

---

# DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE MEDIDA DE CRENÇAS E ATITUDES DE PACIENTES VALVOPATAS

---

Kátia Melissa Padilha<sup>1</sup>

Maria Cecília Bueno Jayme Gallan<sup>2</sup>

Roberta Cunha Rodrigues Colombo<sup>2</sup>

*Foi objetivo deste estudo verificar a validade de conteúdo e a confiabilidade do instrumento para mensuração das crenças e atitudes dos pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento (Instrumento-CAV). O instrumento foi analisado por três juízes (utilizando critérios pré-determinados) e submetido ao pré-teste (n= 17 sujeitos). A maioria dos itens foi avaliada como pertinente, clara e de significância para a questão analisada. O pré-teste evidenciou a necessidade de pequenas modificações na construção de algumas afirmativas, que otimizaram a compreensão do instrumento pelos pacientes. O instrumento re-estruturado foi aplicado em 46 pacientes para verificação da consistência interna. A totalidade do instrumento e a maioria de suas escalas apresentaram consistência interna satisfatória. Conclui-se que o instrumento é pertinente ao objeto de estudo e internamente consistente, ratificando a adequação de sua aplicação para mensuração da força de associação entre variáveis pesquisadas.*

DESCRITORES: *atitude; validade; doenças das valvas cardíacas*

---

## INTRODUÇÃO

A literatura tem dado destaque à importância do desenvolvimento de métodos que possibilitam medir variáveis em uma área específica de atenção e interesse, tais como variáveis psicossociais<sup>(1)</sup>. Este processo de mensuração permite uma abordagem mais objetiva da informação, além de atribuir uma dimensão quantitativa e, conseqüentemente, a obtenção de informações relativamente precisas<sup>(2)</sup>. Portanto, a utilização de escalas para medir variáveis psicossociais tem se tornado uma prática crescente em estudos científicos contemporâneos.

É concedida atenção especial à utilidade de variáveis psicossociais na identificação do impacto de doenças crônicas na vida de um sujeito. A maneira de que o sujeito percebe a experiência da doença o induz a responder com as técnicas terapêuticas e rituais que considerar adequados. Esta decisão geralmente é construída a partir de experiências passadas, o ambiente social e as características do sujeito, que gradualmente interpreta suas crenças e atitudes sobre fatos, experiências e também sobre a sua doença e tratamento, principalmente com relação à doença<sup>(3)</sup>.

Medir a intensidade das variáveis psicossociais nos permite estimar a magnitude de um ou mais fenômenos na vida do sujeito, e também avaliar a evolução desta intensidade em resposta ao curso da doença ou a uma intervenção específica.

Em geral, com algumas exceções, a doença

cardíaca é caracterizada pela cronicidade – mesmo quando da estabilização clínica, os pacientes com doenças cardíacas têm que lidar com a necessidade de acompanhamento contínuo e com a possibilidade constante de uma nova descompensação ou agudização da situação clínica.

Na literatura existem numerosos estudos sobre as necessidades e cuidados especiais exigidos para pacientes com doenças das válvulas cardíacas submetidos a procedimentos intervencionistas. Apesar da cronicidade da doença, há poucos estudos sobre a experiência do sujeito sobre a doença, seus sintomas e tratamento durante os períodos não relacionados com a intervenção, destacando a ausência de pesquisas realizadas para identificar as crenças e atitudes de pacientes com doenças das válvulas cardíacas sobre sua condição e tratamento<sup>(4-7)</sup>.

Considerando a importância de aprender como os pacientes com doenças das válvulas cardíacas lidam com a doença, foram realizados estudos para verificar as crenças e atitudes destes indivíduos sobre sua doença e tratamento<sup>(8-9)</sup> enquanto eram acompanhados em ambulatorios. A análise destas pesquisas revelou quatro áreas principais de crenças, relacionadas com: a construção de um conceito sobre a doença, o impacto da doença, o impacto do tratamento e a adesão ao tratamento<sup>(10)</sup>.

Como resultado desta análise, conseguimos desenvolver um instrumento capaz de medir objetivamente

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem, e-mail: kapadilha@yahoo.com.br; <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professor Colaborador. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

---

essas crenças e atitudes. A identificação das mais significantes crenças e como estão relacionadas pode fornecer informações importantes para direcionar os esforços de reabilitação e/ou promoção de saúde através de atividades educacionais, além de permitir a avaliação do alcance de mudanças nestes valores em resposta às intervenções educacionais.

Ao construir uma escala para medir um fenômeno qualitativo, o pesquisador deve propor itens que expressem uma visão sobre um assunto, a partir de fundamentos teóricos relacionadas com a mensuração de eventos qualitativos e característicos do objeto de estudo<sup>(11)</sup>. Portanto, através de uma análise global dos dados qualitativos obtidos de estudos anteriores de pacientes com doenças das válvulas cardíacas, desenvolveu-se um instrumento para medir as crenças e atitudes de pacientes com doenças das válvulas cardíacas sobre sua doença e tratamento<sup>(12)</sup>, o instrumento CAV – Crenças, Atitudes e Valores.

Depois da concepção de uma escala de mensuração, deve-se avaliar sua confiabilidade e validade.

A confiabilidade de um instrumento de mensuração constitui um dos principais critérios para avaliar sua qualidade e pode ser definida como o grau de coerência com que o instrumento mede o atributo. Pode ser avaliada através de teste/reteste, que avalia a estabilidade do instrumento; confiabilidade interavaliadores, que avalia a equivalência de mensuração entre diferentes observadores; e através do coeficiente alfa de Cronbach, que avalia a consistência interna<sup>(2,13-14)</sup> e é um dos métodos mais amplamente utilizados para avaliação de confiabilidade.

A validade indica o grau em que um instrumento mede o que pretende medir. Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto. A **validade de conteúdo** avalia o grau em que a amostra constitui uma representação adequada do domínio que deve ser mensurado; **a validade de critério** avalia a capacidade de um instrumento de diferenciar entre os comportamentos de sujeitos com relação a qualquer critério externo, utilizando a análise de correlação para estabelecer estas relações<sup>(2,13-14)</sup>; e o propósito **da validade de construto** é verificar qual construto o instrumento realmente está medindo. Os instrumentos de validade de construto mais amplamente utilizados são: análise da suposta relação teórica entre os construtos e análise fatorial<sup>(2)</sup>.

Efetua-se a validação de conteúdo mediante a avaliação dos itens do instrumento por um grupo de especialistas com experiência anterior ou reconhecida competência atual nas áreas do estudo, denominados juízes. Destaca-se a importância dessa fase no processo de validação da escala na literatura<sup>(2)</sup>, apesar de serem poucos os artigos que oferecem uma descrição detalhada do processo de avaliação dos itens do instrumento por juízes.

Portanto, as perguntas que direcionaram esta pesquisa foram: O Instrumento CAV apresenta validade de conteúdo? Si sua validade for confirmada, a informação coletada é precisa, i.e. o instrumento é confiável?

Na tentativa de responder a essas perguntas, o objetivo deste estudo foi descrever os processos de validação do conteúdo e verificar a confiabilidade do Instrumento CAV.

## METODOLOGIA

Este é um estudo metodológico que pode ser definido como a investigação de métodos para coleta, organização e análise de dados, projetados para a avaliação, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa<sup>(2)</sup>.

### Fase 1: Construção do Instrumento CAV

Depois de uma análise global dos dados qualitativos obtidos através de estudos anteriores<sup>(8-9)</sup>, foi construído um novo instrumento, dividido em grandes itens, no qual os resultados obtidos para pacientes com doenças das válvulas mitral e aórtica foram agrupados lado a lado. Depois, estes resultados foram redistribuídos de acordo com as semelhanças e divergências e suas frequências foram registradas. Os resultados foram classificados 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 na vida do paciente<sup>(15)</sup>.

Os grupos e seus conteúdos serviram de base para a construção de quatro escalas psicométricas, e também das três perguntas fechadas que inicialmente constituíram o Instrumento CAV.

**A1. Mensuração da avaliação do paciente do seu conhecimento sobre a doença.** Nesta parte, pede-

---

se ao paciente avaliar seu conhecimento numa escala Likert de cinco pontos, variando entre (1) *absolutamente nada* e (5)  *muito*.

#### **A2. Mensuração das crenças sobre a doença.**

O objetivo desta escala é medir as crenças dos sujeitos sobre a doença e os cuidados relacionados. Consiste em 14 perguntas, que o paciente pode responder através de uma escala Likert de cinco pontos, variando entre (1) *discorda muito* e (5) *concorda muito*.

**B. Mensuração das crenças sobre o impacto da doença na vida do sujeito.** O propósito desta escala é medir a avaliação do paciente com relação às conseqüências da doença na sua vida, na tentativa de medir indiretamente uma atitude favorável ou desfavorável frente à doença. É constituído por 14 perguntas, que o paciente pode responder através de uma escala Likert de cinco pontos, variando entre (1) *discorda muito* e (5) *concorda muito*.

**C. Mensuração das crenças sobre o impacto do tratamento na vida do sujeito.** Esta escala visa medir (indiretamente) a atitude do paciente frente às conseqüências do tratamento na sua vida, por exemplo, se possui uma atitude favorável (positiva) ou desfavorável (negativa) frente ao tratamento. Consiste em 7 perguntas que o paciente pode responder através de uma escala Likert de cinco itens, variando entre (1) *discorda muito* e (5) *concorda muito*.

**D. Mensuração das crenças sobre a adesão ao tratamento médico:**

**D1:** O objetivo dessa escala é medir a adesão à terapia médica de acordo com o paciente. Portanto, o paciente deve escolher um entre cinco respostas possíveis sobre o uso da medicação nos últimos dois meses: (1) *Não tomei nenhum dos medicamentos prescritos*, (2) *Não tomei alguns dos medicamentos prescritos*, (3) *Não sei como responder*, (4) *Tomei os medicamentos prescritos bastante regularmente* e (5) *Tomei os medicamentos prescritos regularmente*.

**D2:** O objetivo é medir diretamente a atitude do paciente frente ao uso de medicamentos através de uma escala Likert de cinco pontos, variando entre (1) *totalmente desfavorável* e (5) *totalmente favorável*.

**D3:** O objetivo é medir as crenças do sujeito com relação ao uso de medicamentos. Esta escala consiste em 10 perguntas que o paciente pode responder através de uma escala Likert de cinco pontos, variando entre (1) *discorda muito* e (5) *concorda muito*.

Fase 2: Avaliação da Validade de Conteúdo do Instrumento CAV

Para verificar a validade de conteúdo de acordo com as recomendações encontradas na literatura<sup>(16)</sup>, o Instrumento CAV foi avaliado por três juízes (um enfermeiro, um médico e um psicólogo), escolhidos pelos seguintes requisitos:

- Ser um trabalhador de saúde;
- Possuir experiência e reconhecida competência em pelo menos uma das seguintes situações: assistência de enfermagem a pacientes cardíacos; educação em saúde; assistência médica a pacientes cardíacos ou utilização (criação, avaliação, validação) de escalas psicométricas; e
- Aceitar avaliar uma versão piloto do instrumento de coleção de dados.

Para esta avaliação foi criado um instrumento específico que exigiu que todos os itens de cada escala fossem avaliados quanto a sua favorabilidade, clareza e pertinência.

Para avaliar a clareza dos itens, cada juiz atribuiu uma nota entre 1 e 3 (1- *pouco claro*, 2- *relativamente claro*, 3- *muito claro*).

Com relação à avaliação de pertinência, pediu-se que os respondentes avaliassem cada item como *pertinente (P)* ou *não pertinente (NP)*.

Foi solicitado aos juízes escolher entre 5 e 10 itens em cada escala que melhor mediam o construto de interesse, através de uma classificação numérica (1, 2...) de acordo com o grau de importância.

Os juízes também avaliaram cada item da escala, medindo o construto de atitude como favorável (+) ou desfavorável (-) frente ao objeto de análise (doença, tratamento, uso da medicação).

Com vistas à análise das avaliações do Instrumento CAV pelos juízes, os dados foram submetidos ao teste de Friedman, o coeficiente de concordância de Kendall e o coeficiente múltiplo de concordância Kappa. Os itens com análise contraditória foram reestudados e reestruturados ou excluídos.

Finalmente, para confirmar o tratamento de todas as dimensões do construto, solicitou-se aos juízes que incluíssem itens para os construtos avaliados, que foram submetidos à análise pelo pesquisador e adicionados ao grupo inicial de itens quando apropriado.

Depois da análise pelos juízes e a reestruturação,

o instrumento foi aplicado a uma amostra de 17 pacientes para verificar a interpretabilidade e o alcance das instruções, itens e formato da escala.

Após a análise e o pré-test, foram modificadas algumas declarações no instrumento definitivo, excluindo uma delas (item D3.7 da escala D3).

### Fase 3: Avaliação da Confiabilidade do Instrumento CAV

Depois da sua reestruturação de acordo com a análise dos juízes e o pré-test, o instrumento foi aplicado a uma amostra de 46 pacientes sob tratamento na clínica de cardiologia do Hospital Escola da Unicamp. Os dados da amostra foram: média de idade 43,9 ( $\pm$  17,3) anos (idade mínima = 18; idade máxima = 78); 67,4% (31/46) feminina, 63,0% (29/46) casada, com uma média de 5 ( $\pm$  3,6) anos de educação, variando entre zero e 16 anos. Nesta amostra, 52,2% (24/46) dos pacientes somente tinham uma lesão numa única válvula cardíaca, enquanto 19,5% (9/46) tinham dupla lesão e 28,3% (13/46) mais que uma válvula afetada. A média de tempo depois do diagnóstico de doença de válvula cardíaca era 6,9 ( $\pm$  7,2) anos, variando entre zero e 39 anos.

Os dados obtidos através do instrumento CAV foram submetidos à análise descritiva e ao coeficiente alfa de Cronbach para determinar sua confiabilidade.

### Aspectos éticos

O projeto e o termo de consentimento livre e informado, assinado pelo paciente antes do início da entrevista, foram aprovados pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (CEP n. 389/2001).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Validade de conteúdo – análise pelos juízes

Apresentamos agora a análise de acordo com a seqüência de escalas, seguindo os itens avaliados.

**Escala A2** (*Mensuração de crenças sobre a doença*): segundo a avaliação dos juízes, não houve divergências entre os itens com relação à pertinência (teste Q de Cochran, valor de  $p = 0,448$ ), i.e. todos os itens

foram pertinentes apesar de que, de acordo com o coeficiente Kappa, os juízes não concordaram sobre esta análise ( $k = -0,050$ , valor de  $p = 0,63$ ).

No que concerne à clareza, observamos divergências (teste Friedman, valor de  $p = 0,014$ ), o que indica que alguns itens foram considerados não claros (A2.9 e A2.10). A análise do coeficiente de Kendall demonstrou que os juízes concordaram sobre esta avaliação ( $w = 0,682$ ).

Um dos juízes não classificou os itens da escala por grau de importância, o que inviabilizou a análise estatística da pergunta sobre o ordenamento.

Depois da análise, item A2.10 foi modificado de acordo com a seguinte sugestão: substituímos “no meu caso a válvula no está funcionando, acho que tenho propensão a líquido nos pulmões e falta de ar” por “por causa do meu problema posso ficar sem ar”. Por outro lado, apesar da sugestão de substituição do item A.9 “A causa do meu problema foi febre reumática” por “A causa do meu problema é reumatismo do sangue”, essa alteração não foi realizada porque todos os pacientes entrevistados compreenderam o termo febre reumática.

Mesmo que os juízes tenham avaliado item A.12 como claro, o modificamos porque o uso de frases negativas interfere com a formulação da resposta do paciente. Subseqüentemente efetuamos a seguinte mudança: “Acho que não preciso de qualquer cuidado alimentar especial” foi substituído por “Acho que preciso de cuidado alimentar especial”.

**Escala B** (*Mensuração de crenças sobre o impacto da doença na vida do sujeito*): Com relação a favorabilidade, observamos divergência entre os juízes, i.e. existem itens favoráveis (B1, B3, B6 e B9) e desfavoráveis (B2, B4, B5, B7, B8, B10, B11, B12, B13, B14) (Caixa 1) (valor de  $p = 0,002$  teste Q de Cochran). Nesta avaliação, verificamos que os juízes concordaram ( $k = 0,767$ , valor de  $p = 0,0001$ ).

Não foi observada nenhuma diferença entre os itens (valor de  $p = 0,448$ , teste Q de Cochran) no que concerne à *pertinência*, i.e. todos foram avaliados como pertinentes. A análise do coeficiente Kappa revelou discordância entre os juízes ( $k = -0,1351$ , valor de  $p = 0,81$ ).

Confirmamos que não houve diferenças entre os itens relacionados à clareza (valor de  $p = 0,448$ , teste de Friedman), mesmo que tenha ocorrido discordância parcial entre os juízes de acordo com a análise do coeficiente

Kendall ( $w = 0,333$ ).

Portanto, visto que foi avaliada como pertinente e clara, sem exceções e com boa compreensão dos pacientes no pré-teste, não efetuamos alterações na escala B. A desproporção entre as crenças favoráveis e desfavoráveis foi devida à dificuldade em encontrar frases que não modificavam a idéia obtida de estudos anteriores<sup>(1-2)</sup>, além de serem compreendidas pelos pacientes e evitar frases negativas. Desta maneira, prevaleceram as crenças desfavoráveis.

Tabela 1 - Avaliação da favorabilidade de crenças relacionadas ao impacto da doença na vida do sujeito

Crenças favoráveis	Crenças Desfavoráveis
B1 Depois de contrair a doença, tenho cuidado mais da minha saúde..	B2 Por causa da doença, fiquei dependente de outras pessoas.
B3 Desde que contrai a doença, minha família tem se preocupado comigo.	B4 Por causa deste problema, não posso trabalhar tanto quanto costumava.
B6 Aceito meu problema de coração.	B5 Agora me sinto muito irritado e nervoso por causa do problema.
B9 A doença não interferiu na minha vida sexual.	B7 Me sinto muito ansioso depois de ficar doente.
	B8 Agora sempre tenho medo de que algo ocorra.
	B9 Comecei a ter problemas de sono depois de ficar doente.
	B10 Agora está muito difícil fazer o serviço doméstico
	B11 Muitas vezes sinto que estou sem ar.
	B12 Me sinto muito cansado.
	B13 Tenho sensações de tontura.

**Escala C** (*Mensuração de crenças sobre o impacto do tratamento na vida do sujeito*): no que concerne a favorabilidade, observamos que os juízes avaliaram que existiam diferenças entre os itens, i.e. existem pontos favoráveis (C1, C5 e C6) e desfavoráveis (C2, C3, C4 e C7) (Tabela 2), (valor de  $p = 0,014$ , teste Q de Cochran). Houve concordância entre os juízes nesta avaliação ( $k = 0,351$ , valor de  $p = 0,0114$ ).

Na questão de pertinência, não houve divergências entre os itens (valor de  $p = 0,423$ , teste Q de Cochran), i.e. todos os itens foram avaliados como pertinentes, apesar de que os juízes não concordaram conforme demonstrado pela análise do coeficiente múltiplo kappa ( $k = 0,255$ , valor de  $p = 0,9510$ ).

Com relação à *clareza* da escala C, não observamos divergências entre os itens (valor de  $p = 0,423$ , teste de Friedman). A análise do coeficiente Kendall revelou a discordância parcial entre os juízes sobre esta avaliação ( $w = 0,333$ ). Portanto, não foi efetuada nenhuma alteração nesta escala.

Tabela 2 – Avaliação da favorabilidade de crenças sobre o impacto do tratamento na vida do sujeito.

Crenças favoráveis	Crenças Desfavoráveis
C1 Voltei ao meu emprego regular.	C2 Me sinto melhor.
C5 Agora como melhor.	C3 Agora aceito a doença.
C6 Voltei a dormir melhor.	C4 Me irrita porque tenho que vir ao hospital com frequência.
	C7 Me incomoda ser obrigado a tomar medicamentos

**Escala D3** (*Crenças sobre o uso de medicamentos*): observamos divergências entre os itens com relação a *favorabilidade*, i.e. existiam itens favoráveis (D3.3 e D3.10) e desfavoráveis (D3.2, D3.4, D3.5, D3.6 e D3.9) (Caixa 3) (valor de  $p = 0,014$ , teste Q de Cochran). Houve concordância entre os juízes sobre esta avaliação ( $k = 0,417$ , valor de  $p = 0,0035$ ).

Não observamos diferença entre os itens no que concerne à pertinência (valor de  $p = 0,423$ , teste Q de Cochran), i.e. todos foram avaliados como pertinentes. A análise do coeficiente kappa demonstrou discordância entre os juízes ( $k = -0,283$ , valor de  $p = 0,9668$ ).

Deve-se notar que um dos juízes não avaliou a favorabilidade e pertinência dos itens D3.1, D3.7 e D3.8. De acordo com este juiz, estes itens estão relacionados com o paciente e não expressam uma crença ou sensação. Portanto, estes itens não foram incluídos na análise estatística.

Não foram notadas diferenças entre os itens com relação à *clareza* (valor de  $p = 0,132$ , teste de Friedman) e os juízes concordaram sobre esta análise (coeficiente Kendall  $W = 0,509$ ).

Apesar de que a avaliação dos juízes foi considerada positiva no que concerne à pertinência e clareza das frases, aceitamos uma sugestão feita por dois deles para esclarecer algumas frases. Subseqüentemente, estes itens foram alterados da seguinte maneira: D3.1 – de “Às vezes esqueço de tomar meus remédios” para “Acho desagradável lembrar o horário de tomar meus remédios”; D3.7 – excluído; D3.8 – de “Consegui adaptar o uso de medicamentos a minha rotina” para “Consegui incluir o uso de medicamentos em minha rotina diária”; e item D3.9 – de “Não sinto os efeitos negativos dos medicamentos” para “Acho que o uso de medicamentos possa causar efeitos negativos”. Mesmo que um dos juízes tenha avaliado os itens D3.1 e D3.8 como mais relacionados ao comportamento do paciente com relação aos medicamentos, sem expressar crenças ou sentimentos sobre o assunto, mantivemos os itens, já que tinham sido relatados significativamente em estudos

anteriores<sup>(1-2)</sup>.

Tabela 3 – Avaliação dos juízes sobre a favorabilidade das crenças sobre o uso de medicamentos

Crenças Favoráveis	Crenças Desfavoráveis
D3.3 Acho que os medicamentos são necessários. D3.10 Me sinto melhor tomando os medicamentos prescritos.	D.2. Acho que o médico prescreve muitos medicamentos. D.3.4. Os medicamentos são muitos caros e muitas vezes não posso comprá-los. D3.5. Me sinto mal quando tomo os medicamentos. D3.6. Acho que usar muitos medicamentos debilita o organismo. D3.9. Acho que o uso de medicamentos pode causar efeitos negativos.

#### Resultados do teste do coeficiente $\alpha$ de Cronbach

Para quantificar a consistência interna entre os itens de uma mesma escala do instrumento, calculamos o  **$\alpha$  de Cronbach**. Este coeficiente mede a correlação entre cada um dos subitens e o número total de itens sobre aquela seção para cada paciente. Valores acima de 0,80 indicam alta consistência interna e sugerem que o instrumento possa ser aplicado em outras pesquisas. Se o instrumento tiver sido construído somente para a pesquisa em curso, valores acima de 0,60 indicam a precisão intra-individual<sup>(10)</sup>.

As escalas do instrumento CAV precisam de um coeficiente  $\alpha$  em torno de 0,60 para confirmar sua consistência interna, já que o único objetivo é a aplicação a pacientes com doenças de válvula cardíaca sob tratamento no Hospital Escola da Unicamp.

O valor de  $\alpha$  alcançado na análise do instrumento global ( $\alpha=0,70$ ) indica nível satisfatório de consistência interna.

Por outro lado, a análise separada das escalas demonstrou que os itens das escalas B e D apresentaram respostas com alta consistência interna, enquanto as escalas A e C alcançaram um valor abaixo do esperado.

A escala A obteve um valor adequado de  $\alpha$  (0,60) quando removemos cinco itens, que foram considerados como crenças ou conceitos errados sobre a doença numa análise posterior. Os itens restantes, que foram

consistentes, diziam respeito a crenças corretas. Depois, redistribuímos as frases em duas novas escalas: **A2–I Crenças inadequadas sobre a doença** e **A2–II Crenças adequadas sobre a doença**. A escala A2–I alcançou um  $\alpha$  de 0,51, demonstrando consistência entre as crenças inadequadas também.

A retirada dos itens da escala C não resultou em nenhuma melhoria significativa do valor de  $\alpha$ , demonstrando a alta variabilidade nas respostas dos pacientes aos itens desta escala.

A escala C, que mede o impacto do tratamento na vida do sujeito, obteve valores de  $\alpha$  extremamente baixos, sem aumento significativo depois da retirada de alguns itens. A escala será mantida na sua forma atual para a continuação do estudo, aumentando o tamanho da amostra para verificar se a alta variabilidade das respostas persistirá na amostra maior. Se a alta variabilidade das respostas se mantiver, será interessante analisar os fatores que contribuem para este fato, tais como a formulação inadequada ou não-representativa das crenças na população analisada ou a criação de uma maneira de perceber totalmente individual desse impacto, que resulta numa alta variabilidade das respostas e, conseqüentemente, em valores baixos de  $\alpha$ .

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos através deste estudo levaram à conclusão de que a maioria das crenças que compõem o instrumento CAV foi avaliada como pertinentes, claras e relevantes para a questão analisada. As sugestões recebidas propiciaram a reestruturação do instrumento e a classificação dos itens como favoráveis/desfavoráveis – uma definição essencial para a análise estatística posterior. Submetemos o instrumento CAV ao processo inicial de validação, demonstrando uma consistência interna satisfatória.

Deve-se aumentar o número de sujeitos para confirmar a consistência interna e implementar os passos seguintes do processo de validação, i.e. para verificar a validade de constructo e iniciar os testes de correlação e comparação entre as variáveis estudadas.

## REFERÊNCIAS

1. Dela Coleta MF. O modelo de crenças de saúde: uma aplicação a comportamento de prevenção e controle de doença cardiovascular. [dissertação]. Brasília (DF): Instituto

de Psicologia/UnB; 1995.

2. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.

3. Laplantine f. Antropologia da doença. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1991.

- 
4. Troein M, Rastam L; Selander S. Changes in health beliefs after labeling with hypercholesterolaemia. *Scand J Public Health* 2002; 30(1):76-9.
  5. Krummel DA, Humphries D, Tessaro I. Focus groups on cardiovascular health in rural women: implication for practice. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34(1):38-46.
  6. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *ACP J Club* 1996 nov-dez; 125(3):76.
  7. Mirotznik J, Feldman L, Stein R. The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. *J Community Health* 1995 jun; 20(3):233-47.
  8. Kubo KM, Colombo RCR, Gallani MCBJ, Noronha R. Valvopatia mitral: proposta de assistência de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio; 9(3):33-43.
  9. Kubo KM, Gallani MCBJ, Colombo RCR, Noronha R. Valvopatia aórtica: levantamento de subsídios para proposta de assistência de enfermagem ambulatorial. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 setembro-Outubro; 9(5):55-62.
  10. Padilha KM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Crenças e atitudes de pacientes valvopatas sobre sua doença e tratamento. [monografia]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2001.
  11. Pereira JCR. Análise de Dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo (SP): EDUSP; 1999.
  12. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
  13. Thompson DR, Meadows KA, Lewin RJP. Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1998; 19:693-5.
  14. Rukholm E, McGirr M. A quality-of-life index for clients with ischemic heart disease: establishing reliability and validity. *Rehabil Nurs* 1994; 19(1):12-6.
  15. Gallani MCBJ, Padilha KM, Colombo RCR, Noronha R. 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* 2000 maio-junho; 10(3 Supl B):55.
  16. LoBiondo\_Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
  17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16:297-334.