; e,

- existe correlação entre os instrumentos IDCV e o Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas (IEQ) de Greenberg e Peterson (FONSECA, 2001), que aponta para validade de critério.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo verificar as propriedades psicométricas do IDCV – Instrumento para mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata, no que se refere a:

- validade de conteúdo;
- validade de constructo;
- validade de critério; e
- consistência interna.

3. METODOLOGIA

3.1 – TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, que pode ser definido como a investigação dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, destinado à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT e HUNGLER, 1995).

3.2 - CAMPO DE PESQUISA

O trabalho foi desenvolvido no Ambulatório de Cardiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, subespecialidade de Valvopatia, cujas atividades de atendimento ocorrem às sextas-feiras, das 8:00h às 12:00h.

3.3 - SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram pacientes de ambos os sexos, portadores de valvopatia aórtica e mitral, com diferentes modalidades de tratamento (clínico ou cirúrgico), atendidos no referido Ambulatório. Foram incluídos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; capazes de se comunicarem verbalmente; presentes para consulta no Ambulatório nos dias de atendimento e que concordaram em participar da pesquisa, oficializado por meio da assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

3.4 - TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi determinado com auxílio do Serviço de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, baseado nos coeficientes de correlação linear entre os escores dos instrumentos IDCV, IEQ, IQV e a Medida Geral de Impacto, obtidos na análise dos resultados preliminares. Assim, para determinar coeficientes de correlação em torno de 0,30, usando α de 5% e β 0,10, de acordo com HULLEY; CUMMINGS (1988), chegou-se a uma amostra de 113 sujeitos e, utilizando-se a aproximação, foi considerada uma amostra de 120 sujeitos.

3.5 - COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual pela pesquisadora, após a consulta médica, com duração média de 30 minutos, no primeiro semestre de 2004.

Os dados clínicos foram coletados por meio de consulta ao prontuário do paciente depois da entrevista.

3.6 – DELINEAMENTO DO INSTRUMENTO IDCV

3.6.1 – Descrição do instrumento

O instrumento IDCV (APÊNDICE 2), desenvolvido com o objetivo de avaliar o impacto da doença no cotidiano do paciente valvopata, foi construído a partir da Escala para Mensuração das Crenças Relativas ao Impacto da Doença que compõem o Instrumento CAV (ANEXO 1), cujas afirmativas sofreram um processo de refinamento submetido à validade de conteúdo, descrita a seguir nesta seção. Pressupondo que o impacto da doença é

o resultado da ponderação entre a percepção do sujeito sobre as conseqüências da doença nas diferentes dimensões de sua vida e a avaliação (bom ou ruim) que este sujeito faz de cada uma das conseqüências destacadas, optou-se por propor um instrumento que contemplasse estes dois aspectos. Assim, além da escala com as afirmativas relativas ao impacto (Parte A), foi criada uma nova escala (Parte B), cujos itens destinam-se a avaliar respectivamente cada uma das conseqüências listadas. O instrumento é, então, apresentado sob forma de duas escalas, compostas por 14 itens cada.

Na primeira escala, que mede as percepções relativas ao impacto da doença, o paciente é solicitado a responder cada item por meio de uma escala Likert de cinco pontos, que variam desde *(1) discordo totalmente* a *(5) concordo totalmente*. Na segunda escala, que mede a avaliação que o sujeito faz sobre cada conseqüência da valvopatia mencionada na primeira escala (quer ela ocorra ou não em sua vida), solicita-se que o sujeito situe sua avaliação numa escala tipo Likert, cujas respostas variam desde *(1) muito ruim* a *(5) muito bom*.

3.6.2 - Determinação do escore

O escore de cada item corresponde ao produto dos escores obtidos nas Partes A e B do IDCV, podendo gerar um escore mínimo de 1 e máximo de 25 para cada afirmativa avaliada. Quanto mais próximo de 1 o escore, menor o impacto percebido pelo sujeito em relação a uma dada crença, e quanto mais próximo de 25 mais intenso é o impacto.

Destaca-se que para o cálculo final dos escores foi adotada a seguinte conduta:

- para a Parte A, que mede a intensidade da concordância / discordância das afirmativas, os itens 1, 5 e 8, por se tratarem de percepções do impacto favoráveis, tiveram sua pontuação invertida no momento de inserção dos dados na planilha. Desta maneira, todas as afirmativas foram avaliadas no mesmo sentido, ou seja, quanto menor a pontuação, menor o impacto, quanto maior a pontuação maior o impacto.

- na Parte B, que mede a avaliação que o sujeito faz de cada uma das afirmativas sobre a percepção do impacto, a pontuação de todos os itens foi invertida sendo estabelecido que quanto menor a pontuação, melhor a avaliação que o paciente faz da afirmativa, sendo o inverso para as pontuações mais elevadas.

Para o cálculo do escore final da medida do impacto, é feita a soma de todos os produtos obtidos. Desta maneira, o escore final do instrumento pode variar de 14 a 350. Quanto menor o escore, significa que o paciente não percebe em sua vida a maior parte das conseqüências negativas citadas no IDCV e que não avalia como tão ruins essas conseqüências, caso ocorressem. Por outro lado, quanto maior o escore, significa que o paciente reconhece a ocorrência das conseqüências negativas da doença em sua vida, e que estas conseqüências são, de fato, interpretadas como negativas.

3.6.3 – Avaliação da validade

⇒ Validade de conteúdo

O instrumento IDCV foi submetido à avaliação por três juizes, que foram escolhidos com base nos seguintes pré-requisitos:

- ser profissional da área de saúde;

- ter experiência em pelo menos uma das seguintes situações: na assistência de enfermagem ao paciente cardiopata, no trabalho de educação em saúde; no cuidado médico de pacientes cardiopatas; ou na utilização (elaboração, avaliação, validação) de escalas psicométricas; e,

- concordar em avaliar a versão piloto do instrumento de coleta de dados.

Foi elaborado um instrumento específico para esta avaliação (APÊNDICE 3), no qual foi solicitado que todos os itens de cada escala fossem avaliados quanto à pertinência e clareza.

Para a avaliação da pertinência, foi orientado que cada item fosse avaliado como: (-1) não pertinente; (0) não é possível avaliar/ não sei; e (+1) pertinente.

Para a avaliação da clareza, cada juiz classificou cada item como: (-1) não está claro; (0) não é possível avaliar/ não sei ; e (+1) está claro.

Finalmente, foi solicitado aos juízes que acrescentassem itens / crenças quando julgassem necessários, visando garantir a inclusão das dimensões mais significativas do constructo, os quais foram submetidos à análise pela pesquisadora e acrescentados ao grupo inicial de itens, quando apropriado.

⇒ **Validade de constructo**

A validade de constructo do IDCV foi avaliada por meio da análise fatorial e da análise da validade divergente correlacionando o instrumento com o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers (KIMURA, 1999) (ANEXO 2).

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que, a partir da estrutura de dependência existente entre as variáveis de interesse (representada pelas correlações ou covariâncias entre essas variáveis), permite a criação de um conjunto menor de variáveis (fatores), obtidas como função das variáveis originais. Também é possível identificar o quanto cada fator está associado a cada variável e quanto o conjunto de fatores explica a variabilidade geral dos dados originais (ARTES e BARROSO, 1999).

Utilizou-se a rotação ortogonal com método Varimax. A característica básica deste tipo de método é gerar fatores não correlacionados entre si. Seu objetivo é simplificar os fatores, maximizando a variância das cargas nos fatores e também repartir a variância entre os fatores de modo que eles se tornem relativamente iguais em importância (TABACHNICK e FIDEL, 1989). Deste modo, deixam os fatores resultantes o mais independentes possível, separando melhor os itens que compõem cada fator.

⇒ **Validade de critério**

A validade de critério foi avaliada por meio da correlação entre o IDCV e a Medida Geral de Impacto da Doença e o IEQ de Greenberg e Peterson (FONSECA, 2001) (ANEXO 3).

3.6.4 – Avaliação da confiabilidade

A confiabilidade foi avaliada por meio da homogeneidade (ou consistência interna), com a determinação do alfa de Cronbach.

O alfa de Cronbach é uma técnica utilizada quando a resposta ao item pode assumir mais de duas alternativas. O resultado obtido é o indicador da consistência interna da escala analisada e, conseqüentemente dos itens que a compõem. Esta técnica possibilita alcançar uma medida tão confiável e tão válida quanto possível, utilizando o menor número de itens, isto é, selecionar itens que contribuam ao máximo para a confiabilidade e validade (RODRÍGUEZ-ROSETO et al., 2002).

3.7 - INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi norteada pela aplicação dos seguintes instrumentos:

3.7.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos: Compreende grande grupo de itens com levantamento de informações de interesse para o delineamento do perfil dos sujeitos (APÊNDICE 4). Este instrumento foi desenvolvido pela própria pesquisadora tendo como suporte teórico PADILHA et al. (2002):

I. Identificação: nome, idade, número de registro no HC, sexo, cor, escolaridade (em anos de estudo), estado civil, nº de filhos, com quem co-habita, vínculo empregatício, renda mensal e procedência.

II. Dados do quadro clínico: diagnóstico médico, tempo decorrido desde a realização do diagnóstico da valvopatia, tipo de tratamento realizado (clínico e cirúrgico), principais condições clínicas associadas, medicamentos em uso, etiologia da doença e evolução clínica no tocante à presença de sintomatologia (fadiga, arritmia cardíaca, dispnéia, angina, síncope e edema).

3.7.2 - Medida Geral de Impacto da Doença: Instrumento composto por uma única questão desenvolvida com objetivo de mensurar a avaliação que o sujeito faz do impacto da doença sobre sua vida, a resposta do paciente varia desde (1) *muito ruim* a (5) *muito bom* (APÊNDICE 1). Destaca-se que este instrumento foi apresentado e aplicado juntamente com o IDCV – Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata, mas não está incorporado ao IDCV.

3.7.3 - Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – IQV: Este instrumento foi utilizado com a finalidade de determinar a validade de construto divergente do Instrumento para Mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata (IDCV), baseado na premissa que a percepção do impacto da doença é inversamente proporcional à qualidade de vida. Optou-se pela utilização do IQV de Ferrans e Powers devido sua abordagem individualista a qual possibilita que os próprios sujeitos definam o que representa qualidade de vida para eles em relação a domínios específicos de sua vida. Para FERRANS e POWERS (1985) a qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa e só a ela cabe julgá-la, de acordo com seus valores e preferências. Destaca-se que este instrumento propõe uma medida semelhante ao do IDCV no que se refere à necessidade de medir não somente o quanto o sujeito está satisfeito com os diferentes aspectos da qualidade de vida, mas também o quanto o aspecto discriminado na afirmativa é importante em sua vida. O IQV de Ferrans e Powers divulgado em 1992 foi validado e adaptado por KIMURA (1999) para utilização em nosso meio. O IQV de Ferrans e Powers contém 34 itens que correspondem a quatro domínios: 1. Saúde/funcionamento, 2. Sócio-econômico, 3. Psicológico/espiritual e 4. Família. São apresentados em duas partes: parte I

mede a *satisfação* nos vários aspectos da vida; parte II mede a *importância* desses mesmos aspectos. Os pacientes foram solicitados a responder aos itens em uma escala de seis pontos tipo *Likert*, variando de (1) *muito insatisfeito* a (6) *muito satisfeito* para a parte I e, de (1) *sem importância* a (6) *muito importante* para a parte II (ANEXO 2).

As respostas relativas à satisfação são ponderadas pelas respostas relativas a importância, o que corresponde a uma abordagem não muito comum nos instrumentos de qualidade de vida e que se assemelha à medida proposta no IDCV.

O procedimento para atribuição dos escores requer a seguinte conduta:

- recodificação da pontuação dos itens de satisfação, com a finalidade de centralizar o zero da escala, subtraindo-se 3,5 das respostas a cada item de satisfação, resultando em pontuações de -2,5, -1,5, -0,5, +0,5, +1,5, +2,5 para pontuações iniciais de 1, 2, 3, 4, 5, e 6, respectivamente.

- estes escores são ponderados pelos seus correspondentes de importância, multiplicando-se o valor recodificado de cada item pelo valor da resposta à importância.

- o escore total é calculado somando-se os valores ponderados de todos itens respondidos e dividindo-se pelo total de itens respondidos, obtendo uma variação possível de menos 15 a mais 15.

- soma-se aos valores obtidos 15, para eliminar pontuações negativas no escore final, resultando no escore total do IQV (IQV Total) que pode variar de 0 a 30; os maiores valores indicam melhor qualidade de vida.

No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, que foi igual a 0,91 apontando para elevada consistência,

superior ao valor observado no estudo de KIMURA (1999) que validou o instrumento no Brasil, onde o alfa obtido foi de 0,76.

3.7.4 - Questionário para Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas – IEQ:

Trata-se de um questionário desenvolvido por GREINBERG e PETERSON em 1986, validado e adaptado por FONSECA (2001) para utilização em nosso meio, concebido para ser uma medida breve, passível de ser administrada em ambientes de tratamento e viável para a avaliação de pacientes em diferentes condições. O instrumento avalia questões globais do adoecer e não áreas específicas de determinada doença ou disfunção (ANEXO 3).

É composto por 20 afirmações às quais o paciente é solicitado a avaliar e situar, numa escala de 0 a 7 pontos, de acordo com a intensidade com a qual discorda (0 a 3) ou concorda (4 a 7) com o conteúdo das mesmas. A pontuação total, que pode variar de 0 a 140 pontos, representa o efeito global da doença ou da incapacidade apresentada, e corresponde a uma das cinco categorias: mínimo (0 a 23), leve (24 a 55), médio (56 a 88), moderado (89 a 120) ou grave (120 a 140). Quanto maior o valor, maior o prejuízo, na opinião do paciente, que a doença ou incapacidade traz à sua vida.

No presente estudo, a consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, que foi igual a 0,62, que aponta consistência satisfatória, inferior ao valor observado no estudo de FONSECA (2001) que validou o instrumento no Brasil, onde o alfa obtido foi de 0,92.

3.8 - TESTE PILOTO

Todos os instrumentos foram aplicados junto a uma amostra de 10 pacientes atendidos no Ambulatório do estudo, com finalidade de:

- verificar a interpretabilidade e a abrangência das instruções, itens e formato das escalas;
- verificar o tempo requerido para a aplicação do instrumento.

O teste piloto não mostrou a necessidade de reformulação no Instrumento IDCV e nem mesmo no procedimento de coleta de dados.

3.9 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada com o apoio do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Os dados foram inicialmente transportados para o programa Excel for Windows/98 e, posteriormente, ao programa SAS – *System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 8.2, para as seguintes análises:

⇒ Descritiva: com confecção de tabelas de freqüência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão), bem como os casos válidos e omitidos.

⇒ Coeficiente de Correlação de Pearson, para verificar a validade de construto divergente entre o IDCV e os domínios do IQV e a validade de critério do questionário IDCV, correlacionando-o com o IEQ e a Medida Geral de Impacto da Doença. Para a

interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação foram utilizados critérios adotados por AJZEN e FISHBEN (1980) que consideram, em ciências sociais, correlações por volta de 0,30 como satisfatórias; entre 0,30 e 0,50 de magnitude moderada, acima de 0,50 de forte magnitude e abaixo de 0,30 de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas.

⇒ Análise fatorial, para verificar a validade de construto. Para definir o número de fatores formados foi utilizado o critério dos fatores com *autovalor* maior que 1. Geralmente recomenda-se que quatro a cinco fatores expliquem cerca de 80% da variabilidade, ou, pelo menos, 60% de variância (JOHNSON e WICHERN, 1988).

⇒ Coeficiente alpha de Cronbach, para verificar a consistência interna. Para a interpretação da magnitude dos coeficientes alpha de Cronbach foram utilizados critérios adotados por CRONBACH (1951) que consideram valores acima de 0,80 como indicadores de alta consistência interna e sugerem que o instrumento possa ser aplicado em outras pesquisas. Caso o instrumento tenha sido criado apenas para pesquisa em questão, valores acima de 0,60 já indicam acurácia intra-indivíduos.

Foi adotado de nível de significância de 5%, ou seja $p\text{-valor} \leq 0,05$.

3.10 - ASPECTOS ÉTICOS

Foram garantidos aos pacientes o sigilo e o anonimato no que se refere à identificação nominal e ao registro hospitalar.

O estudo foi formalmente autorizado pelo diretor do Hospital de Clínicas da UNICAMP, assim como foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Processo CEP nº495/2003 – ANEXO 4).

4. RESULTADOS

4.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

A população de 120 sujeitos estudados caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (65,0% ou 78/120), cor branca (79,2% ou 95/120), idade média de 48,3 ($\pm 16,8$) anos, oscilando de 18 a 79 anos. A idade média das mulheres foi 45,7 ($\pm 17,0$) anos, e a dos homens de 53,0 ($\pm 15,5$) anos. O tempo médio de escolaridade foi de 4,8 ($\pm 3,8$) anos de estudo. A maioria dos sujeitos era casada (67,5% ou 81/120), com o número médio de filhos de 2,6 ($\pm 1,5$) e relatou morar com o cônjuge e os filhos (55,0% ou 66/120). Quanto ao vínculo empregatício, os inativos representaram 50,0% (60/120) dos sujeitos; a renda familiar média informada foi de 3,1 ($\pm 2,5$) salários mínimos¹ (SM), oscilando entre zero a 11,9 SM. Com relação à procedência dos indivíduos, 70,0% (84/120) dos pacientes eram procedentes da cidade de Campinas ou da Região Administrativa de Campinas (descrita no Instrumento de Coleta de Dados – APÊNDICE 4) (Tabela 1).

¹ O salário-mínimo (SM) vigente na época era de R\$ 240,00.

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas dos 120 pacientes estudados. CAMPINAS, 2004.

Variável	Média (\pm dp)	Mediana	Varição Observada	Distribuição em categorias	%
Idade	48,3 (\pm 16,8)	47,0	18 - 79	--	--
Escolaridade (anos estudo)	4,8 (\pm 3,7)	4,0	0,0 - 20,0	--	--
Nº de filhos	2,6 (\pm 1,5)	3,0	0,0 - 6,0	--	--
Renda Mensal (em SM)	3,1 (\pm 2,2)	2,7	0,0 - 11,9	--	--
Sexo	--	--		Feminino	65,0
				Masculino	35,0
Cor	--	--	--	Branco	79,2
				Pardo	16,7
				Negro	3,3
				Amarelo	0,8
Estado Civil	--	--	--	Solteiro	11,7
				Casado	67,5
				Viúvo	8,3
				Desquitado / Divorciado	8,3
				Amasiado	4,2
Com quem mora	--	--	--	Sozinho	3,3
				Cônjuge	15,0
				Filhos	17,5
				Cônjuge + filhos	55,0
				Outros	9,2
Vínculo Empregatício	--	--	--	Ativo	25,0
				Aposentados compulsoriamente	19,2
				Inativos do lar	30,8
					25,0
Procedência	--	--	--	Região Administrativa	38,3
				Campinas	31,7
				Estado de SP	20,0
				Outros estados	10,0

Em relação ao diagnóstico médico, 57,5% (69/120) dos pacientes possuíam uma única lesão em um único aparelho valvar; 18,3% (22/120), dupla lesão e 24,2%, (29/120) eram portadores de acometimento em mais de um aparelho valvar.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa do tipo de lesão valvar e valva acometida dos 120 pacientes estudados. CAMPINAS, 2004.

TIPO DE LESÃO E VALVA ACOMETIDA	n	%
Única lesão em um único aparelho valvar		
Insuficiência mitral	28	23,3
Estenose mitral	18	15,0
Insuficiência aórtica	09	7,5
Estenose aórtica	14	11,7
Subtotal	69	56,5
Dupla lesão		
Mitral	12	10,0
Aórtica	10	8,3
Subtotal	22	18,3
Acometimento em mais de um aparelho valvar	29	24,2
TOTAL	120	100,0

No que se refere à etiologia da valvopatia, foi observado dos 77 pacientes que possuíam o registro sobre a etiologia da doença em seu prontuário, a maioria (84,4% ou 65/77) tinha como etiologia da valvopatia a febre reumática e 15,6% (12/77), a endocardite bacteriana.

O tempo médio de tratamento da doença valvar foi de 10,4 ($\pm 9,2$) anos, oscilando de menos de um mês a 40 anos. A maioria dos pacientes havia sido submetida a tratamento clínico e cirúrgico (64,2% ou 77/120).

Com respeito às condições clínicas associadas, 34,2% (41/120) não possuíam outra condição clínica, além da valvopatia; 47,5% (57/120), possuíam uma condição clínica associada e 18,3% (22/120) mais de uma condição. Dentre os 79 pacientes que apresentaram condições clínicas associadas, destacam-se as outras doenças cardiovasculares (32,9% ou 26/79) e outras condições, como as doenças pulmonares, (39,2% ou 31/79). Diabetes e dislipidemia foram condições pouco prevalentes sendo observadas em 5,0% (4/79) e 2,5% (2/79), respectivamente.

A maioria dos pacientes (84,2% ou 101/120) encontrava-se em uso de terapêutica medicamentosa. Os medicamentos citados pelos sujeitos foram agrupados nas seguintes classes: inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (55,8%, 67/120), diuréticos (55,0%, 66/120), anticoagulante (37,5%, 45/120), digitálico (35,0%, 42/120), antibiótico (20,8%, 25/120), betabloqueador (17,5%, 21/120), anti-agregante plaquetário (15,8%, 19/120) e bloqueador de canal de cálcio (5,0%, 6/120). O uso de outros medicamentos não incluídos neste agrupamento foi citado por 40,0% (48/120) dos sujeitos. O número médio de medicamentos utilizados foi 3,0 ($\pm 2,2$) tipos de medicamento por paciente, oscilando de zero a 10.

Quanto à evolução clínica, buscou-se identificar a presença dos sintomas: fadiga, arritmia, dispnéia, angina, síncope e edema. Verificou-se que 29,2% (35/120) dos pacientes encontravam-se assintomáticos. Dos 70,8% (85/120) que apresentavam sintomatologia, 20,0% (17/85) apresentavam sintomas isolados, 23,5% (20/85) apresentavam dois sintomas associados; 22,3% (19/85) apresentavam três sintomas; 11,8% (10/83) relataram quatro sintomas; 11,8% (10/85) dos indivíduos relatavam cinco sintomas e 10,6% (09/85) apresentavam seis sintomas. Os sintomas mais prevalentes foram: a fadiga (64,7%, ou 55/120) e a dispnéia (56,6% ou 48/120).

4.2 DESCRIÇÃO DAS MEDIDAS DE IMPACTO E QUALIDADE DE VIDA

4.2.1 - Instrumento para Mensuração do Impacto no Cotidiano do Valvopata – IDCV

O valor da somatória total da medida do impacto pode variar de 14 – 350, o que é apresentado pela possibilidade de somatória dos produtos: $([1 \times 1] \times 14 = \text{escore total mínimo}; [5 \times 5] \times 14 = \text{escore total máximo})$. Neste estudo, observou-se um valor total médio de 165,1 ($\pm 57,7$), com mínimo de 49, máximo de 306 e mediana de 161. Se for considerado que o valor aproximado de 170 é aquele que divide os sujeitos em 2 categorias: aqueles que percebem baixo impacto (com pontuação abaixo de 170) e os que percebem alto impacto da doença (com escore total maior que 170), pelos valores de média e mediana observados neste estudo, pode-se concluir que os pacientes encontravam-se numa situação intermediária, entre o baixo e alto impacto.

Entretanto, a distribuição dos sujeitos de acordo com a pontuação em percentis, como apresentado na Figura 1, mostrou que 25,0% apresentaram pontuação menor ou igual a 129 e 25,0% pontuação maior ou igual a 198,5, havendo uma discreta tendência de concentração dos sujeitos à maior pontuação total do IDCV portanto, com percepção de maior impacto.

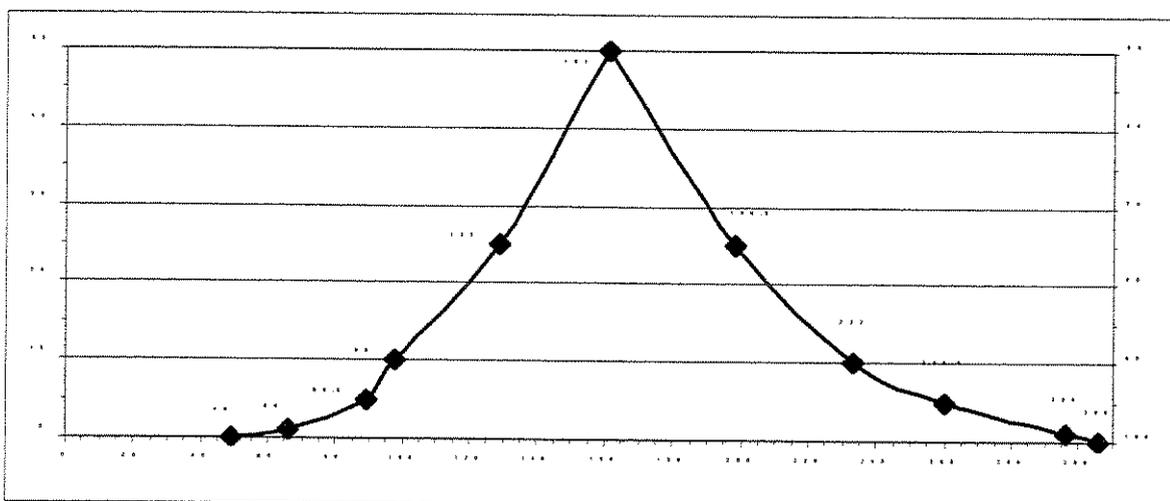


Figura 1. Distribuição dos sujeitos em percentis de acordo com o escore total do IDCV. CAMPINAS, 2004.

A seguir são apresentados os valores médios obtidos no produto entre a Parte A e a Parte B de cada item do IDCV.

Tabela 3. Valores médios do produto entre os escores da Parte A e Parte B de cada item do IDCV. CAMPINAS, 2004.

Itens	Média (\pm dp)	Mediana	Mínimo	Máximo
1x1	5,1 (\pm 5,0)	5	1	25
2x2	11,8 (\pm 8,2)	10	1	25
3x3	11,1 (\pm 7,8)	8	1	25
4x4	12,8 (\pm 8,5)	10	3	25
5x5	4,5 (\pm 4,0)	4	1	20
6x6	14,5 (\pm 7,9)	16	1	25
7x7	11,5 (\pm 8,6)	7	1	25
8x8	6,9 (\pm 5,0)	5	1	25
9x9	13,1 (\pm 8,6)	10	1	25
10x10	11,9 (\pm 8,7)	8,5	1	25
11x11	15,3 (\pm 8,3)	20	2	25
12x12	14,5 (\pm 8,3)	16	2	25
13x13	14,2 (\pm 8,2)	10	4	25
14x14	17,7 (\pm 8,7)	20	1	25

Observa-se que a média do produto de cada item pode variar de 1 a 25, e o valor de 12,5 é aquele que divide os itens que representam o menor e o maior impacto. Assim, de acordo com a Tabela 3, os itens 14 “Ter um problema no meu coração me deixa preocupado”;

11 “Por causa do problema no coração, tenho muita falta de ar”; 12 “Por causa do problema no coração, sinto muito cansaço”; 7 “Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo” e 13 “Por causa do problema no coração, tenho períodos de tontura” representam, em ordem decrescente, os itens com maior impacto. Os itens 5 “Eu vivo bem com esse meu problema do coração”; 1 “Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde” e 8 “Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração” representam em ordem crescente, os itens com menor impacto. Os itens restantes obtiveram valores próximos à média.

4.2.2 - Medida Geral de Impacto da Doença

A medida geral de Impacto da Doença foi verificada por meio da mensuração que o paciente fez do impacto da doença sobre sua vida, variando de muito ruim a muito bom. Observou-se um valor da média de 3,2 ($\pm 1,6$), com mínimo de 1, máximo de 5 e mediana de 4.

A distribuição dos sujeitos de acordo com a pontuação em quartis, como apresentado na Figura 2, entretanto, mostra que os sujeitos ficaram polarizados em dois grupos: aqueles que percebiam o impacto da doença como muito ruim e aqueles que percebiam como algo bom, no entanto, prevaleceram os que perceberam como bom (4) ou muito bom (5).

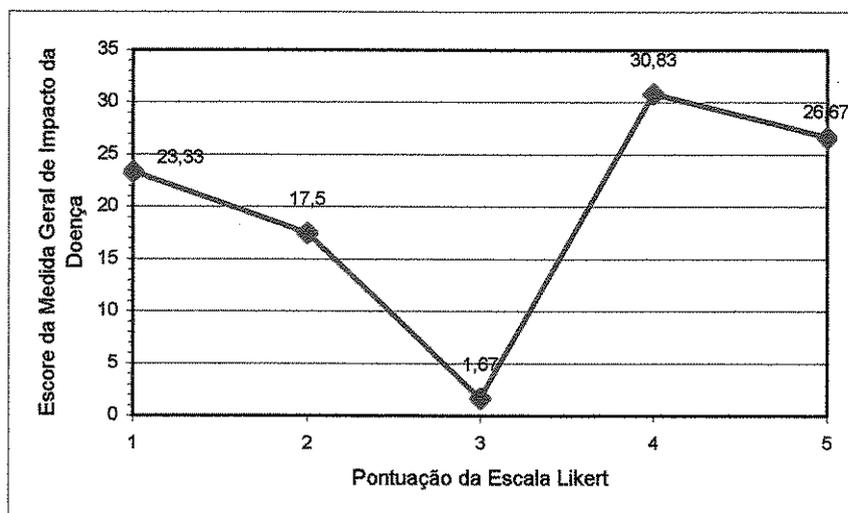


Figura 2. Distribuição dos sujeitos em quartis de acordo com a pontuação da Medida Geral de Impacto da Doença. CAMPINAS, 2004.

4.2.3 - Avaliação do Impacto de Doenças Crônicas - IEQ

No que se refere ao impacto da doença na vida dos pacientes avaliado pelo IEQ, constatou-se que o escore médio obtido foi de 62,0 (\pm 16,9), com mínimo de 7, máximo de 118 e mediana de 61,0, o que, de acordo com a distribuição de categorias proposto para o IEQ, representa um efeito médio da doença na percepção do paciente.

4.2.4 – Avaliação da Qualidade de Vida

A medida da qualidade de vida foi verificada por meio do cálculo descrito na seção de Metodologia. O cálculo do IQVTotal apontou média de 27,3 (\pm 2,6), com valor mínimo de 15,6, valor máximo de 29,4 e mediana de 28,3. Os resultados obtidos nos domínios do IQV são descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Dados de frequência obtidos pelos domínios do IQV. CAMPINAS, 2004

Domínios	Média (\pm dp)	Mediana	Mínimo	Máximo	Varição possível
IQVTotal	27,3 (\pm 2,6)	28,3	15,6	29,4	0 - 30
Saúde / Funcionamento	26,6 (\pm 3,2)	27,7	13,9	30,0	0 - 30
Sócio -Econômico	25,7 (\pm 3,8)	27,4	7,0	30,0	0 - 30
Psicológico / Espiritual	28,9 (\pm 2,0)	30,0	17,8	30,0	0 - 30
Família	28,5 (\pm 2,7)	30,0	9,5	30,0	0 - 30

4.3 – ANÁLISE DA VALIDADE

4.3.1 – Validade de Conteúdo

As alterações sugeridas pelos juízes foram:

- exclusão do item 3: “Depois da doença, minha família mudou, se preocupa mais comigo”, pois julgou o item ambíguo. Para o mesmo item, outro juiz sugeriu a modificação para “Minha família se preocupa mais comigo”, porém como houve o relato de ambigüidade do item, optou-se por sua exclusão.

- exclusão da palavra NÃO dos itens 4: “Esse meu problema no coração não me deixou mais trabalhar como antes” e 9: “O problema no coração não interferiu na minha vida sexual”. A sugestão foi aceita e os itens foram modificados para: item 4 – “Esse meu problema no coração prejudicou a minha capacidade de trabalhar como antes”; e item 9 – “Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração”.

- no item 8: “Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar sempre com medo de que alguma coisa aconteça comigo”, o juiz sugeriu a exclusão da palavra SEMPRE. O item foi alterado para “Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo”.

- modificar a expressão “Depois que fiquei com problema no coração...”, substituindo pela expressão “Por causa do problema no coração...”, nos itens: 10 “Depois que fiquei com problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia” para “Por causa do problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia”; 11 “Depois que fiquei com problema no coração, tenho muita falta de ar” para “Por causa do problema no coração, tenho muita falta de ar”; 12 “Depois que fiquei com problema no coração, sinto muito cansaço” para “Por causa do problema no coração, sinto muito cansaço” e 13 “Depois que fiquei com problema no coração, tenho períodos de tontura” para “Por causa do problema no coração, tenho períodos de tontura”.

Vale destacar que todas as modificações sugeridas pelos juízes foram aceitas e aplicadas na versão final do instrumento.

4.3.2 – Validade de Constructo

⇒ Análise Fatorial

Para verificar a validade de constructo do instrumento IDCV, procedeu-se à análise fatorial. Para esta análise foi utilizada a rotação VARIMAX que pertence à classe de método de rotações denominadas rotações ortogonais.

No instrumento IDCV, pelo critério de seleção de fatores, foram selecionados quatro fatores, descritos na Tabela 5, que explicaram 58% da variabilidade total do instrumento.

Tabela 5. Composição dos fatores resultantes após rotação ortogonal (Instrumento IDCV).
CAMPINAS, 2004.

IDCV	CARGAS DOS ITENS NO FATOR*			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1. Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde.	-0,200	-0,092	0,001	0,724
2. O problema no coração me tornou dependente de outras pessoas.	0,064	0,179	0,549	0,367
3. Esse meu problema no coração prejudicou a minha capacidade de trabalhar como antes.	0,141	-0,129	0,828	-0,188
4. Agora fico mais irritado e nervoso por causa do problema no coração.	0,004	0,295	0,678	0,051
5. Eu vivo bem com esse meu problema do coração.	0,358	0,485	0,242	0,178
6. Eu me sinto muito angustiado, depois que fiquei com problema no coração.	0,001	0,180	0,702	-0,126
7. Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo.	0,231	0,603	0,303	-0,226
8. Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração.	0,319	-0,168	-0,084	0,463
9. Por causa do problema no coração, passei a ter dificuldade para dormir.	0,194	0,639	0,177	-0,090
10. Por causa do problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia.	0,363	0,438	0,188	-0,389
11. Por causa do problema no coração, tenho muita falta de ar.	0,886	0,042	0,062	-0,065
12. Por causa do problema no coração, sinto muito cansaço.	0,889	0,165	0,110	-0,108
13. Por causa do problema no coração, tenho períodos de tontura.	0,487	0,471	-0,067	0,284
14. Ter um problema no meu coração me deixa preocupado.	-0,249	0,729	0,009	-0,159

* em destaque, na cor vermelha, os itens incluídos na composição final de cada fator.

A partir da análise do significado das crenças agrupadas nos fatores, optou-se pela seguinte nomeação:

Fator 1: Impacto físico da doença (sintomas);

Fator 2: Impacto da doença no cotidiano;

Fator 3: Impacto social e emocional da doença; e,

Fator 4: Adaptação à doença.

⇒ Validade Divergente

A validade de constructo divergente foi verificada por meio do emprego do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os escores total e dos fatores do IDVC e os escores do IQV Total e seus domínios (Quadro 1). As correlações entre os produtos de cada item do IDCV e os escores do IQV estão descritos no Quadro 3 (APÊNDICE 5).

Quadro 1. Coeficientes de correlação entre os escores de cada fator do IDCV e o IQV Total e seus domínios. CAMPINAS, 2004.

	IDCV Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
IQVTotal	$r=-0,12$ $p\text{-valor}=0,1806$	$r=-0,01$ $p\text{-valor}=0,9114$	$r=0,08$ $p\text{-valor}=0,3875$	$r=-0,26$ $p\text{-valor}=0,0039$	$r=0,31$ $p\text{-valor}=0,0005$
Saúde / Funcionamento	$r=-0,14$ $p\text{-valor}=0,1141$	$r=-0,04$ $p\text{-valor}=0,6483$	$r=0,09$ $p\text{-valor}=0,3239$	$r=-0,27$ $p\text{-valor}=0,0030$	$r=0,29$ $p\text{-valor}=0,0010$
Sócio - Econômico	$r=-0,11$ $p\text{-valor}=0,2368$	$r=0,07$ $p\text{-valor}=0,4583$	$r=-0,02$ $p\text{-valor}=0,8343$	$r=-0,22$ $p\text{-valor}=0,0162$	$r=0,32$ $p\text{-valor}=0,0003$
Psicológico / Espiritual	$r=-0,03$ $p\text{-valor}=0,7475$	$r=-0,01$ $p\text{-valor}=0,9153$	$r=0,09$ $p\text{-valor}=0,3011$	$r=-0,14$ $p\text{-valor}=0,1215$	$r=0,20$ $p\text{-valor}=0,0244$
Família	$r=-0,05$ $p\text{-valor}=0,5834$	$r=-0,04$ $p\text{-valor}=0,6942$	$r=0,14$ $p\text{-valor}=0,1164$	$r=-0,19$ $p\text{-valor}=0,0296$	$r=0,16$ $p\text{-valor}=0,0877$

Verificou-se que o IDCV Total e os Fatores 1 e 2 do IDCV não tiveram correlação significativa com a medida do IQV Total e de seus domínios. Por outro lado, o Fator 3 teve correlações negativas, embora de fraca magnitude tanto com o IQV Total como também com seus domínios, exceto o domínio Psicológico/Espiritual, com o qual não teve correlação significativa. Portanto, quanto maior a percepção de impacto social / emocional da doença, pior a satisfação com a qualidade de vida de um modo geral e mais especificamente nos domínios Saúde/Funcionamento, Sócio-Econômico e Família.

O Fator 4 apresentou também correlação de fraca a moderada magnitude, porém positiva, com a medida de IQV Total e os domínios: Saúde/Funcionamento, Sócio-econômico e Psicológico/Espiritual. Isto significa que quanto maior o impacto em relação à

adaptação à doença (ou seja, quanto menos ele se percebeu adaptado à doença), maior foi a medida de qualidade de vida.

4.3.3 – Validade de Critério

⇒ Correlação entre IDCV e o Questionário IEQ

Para a análise da validade de critério, por meio do teste da correlação entre o IDVC e o Questionário IEQ (GREENBERG e PETERSON, 1997), foi empregado o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Verificou-se correlação de forte magnitude entre o escore total do IDCV e o IEQ ($r=0,51$, $p\text{-valor}=0,0001$). Assim, foi observado que quanto maior foi o impacto da doença percebido pelo paciente, mensurado pelo IDVC, maior foi o impacto percebido na medida com o instrumento genérico IEQ. Esta correlação evidencia que os instrumentos medem o mesmo constructo, sendo que o IDCV mede de maneira específica o impacto da valvopatia e o IEQ, o impacto das doenças crônicas em geral (Quadro 2).

Na análise da correlação entre o IEQ e os quatro fatores do IDCV, foi verificada correlação entre o IEQ e os Fatores 1 (de moderada magnitude), 2 e 3 (ambas de fraca magnitude) ou seja, quanto maior foi a medida de impacto com o instrumento genérico IEQ, maior a percepção do paciente quanto ao impacto físico da doença, evidenciado pela percepção dos sintomas, maior o impacto da doença nas atividades cotidianas e maior o impacto social e emocional da doença (Quadro 2).

⇒ Correlação entre IDCV e a Medida Geral de Impacto da Doença

A validade de critério também foi pesquisada por meio do teste da correlação entre o escore total e fatores do IDVC e a Medida Geral de Impacto da Doença, com emprego do coeficiente de correlação linear de Pearson.

Foi observada correlação moderada ($r= 0,29$, $p\text{-valor}=0,0011$) entre as duas variáveis. Deste modo, verificou-se que à medida que os pacientes percebiam um maior impacto da valvopatia em suas vidas, eles também consideravam muito ruins as conseqüências da doença sobre suas vidas (Quadro 2).

Na análise da correlação entre o a Medida Geral de Impacto da Doença e os quatro fatores do IDCV, foi verificada correlação entre a Medida Geral e os Fatores 2 (de moderada magnitude) e 3 (de fraca magnitude) (Quadro 2), assim, quanto maior foi a Medida Geral de Impacto da Doença, maior foi a percepção do paciente quanto ao impacto da doença nas atividades do cotidiano e o impacto social / emocional da doença.

Com finalidade de obter subsídios para a melhor interpretação dos achados referentes às correlações entre o IDCV e demais instrumentos, foi testada também a correlação entre o IEQ e a Medida Geral de Impacto da Doença. Não foi constatada correlação significativa entre estas medidas (Quadro 2).

Quadro 2 - Coeficientes de correlação entre os escores da Medida Geral do Impacto da Doença, IEQ, Fatores 1,2,3 e 4 do IDCV e IDCV Total. CAMPINAS, 2004.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	IDCVTotal	IEQ
IEQ	$r= 0.33$ $p\text{-valor}=0.0002$	$r= 0.25$ $p\text{-valor}=0.0052$	$r=0.29$ $p\text{-valor}=0.0010$	$r= -0.13$ $p\text{-valor}=0.1595$	$r= 0,51$ $p\text{-valo}=0,0001$	-
Medida Geral do Impacto	$r= -0.07$ $p\text{-valor}=0.4541$	$r= 0.31$ $p\text{-valor}=0.0006$	$r=0.21$ $p\text{-valor}=0.0194$	$r= 0.002$ $p\text{-valor}=0.9789$	$r= 0,29$ $p\text{-valor}=0,0011$	$r= e 0,12$ $p\text{-valor}=0,2044$

4.4 – ANÁLISE DA CONFIABILIDADE

4.4.1 - Consistência Interna do Instrumento IDCV

A confiabilidade do instrumento IDCV foi avaliada pelo aspecto da consistência interna, com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach.

O valor de alfa obtido na análise do instrumento IDCV foi de 0,74, o que aponta para a existência de um grau satisfatório de consistência interna. Para o fator 1 o alfa obtido foi de 0,77, no fator 2 foi de 0,69, no fator 3 foi de 0,68 e no fator 4 foi de 0,19.

Tabela 6: Valores de coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com a exclusão de cada um dos itens do IDCV. CAMPINAS, 2004.

Itens do IDCV	Alfa de Cronbach após a retirada do item
1. Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde.	0,76
2. O problema no coração me tornou dependente de outras pessoas.	0,73
3. Esse meu problema no coração prejudicou a minha capacidade de trabalhar como antes.	0,72
4. Agora fico mais irritado e nervoso por causa do problema no coração.	0,71
5. Eu vivo bem com esse meu problema do coração.	0,72
6. Eu me sinto muito angustiado, depois que fiquei com problema no coração.	0,71
7. Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo.	0,70
8. Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração.	0,75
9. Por causa do problema no coração, passei a ter dificuldade para dormir.	0,71
10. Por causa do problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia.	0,71
11. Por causa do problema no coração, tenho muita falta de ar.	0,72
12. Por causa do problema no coração, sinto muito cansaço.	0,70
13. Por causa do problema no coração, tenho períodos de tontura.	0,72
14. Ter um problema no meu coração me deixa preocupado.	0,74

5. DISCUSSÃO

5.1 - SOBRE A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

A composição da população estudada, quanto ao sexo e idade, manteve as características descritas em estudos prévios em relação a valvopatia: predomínio do sexo feminino, com idade média de 48,3 (18 a 79 anos) (KUBO et al., 2001a; KUBO et al., 2001b; PADILHA et al., 2002; PADILHA et al., 2004).

A escolaridade, em anos de estudo, e a situação socioeconômica, considerando a renda mensal familiar do grupo estudado, refletem a maioria da população atendida em hospital universitário, que presta assistência à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), predominantemente formada por sujeitos com baixa escolaridade e nível socioeconômico inferior. Estas características podem ser confirmadas por estudos como de COLOMBO (2000), GALLANI (2000), PADILHA et al. (2002) e PADILHA et al. (2004) que realizaram trabalhos com pacientes da mesma instituição.

Quanto ao vínculo empregatício, identificou-se uma prevalência dos sujeitos inativos (50,0%); assim, parece ser possível endossar a sugestão de PADILHA et al. (2002) de que a manifestação clínica da valvopatia neste grupo tenha contribuído para retirar precocemente o sujeito da vida produtiva, com conseqüências negativas tanto para ele, como para a sociedade.

Considerando tipo de acometimento valvar, os dados do presente estudo reproduzem os de PADILHA et al. (2002) que verificou o predomínio de acometimento da valva mitral com lesão única ou dupla lesão.

No que se refere à etiologia da valvopatia, foi observado que a maioria tinha a febre reumática como etiologia da valvopatia. Resultado similar foi encontrado por MENEGUIN

(2001), onde 76,7% dos casos de valvopatias estudados foram causados pela febre reumática. De acordo com SPINA et al. (2001), a etiologia da doença valvar determina os pontos de maior atenção ao longo do seguimento desses pacientes. Etiologias distintas determinam necessidades específicas, que podem ser diferentes mesmo para portadores da mesma valvopatia. O autor destaca ainda que, em nosso meio, a maior parte das valvopatias incide em indivíduos jovens, e tem como etiologia prevalente a febre reumática.

Em relação ao tempo de tratamento da doença valvar, foi verificado tempo médio de 10,4 anos, o que reforça a caracterização do acometimento valvar como uma afecção crônica. Embora existam fases de duração variável de estabilidade clínica, existe a possibilidade de piora e descompensação desses pacientes, daí a necessidade do acompanhamento contínuo.

A maioria dos pacientes foi submetida ao procedimento cirúrgico, o que, de acordo com a literatura é o esperado em decorrência da evolução natural da afecção valvar. Segundo BUENO et al. (1997), as valvopatias são uma das causas mais frequentes da indicação de procedimentos cirúrgicos em pacientes cardiopatas. De acordo com GRINBERG et al. (1996), o procedimento cirúrgico para correção da função valvar é responsável por cerca de 30% do movimento de cirurgia cardíaca no Brasil, grande parte representada por casos de lesões reumáticas. Este procedimento é indicado a partir da ineficácia da manutenção do tratamento clínico que ocorre em determinada fase da evolução natural da valvopatia.

No grupo estudado foi elevada a prevalência de pacientes que apresentavam uma ou mais condições clínicas associadas, o que remete à complexidade do quadro do paciente.

A terapêutica medicamentosa nas valvopatias tem como objetivo, basicamente, controlar conseqüências, sem influir sobre a lesão propriamente dita, e prevenir complicações. Os grupos farmacológicos aplicáveis a valvopatia são: digitálicos, betabloqueadores, diuréticos, vasodilatadores, antiarrítmicos e anticoagulantes (GRINBERG et al., 1996). No presente estudo verificou-se o emprego da terapêutica medicamentosa na grande maioria dos pacientes (84,2%); dos medicamentos recomendados pela literatura foram observados ainda, em pesquisa aos prontuários dos pacientes, os medicamentos: anti-agregante plaquetário, bloqueador de canal de cálcio e antibióticos, muito provavelmente indicados para tratamento de condições associadas.

Os valvopatas são levados a procurar pelo médico em função da piora progressiva de seus sintomas físicos, geralmente fadiga e dispnéia (PIRES et al., 1994). Os achados deste estudo vão ao encontro do que é relatado na literatura, uma vez que a maioria dos pacientes (70,8%) encontrava-se sintomática, sendo os sintomas mais prevalentes a fadiga e/ou dispnéia.

5.2 - SOBRE A MEDIDA DO IMPACTO

Foi observada neste estudo uma pontuação mediana do impacto, tanto com o emprego do IDCV como da Medida Geral do Impacto da Doença e do IEQ, nos quais os escores médios obtidos foram de 165,1 ($\pm 57,7$), 3,2 ($\pm 1,6$) e 62,0 ($\pm 16,9$), respectivamente.

Na literatura são poucos os estudos voltados à medida do impacto da doença na vida do sujeito. Encontram-se muitos estudos que tratam do impacto de maneira indireta, como

os que medem qualidade de vida.

Nada há relatado na literatura sobre o emprego do IEQ junto a pacientes valvopatas. Os estudos investigados reportaram a aplicação deste instrumento em pacientes acometidos por insuficiência renal crônica terminal (IRCT). No Brasil, o estudo de SOUZA (2004) mostrou que a maioria dos pacientes renais crônicos referiu perceber conseqüências da IRCT em sua vida de média intensidade, com escore médio de 75,3 (\pm 25,2). Em estudo similar, desenvolvido por FONSECA (2001), também com pacientes renais crônicos, o escore médio foi de 83,1 (\pm 27,1), ou seja, a maioria dos pacientes relatou perceber conseqüências da doença em sua vida de média intensidade. Na literatura internacional, KIMMEL et al. (1998), em estudo realizado com pacientes em tratamento hemodialítico, verificaram que a maioria dos pacientes exibiu médio impacto da doença em sua vida, evidenciado pelo escore médio do IEQ de 64,4 (\pm 26,3).

Sendo assim, pode-se afirmar que os pacientes do presente estudo tenderam a apresentar valores médios de medida de IEQ semelhantes aos de pacientes portadores de insuficiência renal crônica. As informações disponíveis, no entanto, são insuficientes para avaliar a real dimensão do significado desta similaridade de pontuação, apontando para a necessidade de realização de futuros estudos junto a sujeitos portadores de diferentes afecções e em diferentes estágios de evolução.

As outras medidas de impacto utilizadas neste estudo – Medida Geral de Impacto da Doença e o IDCV, embora não possuam escalonamentos pré-determinados dos escores em níveis de intensidade como o IEQ, apresentaram valores médios de escore que apontam para a situação dos sujeitos em situação intermediária entre baixo e alto impacto. A distribuição dos sujeitos de acordo com a avaliação da intensidade do impacto não foi

semelhante com o emprego das duas medidas, como foi evidenciado pela distribuição dos pacientes em percentis/quartis de acordo com os escores. Isto pode significar que as duas medidas possuem sensibilidade distinta na mensuração do fenômeno do impacto, apontando o IDCV como uma medida capaz de detectar maior variabilidade do fenômeno do que a Medida Geral.

5.3 SOBRE A MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA

Observou-se neste estudo uma pontuação elevada tanto no escore total como nos domínios do IQV, valores que se aproximam daqueles observados em outros estudos da literatura nacional e internacional, em populações distintas. KIMURA (1999) e MACHADO (2000) avaliaram a qualidade de vida de pacientes egressos da UTI e da população geral do município de Londrina, constatando valores médios do IQV Total (23 e 25,6 respectivamente) próximos aos do presente estudo (27,3). Na literatura internacional, PAPADANTONAKI et al. (1994) observaram um escore médio de IQV Total de 22,8, ao estudarem pacientes submetidos a revascularização do miocárdio e à angioplastia transluminal percutânea.

Entretanto, outro estudo brasileiro, que empregou o IQV junto a pacientes valvopatas, apontou escores inferiores em todos os domínios e também no IQV Total (IQV Total = 16,2 [\pm 1,8]; domínio Saúde/funcionamento = 15,0 [\pm 0,9]; domínio Sócio-econômico = 15,2 [\pm 0,5]; domínio Família = 15,3 [\pm 0,9] e domínio Psicológico / Espiritual= 15,6 [\pm 0,6]) (MENEGUIN, 2001).

Assim, observa-se que as condições dos pacientes do presente estudo, no que se refere à medida genérica de qualidade de vida, assemelham-se às condições da população em geral. É difícil apontar com precisão os fatores que possam ter contribuído para as diferenças na medida de qualidade de vida entre os pacientes deste estudo e os valvopatas avaliados por MENEGUIN (2001).

Um aspecto que dificulta a avaliação e comparação dos escores deste e dos demais estudos citados é o fato de terem realizado somente medidas pontuais da qualidade de vida, o que não permite apontar fatores que possam, de fato, ter contribuído para esta diferença.

Estudos longitudinais como os de PHILIIPS e LANSKY (1992), utilizando o instrumento genérico de medida de qualidade de vida SF-36, e o de HIXON (1992), com emprego do IQV, por exemplo, verificaram o efeito de procedimentos intervencionistas sobre a qualidade de vida. Foi observado que, no período pré-intervenção, a percepção de qualidade de vida era pior quando comparada à avaliação da população geral (PHILIIPS e LANSKY, 1992), ou quando comparada ao período pós-procedimento (HIXON, 1992), mostrando a influência positiva da intervenção sobre a qualidade de vida. Estes autores estudaram, portanto, pacientes que já tinham indicação de realização de procedimento cirúrgico, e, portanto deviam apresentar condições clínicas críticas, com elevada frequência e intensidade de sintomatologia, que foram amenizadas com a intervenção, levando a uma melhora da percepção da qualidade de vida.

Neste estudo, o tempo de diagnóstico da valvopatia foi de aproximadamente de 10 anos em média e mais da metade dos pacientes havia sido submetida a procedimento cirúrgico. Talvez seja possível supor que a maioria dos sujeitos entrevistados, apesar da elevada frequência de sintomatologia, estivesse em condição clínica de maior estabilidade,

do que os pacientes estudados por MENEGUIN (2001), dos quais 80% encontravam-se em fila de espera para o procedimento cirúrgico e enquadrados na classe funcional III (NYHA), caracterizada por limitação acentuada da atividade física. Tal diferença na caracterização clínica pode ter contribuído para a constatação de escores mais elevados de IQV no presente estudo.

Outro aspecto interessante na avaliação da qualidade de vida é que, embora a pontuação tenha sido semelhante nos quatro domínios do IQV, verificou-se valores médios maiores nos domínios Psicológico/Espiritual e Família, apontando para um maior equilíbrio dos pacientes nestes aspectos. Os resultados de MENEGUIN (2001), embora com variação muito menor entre os domínios, apresentaram a mesma tendência. Assim, como argumentado por FERRANS e POWER (1993), este resultado pode ser atribuído ao fato de que, o convívio com a doença crônica, sob a contínua possibilidade de nova descompensação ou piora do quadro e com necessidade de acompanhamento regular prolongado, leve o paciente a priorizar valores na vida, ajustando suas aspirações e expectativas para se adaptarem às circunstâncias e manter seu bem estar.

5.4 SOBRE A VALIDADE DO INSTRUMENTO IDCV

O resultado da análise fatorial do IDCV leva a confirmar sua validade de constructo, uma vez que todos os 14 itens do IDCV foram mantidos no resultado final da análise, gerando quatro fatores que explicaram 58% da variância nas respostas.

Em relação aos fatores gerados na análise, é interessante comentar a coerência com o qual os itens foram agrupados. Ao serem considerados os itens que compõem o IDCV,

poder-se-ia supor que a análise fatorial do IDCV geraria três fatores: Emocional, Social e Físico. Entretanto, a análise fatorial mostrou o agrupamento também coerente das crenças em quatro fatores, ficando evidente que, da forma como os pacientes responderam ao instrumento, podem ser percebidas crenças que tratam do impacto físico da doença (sintomas); impacto da doença nas atividades cotidianas; impacto social e emocional da doença e adaptação à doença.

Assim no Fator 1, que foi denominado como **Impacto físico da doença**, foram agrupados os três itens que estavam diretamente relacionados à presença de sintomatologia, o que demonstra que a presença dos sintomas da valvopatia é um fator determinante na percepção do sujeito sobre a doença.

No Fator 2, foram agrupadas cinco crenças que se relacionam à percepção de capacidade para as atividades cotidianas, para dormir, de como vive com a doença, e os sentimentos que esta vivência lhe desperta (preocupação ou medo). Pela característica e natureza de associação das crenças, optou-se por denominar o Fator 2 como **Impacto da doença nas atividades cotidianas**.

O Fator 3, denominado como **Impacto social e emocional da doença** por sua vez, reuniu quatro itens que parecem mais relacionados ao impacto da doença no aspecto social (tornando o sujeito dependente de outras pessoas ou dificultando o desempenho de sua atividade laboral) e nos sentimentos que a vivência da doença desperta: irritabilidade e angústia.

O Fator 4 foi formado por dois itens que pareciam relacionados à adaptação à doença, daí sua denominação **Adaptação à doença**. Os itens referiam-se ao fato de dar

mais atenção à saúde depois da doença e à manutenção da vida sexual mesmo após o problema no coração.

A utilização dos fatores no prosseguimento da análise da validade de constructo, verificando a correlação entre o impacto da valvopatia mensurado pelo IDCV e a qualidade de vida com o IQV, foi importante para reafirmar que os fatores gerados contribuem para a explicação da percepção do impacto na vida do sujeito.

A hipótese lançada no início do estudo é de que haveria uma correlação negativa entre a pontuação do IDCV e a do IQV (validade de constructo divergente). Entretanto, verificou-se que não houve correlação entre os escores do IDCV total e do IQV Total e seus domínios. A correlação negativa esperada entre o IDCV total e o IQV total e seus domínios não foi observada.

Poderia ser argumentado que a falta de correlação entre o escore total do IDCV e do IQV seria explicada pelo fato de ter sido buscada correlação entre um instrumento de impacto, específico para pacientes valvopatas e um instrumento genérico de qualidade de vida. Embora esta suposição possa ser mantida, outras considerações podem ser feitas à luz da constatação de correlação entre os fatores 3 e 4 do IDCV e o IQV e domínios.

O Fator 3 do IDCV correlacionou-se negativamente com a medida IQV Total e os domínios Saúde / Funcionamento, Sócio – Econômico e Família; e o Fator 4 e a medida IQV Total e os domínios Saúde / Funcionamento, Sócio – Econômico e Psicológico / Espiritual. Desta maneira, pode ser entendido que quando os sujeitos percebem maior impacto social e emocional da doença, ou seja, quando a doença interfere no trabalho, torna o paciente mais dependente de outras pessoas, ou deixa o sujeito mais irritado ou angustiado, observa-se pior satisfação com a qualidade de vida em diversos aspectos.

É interessante destacar que embora o Fator 3 inclua aspectos da afetividade como sentir-se irritado ou angustiado, não teve correlação com o domínio Psicológico-Espiritual do IQV que aborda satisfação com: paz de espírito, fé em Deus, objetivos pessoais, felicidade, satisfação com a vida, aparência pessoal e consigo próprio.

Estudos que avaliam a correlação entre diferentes instrumentos que medem qualidade de vida, relatam achados semelhantes. O estudo de SOUZA (2004), por exemplo, constatou não haver correlação entre dois instrumentos genéricos de medida de qualidade de vida, nos domínios que avaliam o aspecto emocional/psicológico. É sugerido que, estes instrumentos, apesar de denominarem de maneira semelhante os domínios, medem, na verdade aspectos distintos da qualidade de vida no que se refere aos aspectos emocionais. O mesmo raciocínio pode ser aplicado aos achados deste estudo. Os sentimentos de irritação ou angústia, neste estudo, mostraram não ter correlação com os aspectos emocionais investigados no IQV.

Outra observação inesperada foi a correlação positiva entre o Fator 4 e os escores total e das dimensões do IQV, o que significaria *a priori* que quanto maior o impacto na adaptação à doença, ou seja, quanto menor a adaptação à doença, maior a percepção de qualidade de vida. Buscou-se então a análise das crenças que compõem o Fator 4: “Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde”; e “Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração”.

É possível que as frases, originalmente formuladas com intenção de evidenciar conseqüências positivas da doença, na verdade, quando consideradas como verdadeiras pelos pacientes, levam a pior qualidade de vida. Tal explicação parece particularmente plausível para a crença “Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais

atenção à minha saúde”. O fato do paciente dar mais atenção à saúde, embora possa ser visto como positivo pela equipe de saúde, pode ter reflexos negativos sobre sua qualidade de vida – pois pode significar que a atenção que passou a dar à sua saúde é revestida de preocupação. De fato, a atenção que o sujeito se refere é à sua doença e não à sua saúde propriamente dita, daí a correlação positiva.

A outra frase que compõe o Fator 4, por sua vez, é complexa – não por sua característica semântica, mas pelo conteúdo, que se reporta à sexualidade.

A sexualidade é reconhecida por muitos autores como aspecto essencial a ser avaliado quando se reporta à qualidade de vida, sendo um elemento que integra muitos dos instrumentos de medida de qualidade de vida, incluindo o IQV. Muitos estudos, entretanto, destacam a elevada frequência de itens não respondidos (*missing data*), no que se refere à sexualidade, principalmente entre idosos (CARDOSO, 2004; SOUZA, 2004).

Assim, embora o Fator 4 tenha contribuído para a explicação da variância das respostas ao IDCV, é importante que, em estudos futuros seja melhor elucidado o significado das frases que o compõem.

Passando à avaliação da validade de critério, a existência de forte correlação entre o IDCV e as medidas genéricas de impacto: IEQ e Medida Geral do Impacto da Doença, mostrou que os instrumentos medem o mesmo constructo, sendo que, o IDCV de maneira específica o impacto da valvopatia e o IEQ, o impacto das doenças crônicas em geral.

O estudo das correlações entre todas as medidas realizadas: IDCV – Total e Fatores, IEQ, Medida Geral do Impacto da Doença e IQVTotal e domínios possibilita tecer algumas considerações importantes. Assim, parece adequado supor que as dimensões do IDCV que

mensuram os aspectos sociais e emocionais e de adaptação à doença evidenciam maior associação com a qualidade de vida de um modo geral. As dimensões do IDCV que avaliam os aspectos físicos e de impacto nas atividades cotidianas, a percepção que o sujeito tem do impacto da doença em sua vida. O fator 3, que avalia o impacto social da doença correlaciona-se tanto com a qualidade de vida, como com a percepção (genérica) de impacto.

Como já foi destacado anteriormente, não há uma definição, na literatura, que separe claramente os constructos de impacto e de qualidade de vida, sendo, ao contrário, empregados com frequência como termos intercambiáveis. Alguns instrumentos, apesar de serem chamados de instrumentos de medida de qualidade de vida, na verdade, medem o quanto a doença interfere em sua vida, atribuindo o critério tão pior a qualidade de vida quanto maior a pontuação obtida. Nestes instrumentos fica implícito o conceito que a qualidade de vida é inversamente proporcional ao impacto que a doença tem sobre a vida do sujeito. Os dados deste estudo, embora ainda restritos a uma amostra relativamente pequena, e com emprego de um instrumento em processo de validação, tendem a apontar para a necessidade de revisão do uso intercambiável dos conceitos de impacto e de qualidade de vida. Embora sejam conceitos que devem estar intimamente relacionados, podem não medir a mesma coisa, na mesma extensão.

A reflexão feita por HUNT (1997) acerca da complexidade implicada na definição do conceito de qualidade de vida, ratifica a idéia de que os dois constructos: impacto e qualidade de vida não podem ser vistos ou tratados como sinônimos. Qualidade de vida trata-se de um conceito muito mais amplo e embora, na visão do autor, venha sendo empregada de maneira reducionista nos estudos voltados à medida do conceito na área da

saúde, deve ser tratada como uma questão lingüística, cultural e fenomenológica. O autor argumenta ainda que o termo qualidade de vida tem raízes no existencialismo, nos valores individuais e na fluidez da dinâmica das tentativas do homem em se adaptar às exigências da vida. Sem entrar no mérito da profunda discussão tecida por HUNT (1997) sobre as vertentes atuais no estudo de qualidade de vida na área da saúde, é possível afirmar que a utilização dos termos impacto e qualidade de vida como intercambiáveis, reduz de maneira dramática o significado latente à concepção de qualidade de vida.

O desenvolvimento e validação de um instrumento específico para mensuração do impacto da valvopatia como o IDCV é de grande importância, pois na literatura há poucos estudos voltados para avaliação direta do impacto da doença na vida do sujeito e nenhum estudo sobre a medida direta do impacto da valvopatia no cotidiano dos pacientes.

Se o IDCV é uma medida válida de como os pacientes percebem os efeitos da valvopatia sobre sua vida, ainda não é possível afirmar. Porém, os resultados deste estudo sugerem que o IDCV deva ser utilizado em outras pesquisas que comprovem outros aspectos de sua confiabilidade, como a estabilidade, e que permitam compreender melhor a relação da medida do impacto dada pelo IDCV e outras medidas de variáveis psicossociais, com diferentes instrumentos, como: medida de qualidade de vida com instrumentos específicos, investigação de satisfação com sexualidade, traços do humor e da personalidade. A responsividade do IDCV deve também ser avaliada em estudos randomizados, com pacientes valvopatas em intervenções controladas.

Apesar das características do estudo que impedem a generalização dos resultados e ampla recomendação do uso do IDCV, pode-se afirmar que, de modo geral, este instrumento representa um passo inicial importante nos esforços para a maior compreensão

sobre a vivência com a valvopatia e a eficácia das intervenções de saúde implementadas neste contexto.

5.5 - SOBRE A CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO IDCV

A confiabilidade do instrumento IDCV foi avaliada pelo aspecto da consistência interna, com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach.

O coeficiente alfa de Cronbach reflete a homogeneidade entre os itens do instrumento. Quanto mais alto o valor do coeficiente do item, maior a confiança de que o item está relacionado ao conceito que está sendo pesquisado (CRONBACH, 1951).

O instrumento IDCV apresentou alfa de Cronbach de 0,74 que permite, de acordo com a literatura, avaliar positivamente sua confiabilidade (CRONBACH, 1951). Este estudo apresentou uma discreta melhora da consistência interna, em relação ao estudo anterior, onde o alfa de Cronbach foi de 0,70 (PADILHA et al. 2002). Embora não tenha sido obtida uma melhora significativa do coeficiente, o instrumento pode ser considerado confiável, permitindo sua aplicação em outros grupos.

Os valores de alfa de Cronbach observados nos Fatores gerados a partir do IDCV reforçam a existência de consistência interna do instrumento. Com exceção do Fator 4, que apresentou alfa de 0,19, o que pode ser explicado por ser constituído por somente dois itens (STREINER e NORMAN, 2001), os demais Fatores apresentaram valores que oscilaram de 0,68 a 0,77, mesmo sendo constituído por poucos itens (três a cinco itens).

A replicação do estudo em populações maiores é necessária para verificar a reprodução do valor de coeficiente alfa obtido. É interessante, também, em estudos futuros verificar a estabilidade da medida, por meio da realização do teste-reteste.

6. CONCLUSÃO

Os dados obtidos no presente estudo permitiram concluir que o IDCV:

⇒ Confirmou sua validade de conteúdo, evidenciada pela avaliação dos juízes que julgaram-no como claro, pertinente e abrangente;

⇒ Confirmou sua validade de constructo, de acordo com os critérios estabelecidos neste estudo, evidenciada pela:

- análise fatorial, que deu origem a quatro fatores (impacto físico da doença (sintomas); impacto da doença nas atividades cotidianas; impacto social e emocional da doença e adaptação à doença) que explicam 58% de sua variabilidade, e

- validade divergente, exibindo correlação negativa significativa, embora de pequena magnitude entre o Fator 3 (impacto social e emocional da doença) e as medidas de IQVTotal e seus domínios: Saúde/Funcionamento, Sócio-Econômico e Família.

⇒ Apresentou validade de critério, evidenciada pela constatação de correlação positiva entre o escore total do IDCV e a Medida Geral de Impacto da Doença (de moderada magnitude) e o IEQ (de forte magnitude), bem como pelas correlações entre os fatores 2 e 3 do IDCV (positiva de moderada e fraca magnitude) com a Medida Geral de Impacto da Doença e entre os fatores 1, 2 e 3 do IDCV e o IEQ (correlação positiva de moderada e fraca magnitude); e

⇒ Apresentou índice satisfatório de consistência interna, confirmando sua confiabilidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IDCV mostrou propriedades psicométricas que viabilizam sua utilização junto a pacientes valvopatas. Evidencia-se, portanto, que o instrumento pode ser utilizado na prática clínica, como um meio de identificação da percepção do impacto da doença de pacientes valvopatas. Tais informações associadas aos dados advindos da aplicação de outros instrumentos como os de avaliação da Qualidade de Vida podem fornecer subsídios importantes para a prática educativa do enfermeiro. Recomenda-se que sejam realizados estudos futuros visando: 1. a melhor compreensão de alguns achados como a ausência de correlação entre a medida do escore total do IDCV e o IQVTotal e seus domínios, bem como a ocorrência de correlação positiva entre o Fator 4 (Adaptação à doença) e as medidas de IQVTotal e os domínios: Saúde/Funcionamento, Sócio-econômico e Psicológico/Espiritual, 2. a avaliação da estabilidade do instrumento, por meio do emprego do teste-reteste, e 3. avaliação da sensibilidade do instrumento à modificação da percepção do impacto destes pacientes em resposta a intervenções educativas direcionadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. p.278.
- ALARCÓN T.O.; VARGAS N.C. Calidad de vida en familias de pacientes pediátricos crónicos gastroenterológicos. **Bol Hosp San Juan de Dios**, 49:306-310, 2002.
- ALMEIDA FILHO, A.C.; SCHIMIDT, A.; PAZIN-FILHO, A. et al. Avaliação pré-operatória de pacientes com doença cardíaca valvar. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 10:343-50, 2000.
- ARMSTRONG, B.K.; WHITE, E.; SARACCI, R. **Principles of exposure measurement in epidemiology**. Oxford, New York, Tokio: Oxford University Press, 1994. p.284.
- ARTES, R.; BARROSO, L. P. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
- BITTENCOURT, L.A.K.; CAVICHIO, J.R. Estenose aórtica no indivíduo assintomático. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 7: 754-58, 1997.
- BLANCHARD E.B. Behavioral medicine: past, present and future. **J Consult Clin Psychol** 50: 795-6, 1989.
- BONILLA, L.S.S.; OTONELLO, I.R.O.; GUERRA, A.; DERGAZARIAN, S.; FRANCOLINO, C.; PORLEY, G. et al. Validation of na instrument for measuring quality of life of chronic hemodialysis patients: sickness impact profile. **Rev Méd Urug**, 15:103-109, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde - DATA SUS. **Dados de mortalidade de 2000** . Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 set. 2003.
- BRAUNWALD, E. Valvulopatias. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. São Paulo: Roca, 1991. p. 1074-1132.
- BREVIDELLI, M.M.; CIANCIARULLO, T.I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Rev Saúde Pública**, 35:42-50, 2001.
- BUENO, R.M.; ÁVILA NETO, V.; MELO, R.F.A. Fatores de risco em operações valvares: análise de 412 casos. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, 12:348-58, 1997.
- CANHESTRO, M.R. **Doença que está na mente e no coração da gente: um estudo etnográfico do impacto da doença na família**. Belo Horizonte. 1996. (Dissertação – Mestrado – Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais).
- CARDOSO, J. Sexualidade na donça crônica e na deficiência física. **Rev Port Clin Geral**, 20: 385-94, 2004.

CLARK-CARTER, D. **Doing quantitative psychological research: from design to report.** 3ed. Sussex: Psychological Press, 1999. p.666.

COELHO, W.M.C.; LABRUNIE, A.; SECCHES, A.L et al. Valvoplastia mitral: estudos randomizados. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 12:327-33, 2002.

COLOMBO, R.C.R. **Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados aos fatores de risco para coronariopatia.** Ribeirão Preto. 2000. (Tese – Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo).

CRONBACH, L.J. Coefficient alfa and the internal structure of tests. **Psychometrika** 16: 297 - 334, 1951.

FERRANS, C.E; POWERS, M.J. Quality of life index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci**, 8:15-24, 1985.

FERRANS, C.E; POWERS, M.J. Quality of Life of hemodialysis patients. **Am Neph Nurs Assoc Journ**, 20:575-81, 1993.

FONSECA, P.P. **Um questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas: tradução validada e estudo de confiabilidade do IEQ (Illness Effects Questionnaire).** São Paulo. 2001. (Dissertação – Mestrado - Universidade Federal de São Paulo).

FUH, J-L; WANG, S-J.; LU, S-R et al. Psychometric evaluation of a Chinese (taiwanese) version of the SF-36 health survey amongst middle-aged women from a rural community. **Quality of Life Research**, 9:675-683, 2000.

GALLANI, M.C.B.J. **O exercício físico e o paciente infartado: determinantes comportamentais.** São Paulo. 2000. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

GALLANI, M.C.B.J; PADILHA, K.M.; COLOMBO, R.C.R et al. Pacientes com Valvopatia Aórtica e Mitral em atendimento ambulatorial: análise do perfil e das características do cotidiano influenciadas pela doença e tratamento. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 10:55, 2000.

GREGG, C.H.; ROBERTUS, J.L.; STONE, J.B. **The psychological aspects of chronic illness.**, Springfield: Charles C. Thomas, 1989. p.3-13.

GREENBERG, G.D.; PETERSON, R.A. Illness Effects Questionnaire. In: ZALAQUETT, C.P.; WOOD, R.J. **Evaluating stress – a book of resources.** Boston: Scarecrow Press, 1997. p. 141-164.

GRINBERG, M. (coord.). Consenso sobre conduta em Valvopatia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 6: 378-90, 1996.

- GRINBERG, M.; TARASOUTCHI, F. Insuficiência aórtica crônica em pacientes assintomáticos. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 7: 759-63, 1997.
- GRINBERG, M.; CARDOSO, L.F.; RATI, M.A.N.; POMERANTZEFF, P.M.A.; MEDEIROS, C.C.J. et al. Estenose mitral: valvoplastia ou cirurgia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 7:214-22, 1997.
- HIGUCHI, M.L.; SANTOS, M.H.H.; DEMARCHI, L.M.M. Etiptogenia: aspectos relevantes. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 13:305-11, 2003.
- HIXON, M. Perceived quality of life before and after percutaneous balloon valvuloplasty. **Heart and Lung**, 21: 290, 1992.
- HÖFER, S.; BENZER, W.; SCHÜBLER, G., et al. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: Validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. **Quality of Life Research**, 12:199-212, 2003.
- HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R (eds). **Designing clinical research**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988. p.247.
- HUNT, S.M. The problem of quality of life. **Quality of Life Research**, 6:205-212, 1997.
- IDE, C.A.; CHAVES, E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev Esc Enf USP**, 26:187-204, 1992.
- KELSEY, J.L.; WHITTEMORE, A.S.; EVANS, A.S.; THOMPSON, W.D. **Methods in observational epidemiology**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p.231.
- KIMMEL, P.L.; PETERSON, R.A.; WEIHS, K.L.; SIMMENS, S.J.; ALLEYNE, S.; CRUZ, I. et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. **Kidney Internacional**, 54:245-54, 1998.
- KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index" de Ferrans e Powers**. São Paulo. 1999. (Tese – Livre Docência - Universidade de São Paulo).
- KING, K.M. Valve disorder: theoretical and practical nursing perspectives. **CJ CJ** 5: 13-7, 1994.
- KUBO, K.M.; COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J.; NORONHA, R. Valvopatia mitral: proposta de assistência de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 9: 33-43, 2001a.
- KUBO, K.M.; GALLANI, M.C.B.J.; NORONHA, R.; COLOMBO, R.C.R. Valvopatia aórtica: levantamento de subsídios para proposta de assistência de enfermagem ambulatorial. **Rev Latino-am Enfermagem**, 9:55-62, 2001b.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S.; TEIXEIRA, M.T.B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Bol Oficina Sanit Panam**, 120: 389-413, 1996

LOBIONDO-WOOD G.; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2001.

LÓPEZ, E.S.; CHACÓN, C.S. Impacto en kinesiología: necesidad de definir y evaluar. **Kinesiologia**, 52:14-8, 1998.

LUCAS, G.; TRIBOUILLOY, C. Épidémiologie et étiologie des valvulopathies acquises de l'adulte. **La Revue du Praticien** 50: 1642-5, 2000.

MACHADO, R.C.B.R. **Validação do Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers para a população geral do município de Londrina**. Londrina, SC. 2000. (Dissertação – Mestrado – Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo).

MARTINS, L.M.; FRANÇA, P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-am Enfermagem**, 4:5-18, 1996.

MENEGHELO, Z.M. Doença cardíaca no indivíduo assintomático: insuficiência mitral. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 7: 747-53, 1997.

MENEGUIN, S. **Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares**. São Paulo. 2001. (Dissertação – Mestrado – Escola de Enfermagem - UNiversidade de São Paulo).

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p. 23-28.

NAVA, J.I.G.; LÓPEZ, L.G.; GAMBOA, H.F. et al. Impacto del uso de remedios no convencionales en una población de enfermos reumáticos. **Rev Mex Reumatol**, 9:117-22, 1994.

NELSON, J.K. Measurement Methodology for Affective Tests. In: SAFRIT, M.J. WOODS, T.M. **Measurement concepts in physical education and exercise science**, 1994. p382.

PADILHA, K.M.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBO, R.C.R. Crenças e atitudes de pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento. In: XXIII Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Campos do Jordão, 2002. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 12: 13, 2002.

PADILHA, K.M.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBO, R.C.R. Development of an instrument to measure beliefs and attitudes from heart valve disease patients. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2: 453-9, 2004.

- PAPADANTONAKI, A.; STOTTS, N.A.; PAUL, S.M. Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. **Heart & Lung**, 23:45-52, 1994.
- PHILIPS, R.; LANSKY, D.J. Outcomes management in heart valve replacement surgery: early experience. **J Heart Dis**, 1:42-50, 1992.
- PIRES, C.A.; SHAROVSKY, L.L.; ROMANO, B.W. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 4:1-7, 1994.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.
- RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002. p. 72-8.
- RICARTE, M.C; PINTO, C.J.M.; COLOMBO, R.C.R et al. Avaliação da qualidade de um instrumento de coleta de dados em pesquisa. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL: INOVAÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM. 2003, Ribeirão Preto. **Livro de Resumos**. São Paulo, 2003, p.194.
- RODRÍGUEZ-ROSETO, J.E.; FERRIANI, M.G.C.; DELA COLETA, M.F. Escala de locus de controle da saúde - MHLC: estudos de validação. **Rev Latino-am Enfermagem**, 10:179-84, 2002.
- ROLLAND, J.S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, S.; GOLDRINLE, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995. p. 372-92.
- ROMANO, B.W. Prevenção da doença cardiovascular: uma visão interdisciplinar - Abordagem psicológica. **Gerontologia**, 9: 42-5, 2001.
- ROSSI, E.G.; CARDOSO, L.F.; ÁVILA, W.S. et al. Estenose mitral em assintomáticos. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 7:741-46, 1997.
- RUKHOLM, E.; MCGIRR, M. A Quality-Of-Life Index for clients with ischemic heart disease: establishing reliability and validity. **Rehab Nurs** 19: 12-6, 1994.
- SANSON-FISHER, R.W.; MARTIN, C.J. Standardized interviews in psychiatry: issues of reliability. **Brit J Psychiat** 139: 138-43, 1981.
- SARGEANT, L. A; WILKS, R. J; FORRESTER, T. E. Chronic diseases--facing a public health challenge. **West Indian Med**, 50:27-31, 2001.

SEGURA, G.B. Principales enfermedades reumáticas en México: aspectos epidemiológicos e impacto socioeconómico. **Rev Mex Reumatol**, 15: 183-201, 2000.

SPINA, G.S.; SAMPAIO, R.O.; GRINBERG, M. O seguimento clínico de portadores de valvopatia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 11:66-72, 2001.

SOUZA, F.S. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos**. Campinas, SP. 2004. (Dissertação – Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas).

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2ed. New York: Oxford Medical Publications, 2001.

TABACHNICK, B.G.; FIDEL, L.S. **Using multivariate statistics**. 2ed. New York: Harper Collins Publishers, 1989.

TAMBURINI, M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: TAMBURINI, M. **Quality of Life Assessment in Medicine**. 3. ed. GLAMM Interactive. CD-ROM for Windows 95 & 98. 1998.

THOMPSON, D.R.; MEADOWS, K.A.; LEWIN, R.J.P. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. **Eur Heart J**, 19:693-5, 1998.

THOMPSON, D.R.; JENKINSON, C.; ROEBUCK, A., et al. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: The myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). **Quality of Life Research**, 11:535-543, 2002.

WENGER, N.K.; MATTSON, M.E.; FURBERG, C.D.; ELINSON, J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. **Am. J. Cardiol.**, 54:908-13, 1984.

WISE, T.N.; MANN, L.S.; JANI, N. et al. Convergent validation of the Illness Effects Questionnaire. **Psychol Rep**, 75:248-50, 1994.

WISE, T.N.; MANN, L.S.; JANI, N. et al. Illness beliefs and alexithymia in headache patients. **Headache**, 34:362-5, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO CAV

Instruções: Este é um questionário sobre o que as pessoas com problemas do coração pensam sobre sua doença e tratamento. Neste instrumento de madeira, estas figuras da mão fechada com o dedo polegar em extensão para cima ou para baixo serão utilizadas para que o(a) senhor(a) responda cada frase. **Por exemplo**, se o(a) senhor(a) está totalmente de acordo, deve deslocar o mostrador para as 2 mãos com o dedo polegar apontado para cima. Se o(a) senhor(a) discorda totalmente, deve deslocá-lo para as 2 mãos, com o dedo.

Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é sua opinião pessoal sobre as questões.

A. Mensuração da avaliação que o paciente faz de seu conhecimento sobre a doença.

Ao considerar tudo o que o Sr. sabe sobre sua doença, avalia seu conhecimento como:

1. absolutamente nada 2. pouquíssimo 3. não sei avaliar 4. um pouco 5. muito

B. Mensuração das crenças sobre a doença.

Para cada uma das frases, responda se:

1. discorda 2. discorda parcialmente 3. não sabe responder 4. concorda parcialmente
5. concorda totalmente

1. Meu problema é de válvula do coração que não funciona direito.
 2. Meu problema é de veia entupida.
 3. A cirurgia pode resolver todo o meu problema do coração.
 4. Eu acho que o que causou meu problema foi a comida gordurosa que eu comia.
 5. Acho que meu problema tem relação com o cigarro.
 6. Acho que meu problema é de família.
 7. Eu penso que o meu problema é de nascença (já nasci com ele).
 8. Mesmo com a cirurgia (que já fiz, ou posso vir a fazer), vou ter que continuar com o tratamento médico.
 9. A causa do meu problema foi a febre reumática.
 10. Acho que com esse meu problema, tenho mais chances de ficar com falta de ar.
 11. Acho que na minha alimentação, por causa do meu problema, tenho que diminuir o sal.
 12. Acho que preciso ter um cuidado especial na minha alimentação.
 13. Acho que não posso fazer nenhum tipo de esforço físico.
 14. Acho que fazer caminhadas pode ajudar no tratamento da doença.

C. Mensuração das crenças relativas ao impacto da doença na vida do sujeito

Para cada uma das frases, responda se:

1. discorda 2. discorda parcialmente 3. não sabe responder 4. concorda parcialmente
5. concorda totalmente

1. Depois que fiquei doente, passei a dar mais atenção à minha saúde.
 2. A doença me tornou dependente de outras pessoas.
 3. Depois da doença, minha família mudou, se preocupa mais comigo.
 4. Esse meu problema não me deixou mais trabalhar como antes.
 5. Agora fico mais irritado e nervoso por causa do problema.
 6. Eu vivo bem com esse meu problema do coração.
 7. Eu me sinto muito angustiado, depois que fiquei doente.
 8. Passei a ficar sempre com medo de que alguma coisa aconteça comigo.
 9. A doença não interferiu na minha vida sexual.
 10. Passei a ter dificuldade para dormir depois da doença.
 11. Sinto muita dificuldade para fazer os serviços de casa.

- 12. Tenho muita falta de ar.
- 13. Sinto muito cansaço.
- 14. Tenho períodos de tontura.

D. Mensuração das crenças relativas ao impacto do tratamento na vida do sujeito

Para cada uma das frases, responda se:

1. discorda 2. discorda parcialmente 3. não sabe responder 4. concorda parcialmente
5. concorda totalmente

DEPOIS DO TRATAMENTO:

- 1. Voltei a trabalhar normalmente.
- 2. Meus sintomas melhoram bastantes.
- 3. Passei a aceitar melhor a doença.
- 4. Eu me sinto aborrecido por ter que vir com muita frequência hospital.
- 5. Passei a me alimentar melhor.
- 6. Voltei a dormir melhor.
- 7. Me incomoda muito ter que ficar tomando remédios.

E. mensuração das crenças relativas à adesão ao tratamento medicamentoso

Escolha um dos itens:

E1. Em relação ao uso dos medicamentos que o médico receitou, nos últimos dois meses:

- 1. Não tenho tomado nenhum dos remédios receitados.
- 2. Não tenho tomado alguns dos remédios receitados.
- 3. Não sei responder.
- 4. Tenho tomado de maneira mais ou menos regular.
- 5. Tenho tomado todos os medicamentos receitados, com regularidade.

E2. Ainda em relação ao uso dos remédios receitados, o Sr. é:

- 1. Totalmente desfavorável.
- 2. Desfavorável.
- 3. Não sei dizer.
- 4. Favorável.
- 5. Totalmente favorável.

E3. Crenças sobre o uso dos remédios:

Para cada uma das frases, responda se:

1. discorda 2. discorda parcialmente 3. não sabe responder 4. concorda parcialmente
5. concorda totalmente

- D3.1. Acho desagradável ter que lembrar dos horários remédios.
- D3.2. Acho que o médico receita uma quantidade muito grande de remédios.
- D3.3. Acho que os remédios são necessários.
- D3.4. Os remédios são muito caros e na maioria das vezes não consigo comprar.
- D3.5. Sinto que passo mal quando tomo os remédios.
- D3.6. Acho que muito remédio acaba enfraquecendo o organismo.
- D3.7. Acho muito fácil acertar o horário dos remédios no meu dia a dia.
- D3.8. Acho que o uso dos remédios pode ter efeitos ruins.
- D3.9. Com o uso dos remédios receitados eu me sinto melhor.

ANEXO 2: ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

- **Parte 1** : Para cada pergunta a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quão satisfeito você está com o respectivo tema em sua vida. Use a escala abaixo e lembre-se, não há respostas certas ou erradas.

O quanto satisfeito você está com:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde:	1	2	3	4	5	6
2. A assistência à saúde que está recebendo:	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente:	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para as atividades diárias:	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física:	1	2	3	4	5	6
6. Sua capacidade para controlar sua vida:	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver por longo tempo:	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família:	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos:	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família:	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com o(a) esposo(a) / companheiro(a):	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual:	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos:	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que recebe das pessoas:	1	2	3	4	5	6
15. Sua capacidade física para cumprir com responsabilidades familiares:	1	2	3	4	5	6
16. Sua capacidade física para ser útil às outras pessoas:	1	2	3	4	5	6
17. O nível de estresse ou preocupações em sua vida:	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar:	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança:	1	2	3	4	5	6
20. Suas condições sócio-econômicas:	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho:	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter trabalho:	1	2	3	4	5	6
23. Sua escolaridade:	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira:	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer:	1	2	3	4	5	6
26. Sua disposição para passear:	1	2	3	4	5	6
27. A possibilidade de ter uma velhice feliz :	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito:	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus:	1	2	3	4	5	6
30. A realização de seus objetivos pessoais:	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral:	1	2	3	4	5	6
32. Sua vida de modo geral:	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal:	1	2	3	4	5	6
34. Com você mesmo, de modo geral:	1	2	3	4	5	6

- **Parte 2** : Para cada pergunta a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quão importante este respectivo tema é para a sua vida. Use a escala abaixo e lembre-se, não há respostas certas ou erradas.

O quanto importante é para você:	Muito insignificante	Moderadamente insignificante	Pouco insignificante	Pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1. Sua saúde:	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado com a saúde:	1	2	3	4	5	6
3. Estar completamente livre de dor:	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias:	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física:	1	2	3	4	5	6
6. Ter condições físicas para controlar sua vida:	1	2	3	4	5	6
7. Viver por longo tempo:	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família:	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos:	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família:	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com o(a) esposo(a) / companheiro(a):	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual:	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos:	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que recebe das pessoas:	1	2	3	4	5	6
15. Cumprir com as responsabilidades familiares:	1	2	3	4	5	6
16. Ter capacidade física para ser útil às outras pessoas:	1	2	3	4	5	6
17. Ter nível aceitável de estresse ou preocupações em sua vida:	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar:	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança:	1	2	3	4	5	6
20. Ter boas condições sócio-econômicas:	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho:	1	2	3	4	5	6
22. Ter trabalho:	1	2	3	4	5	6
23. Sua escolaridade:	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira:	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer:	1	2	3	4	5	6
26. Ter disposição para passear:	1	2	3	4	5	6
27. Ter uma velhice feliz :	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito:	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus:	1	2	3	4	5	6
30. Realizar seus objetivos pessoais:	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral:	1	2	3	4	5	6
32. Estar satisfeito com a vida:	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal:	1	2	3	4	5	6
34. Ser você mesmo:	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE DOENÇAS CRÔNICAS (IEQ)

Instruções: Suas respostas a esse questionário nos ajudarão a entender como sua doença prejudica sua vida. Avalie cada afirmação e escolha um número para cada item que melhor corresponda a sua experiência mais recente. Quanto maior o número que você escolher maior é, na sua opinião, o prejuízo que a sua doença traz a sua vida.

	Eu discordo				Eu concordo			
	forte/e	modera- da/e	parcial/e	um pouco	um pouco	parcial/e	modera- da/e	forte/e
1. Minha doença me traz dificuldade para dormir.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Minha doença cria problemas entre eu e minha família (ou amigos).	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Minha vida sexual está sendo afetada.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu tenho dor ou sinto desconforto.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu me preocupo com minha doença.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Algumas pessoas não levam minha doença suficientemente à sério.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu experimento muitos sintomas diferentes.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Meu apetite está diminuído.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Minha doença é a maior dificuldade em minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. O meu desempenho no trabalho, na escola ou nos meus passatempos prediletos está prejudicado.	0	1	2	3	4	5	6	7

	Eu discordo				Eu concordo			
	forte/e	modera- da/e	parcial/e	um pouco	um pouco	parcial/e	modera- da/e	forte/e
11. Minha doença ameaça minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Minha doença exige que eu faça tratamento freqüente.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha memória ou minha mente não está tão bem agora.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu não gosto da minha vida o bastante.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Minha doença é difícil de controlar.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu dependo de outros para fazer coisas que eu costumava fazer	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu estou menos ativo agora.	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Eu posso estar sendo um peso para os que cuidam de mim.	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Às vezes, eu me pergunto se ainda serei a pessoa que eu era antes de ficar doente.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. De um modo geral, minha doença prejudica minha vida.	0	1	2	3	4	5	6	7



CEP, 18/11/03.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 495/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DO IMPACTO DA DOENÇA NO COTIDIANO DE PACIENTES VALVOPATAS”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Kátia Melissa Padilha

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 17/10/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 18/11/04

II - OBJETIVOS

Verificar a confiabilidade da escala para mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano Valvopata (IDCV); Verificar a validade de constructo convergente da escala para mensuração do Impacto da doença no Cotidiano Valvopata (IDCV) com aplicação do Índice de Qualidade de vida (IQV) - versão cardíaca (FERRANS & POWER, 1992); e verificar a validade de critério da escala para mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano Valvopata (IDCV) com aplicação do Questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas (IEQ) (GREENBERG & PETERSON, 1997).

III - SUMÁRIO

Este estudo tem como objetivos verificar: - a confiabilidade da Escala IDCV (mensuração do Impacto da Doença no Cotidiano do Valvopata); - a validade de constructo convergente da Escala IDCV com aplicação do Índice de Qualidade de Vida (IQV) - versão cardíaca; e a validade de critério da Escala IDCV com aplicação do Questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas (IEQ). Trata-se de um estudo do tipo metodológico, que pode ser definido como a investigação dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, destinado à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. A população deste estudo será constituída por pacientes portadores de valvopatia aórtica e mitral, atendidos no Ambulatório de Cardiologia do HC/UNICAMP. Os pacientes selecionados para o estudo serão submetidos a entrevistas individuais. Os dados obtidos a partir das entrevistas individuais serão submetidos inicialmente à análise descritiva; do coeficiente alpha de Cronbach para verificação da confiabilidade das escalas; do coeficiente de Correlação de Spearman entre a escala IDCV e o IEQ para verificação da validade de critério e entre a escala IDCV e os domínios do IQV - versão cardíaca para verificação da validade de constructo convergente.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto apresenta um desenho metodológico bem delineado e estruturado. Contempla todas as fases que compõem um projeto. Não apresenta qualquer aspecto ético que fira as

determinações das resoluções 196/96 e 251/97 para pesquisa em seres humanos. O termo de consentimento é escrito de forma simples e clara, de fácil entendimento para o paciente. Considero que não há nenhuma restrição para a realização da pesquisa.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

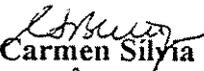
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de novembro de 2003.


Prof. Dra. Carmen Silyia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Validação do instrumento para mensuração do impacto da valvopatia no cotidiano do valvopata.

Pesquisadores: Kátia Melissa Padilha e Maria Cecília Bueno Jayme Gallani

Eu, _____, _____ (idade),

_____ (RG), residente à rua _____

_____, _____ (cidade/estado),

HC: -, concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade estudar o impacto percebido da valvopatia no cotidiano dos pacientes valvopatas. Os resultados deste estudo serão muito importantes para que os profissionais de saúde, e em especial os de enfermagem, possam identificar as necessidades do grupo de pacientes valvopatas atendidos no ambulatório do HC – UNICAMP e assim organizar sua assistência de modo a contribuir para a adaptação dos pacientes à sua condição clínica e à adesão ao tratamento. Estou ciente de que:

1. serei submetido a uma entrevista oral, com duração aproximada de 30 minutos;
2. receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
3. caso não concorde em participar da pesquisa não terei prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento pela equipe especializada do HC;
4. tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei ao pesquisador, e
5. estou ciente do número de telefone da Secretaria de Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – UNICAMP e das pesquisadoras, Enfermeira Kátia Melissa Padilha, Prof^ª Dr^a Maria Cecília B. J. Gallani e Prof^ª Dr^a Roberta C. R. Colombo, para proceder à eventual reclamação.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do paciente

Telefones:

- Comitê de Ética em Pesquisa: 3788 8936
- Pesquisadoras: 3788 8820

APÊNDICE 2: INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DO IMPACTO DA DOENÇA NO COTIDIANO DO VALVOPATA - IDCV

Instruções: Este é um questionário para avaliação das pessoas com problemas no coração sobre as conseqüências da doença em sua vida. Avalie cada afirmação escolha um número para cada uma que melhor corresponda a sua concordância com as afirmações. Quanto maior o número que você escolher maior será sua concordância com as afirmações.

Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é sua opinião pessoal sobre as questões.

Avaliação que o paciente faz do impacto da doença sobre sua vida: Ao considerar todas as conseqüências da doença do coração na sua vida, o Sr avalia o impacto da doença como:

1.muito ruim 2.ruim 3. não sabe responder 4. bom 5. muito bom

Parte A. Para cada uma das frases sobre o impacto da valvopatia, responda se:
1.discorda 2.discorda parcialmente 3. não sabe responder
4. concorda parcialmente 5. concorda totalmente

	1	2	3	4	5
1. Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde.					
2. O problema no coração me tornou dependente de outras pessoas.					
3. Esse meu problema no coração prejudicou a minha capacidade de trabalhar como antes.					
4. Agora fico mais irritado e nervoso por causa do problema no coração.					
5. Eu vivo bem com esse meu problema do coração.					
6. Eu me sinto muito angustiado, depois que fiquei com problema no coração.					
7. Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo.					
8. Minha vida sexual ficou a mesma de antes do problema no coração.					
9. Por causa do problema no coração, passei a ter dificuldade para dormir.					
10. Por causa do problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia.					
11. Por causa do problema no coração, tenho muita falta de ar.					
12. Por causa do problema no coração, sinto muito cansaço.					
13. Por causa do problema no coração, tenho períodos de tontura.					
14. Ter um problema no meu coração me deixa preocupado.					

Parte B. Avalie se cada conseqüência expressada em cada uma das frases é:
1.muito ruim 2.ruim 3. não sabe responder 4. bom 5. muito bom

	1	2	3	4	5
1. Dar mais atenção à minha saúde, depois que fiquei com problema no coração, é					
2. O problema no coração ter me tomado dependente de outras pessoas é					
3. O meu problema no coração não tem me deixado mais trabalhar como antes, é					
4. Ficar mais irritado e nervoso por causa do problema no coração é					
5. Viver bem com o problema do coração é					
6. Sentir muito angustiado, depois ter o problema no coração é					
7. Passar a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo, depois de ter o problema no coração, é					
8. Minha vida sexual ter ficado a mesma de antes do problema no coração, é					
9. Ter dificuldade para dormir devido o problema no coração é					
10. Sentir muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia, devido o problema coração, é					
11. Ter muita falta de ar, devido o problema no coração, é					
12. Sentir muito cansaço, devido o problema no coração, é					
13. Ter períodos de tontura, devido o problema no coração, é					
14. Ficar preocupado por ter um problema no meu coração, é					

APÊNDICE 3: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO IDVC PELOS JUÍZES

Cidade Universitária, _____ de _____ 2003

Prezado (a). Sr (a). _____

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na validação da re-estruturação de duas escalas psicométricas para medir variáveis psicossociais junto a pacientes portadores de valvopatia aórtica e mitral. Foram construídas duas escalas, sendo que a primeira foi desenvolvida visando mensurar as crenças relativas ao impacto da doença no cotidiano do valvopata e a segunda para determinar a avaliação que o sujeito faz sobre cada uma das crenças da escala anterior, utilizando uma escala Likert/ tipo Likert. O escore final será o produto entre as duas escalas.

Informamos que estas escalas já foram submetidas ao processo inicial de validação cujos resultados demonstraram confiabilidade e validade de constructo. Visando otimizar suas medidas psicométricas e adequar sua estrutura, procedemos à re-estruturação de seus itens que ora submetem à sua apreciação

Salientamos que este estudo constitui parte do projeto de dissertação de Mestrado, e está sendo conduzido junto ao Programa de pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem / FCM / UNICAMP.

Para que as escalas possam ser aplicadas junto aos sujeitos do estudo, é necessário que sejam submetidas à análise por pessoas com reconhecido saber na área.

Desta forma, considerando seu grande conhecimento e experiência na atuação na área do estudo, gostaríamos de poder contar com sua importante participação no estudo, procedendo à análise das escalas.

Nas folhas seguintes descrevemos em detalhes a maneira como deve ser realizada a análise.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Kátia Melissa Padilha
Enfermeira
Mestranda em Enfermagem
Depto. de Enfermagem / FCM / UNICAMP
Pesquisadora

Dr. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani
Enfermeira
Prof. Colaborador do Depto. de Enfermagem
FCM – UNICAMP
Orientadora

Parte A. Para cada uma das frases sobre o impacto da valvopatia, responda se:

1. discorda 2. discorda parcialmente 3. não sabe responder
4. concorda parcialmente 5. concorda totalmente

	Pertinência	Clareza
1. Depois que fiquei com problema no coração, passei a dar mais atenção à minha saúde.		
2. O problema no coração me tornou dependente de outras pessoas.		
3. Depois do meu problema do coração, minha família mudou, se preocupa mais comigo.		
4. Esse meu problema no coração não me deixou mais trabalhar como antes.		
5. Agora fico mais irritado e nervoso por causa do problema no coração.		
6. Eu vivo bem com esse meu problema do coração.		
7. Eu me sinto muito angustiado, depois que fiquei com problema no coração.		
8. Depois que fiquei com problema no coração passei a ficar sempre com medo de que alguma coisa aconteça comigo.		
9. O problema no coração não interferiu na minha vida sexual.		
10. Passei a ter dificuldade para dormir depois do problema no coração.		
11. Depois que fiquei com problema no coração, sinto muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia.		
12. Depois que fiquei com problema no coração, tenho muita falta de ar.		
13. Depois que fiquei com problema no coração, sinto muito cansaço.		
14. Depois que fiquei com problema no coração, tenho períodos de tontura.		
15. Ter um problema no meu coração me deixa preocupado.		

Parte B. Avalie se cada consequência expressada em cada uma das frases é:

1. muito ruim 2. ruim 3. não sabe responder 4. bom 5. muito bom

1. Dar mais atenção à minha saúde, depois que fiquei com problema no coração, é		
2. O problema no coração ter me tornado dependente de outras pessoas é		
3. Minha família ter mudado, estar se preocupando mais comigo, depois do meu problema do coração, é		
4. O meu problema no coração não ter me deixado mais trabalhar como antes, é		
5. Ficar mais irritado e nervoso por causa do problema no coração é		
6. Viver bem com o problema do coração é		
7. Sentir muito angustiado, depois ter o problema no coração é		
8. Passar a ficar com medo de que alguma coisa aconteça comigo, depois de ter o problema no coração, é		
9. O problema no coração não ter interferido na minha vida sexual é		
10. Passar a ter dificuldade para dormir depois do problema no coração é		
11. Sentir muita dificuldade para fazer os serviços do dia a dia, depois de ter o problema no coração, é		
12. Ter muita falta de ar, depois de ter o problema no coração, é		
13. Sentir muito cansaço, depois de ter o problema no coração, é		
14. Ter períodos de tontura, depois de ter o problema no coração, é		
15. Ficar preocupado por ter um problema no meu coração é		

Obs.:

1. Você poderá fazer as observações que achar necessárias à frente de cada frase, ou fazê-las em papel separado, ficando a seu critério.
2. Se você achar que existem crenças que seriam pertinentes que não foram listadas, por favor, faça em destaque em folha anexa.

MAIS UMA VEZ, AGRADECEMOS SUA INESTIMÁVEL COLABORAÇÃO!

APÊNDICE 4: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

no. da entrevista

Data: __ / __ / __

I) IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ HC:

Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

Idade: _____ (anos)

Cor: (1) branco (2) pardo (3) negro (4) amarelo (5) vermelho

Escolaridade: _____ (anos)

Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) desquitado / divorciado (5) amasiado

Com quem mora: (1) sozinho (2) com cônjuge (3) com filhos (4) com cônjuge e filhos (5) outros

Vínculo empregatício: (1) ativo (2) aposentado compulsoriamente (3) aposentado por invalidez
(4) aposentado + trabalha (5) recebendo auxílio-doença (6) desempregado (7) do lar

Renda mensal: RS _____ = _____ SM

Procedência: (1) Campinas (2) Região¹ (3) do Estado (4) de outros estados

II) RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Diagnóstico: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Etiologia da doença: _____

Tipo de Tratamento: (1) clínico (2) cirúrgico (3) 1+2

Condições Clínicas Associadas: _____

Medicamentos em uso: _____

Evolução clínica: (1) assintomático (2) fadiga (3) arritmia (4) dispnéia (5) angina
(6) síncope (7) edema

¹Americana, Artur Nogueira, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Estiva Gerbi, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itapira, Jaguariúna, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antonio de Posse, Sumaré, Valinhos, Vinhedo (cidades da região administrativa de Campinas) (SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 1993).

C
A
R
A
C
T
E
R
I
Z
A
Ç
Ã
O

D
O
S

S
U
J
E
I
T
O
S

APÊNDICE 5

Quadro 3. Coeficientes de correlação entre os escores de cada item do IDCV e dos domínios do IQV e o IQV Total. CAMPINAS 2004.

IDCV	Saúde / Funcionamento	Sócio - Econômico	Psicológico / Espiritual	Família	IQVTotal
p1	r=0,21 p-valor= 0,0209	r=0,23 p-valor= 0,0128	r=0,13 p-valor= 0,1488	r=0,13 p-valor= 0,1680	r=0,22 p-valor= 0,0153
p2	r=-0,03 p-valor= 0,7445	r=0,03 p-valor= 0,7729	r=-0,04 p-valor= 0,6264	r=-0,09 p-valor= 0,3308	r=-0,03 p-valor= 0,7583
p3	r=-0,33 p-valor= 0,0002	r=-0,21 p-valor= 0,0237	r=-0,11 p-valor= 0,2254	r=-0,24 p-valor= 0,0077	r=-0,29 p-valor= 0,0014
p4	r=-0,05 p-valor= 0,6167	r=-0,13 p-valor= 0,1557	r=-0,002 p-valor= 0,9799	r=-0,02 p-valor= 0,8246	r=-0,07 p-valor= 0,4581
p5	r=0,13 p-valor= 0,1531	r=0,12 p-valor= 0,1794	r=0,08 p-valor= 0,3553	r=0,06 p-valor= 0,5034	r=0,13 p-valor= 0,1439
p6	r=-0,29 p-valor= 0,0012	r=-0,26 p-valor= 0,0035	r=-0,18 p-valor= 0,0495	r=-0,11 p-valor= 0,2266	r=-0,28, p-valor= 0,0017
p7	r=-0,13 p-valor= 0,1669	r=-0,22 p-valor= 0,0137	r=-0,08 p-valor= 0,3930	r=-0,05, p-valor= 0,5927	r=-0,16 p-valor= 0,0839
p8	r=0,01 p-valor= 0,9410	r=0,09 p-valor= 0,2793	r=0,08 p-valor= 0,3787	r=-0,02 p-valor= 0,8074	r=0,4 p-valor= 0,6358
p9	r=-0,04 p-valor= 0,6590	r=-0,09 p-valor= 0,3196	r=0,06 p-valor= 0,5170	r=0,05 p-valor= 0,6148	r=-0,03 p-valor= 0,7218
p10	r=-0,14 p-valor= 0,1169	r=-0,14 p-valor= 0,1322	r=-0,07 p-valor= 0,4277	r=-0,08 p-valor= 0,3748	r=-0,15 p-valor= 0,1107
p11	r=-0,05 p-valor= 0,5779	r=0,05 p-valor= 0,5551	r=0,004 p-valor= 0,9587	r=0,01 p-valor= 0,9331	r=-0,01 p-valor= 0,9225
p12	r=-0,11 p-valor= 0,2417	r=-0,002 p-valor= 0,9748	r=-0,09 p-valor= 0,2775	r=-0,08 p-valor= 0,3739	r=-0,09 p-valor= 0,3332
p13	r=0,12 p-valor= 0,2049	r=0,11 p-valor= 0,2325	r=0,14 p-valor= 0,1360	r=0,14, p-valor= 0,1215	r=0,14 p-valor= 0,1328
p14	r=-0,06 p-valor= 0,5381	r=-0,06 p-valor= 0,4907	r=0,02 p-valor= 0,7973	r=0,05 p-valor= 0,5492	r=-0,03 p-valor= 0,7146