



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIZA SILVA DE OLIVEIRA

**AUTOCUIDADO DA MULHER NA REABILITAÇÃO DA
MASTECTOMIA: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA**

FORTALEZA

2006

MARIZA SILVA DE OLIVEIRA

AUTOCUIDADO DA MULHER NA REABILITAÇÃO DA
MASTECTOMIA: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA

Dissertação submetida à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes

FORTALEZA

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UFC**

O48v Oliveira, Mariza Silva de

Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa/ Mariza Silva de Oliveira. – Fortaleza, 2006.

114 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Fátima Carvalho Fernandes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Departamento de Enfermagem.

1. Estudos de Validação. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Neoplasias Mamárias. 5. Tecnologia Educativa. 6. Material Didático. I. Título.

CDD 616.99249

MARIZA SILVA DE OLIVEIRA

AUTOCUIDADO DA MULHER NA REABILITAÇÃO DA
MASTECTOMIA: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA

Dissertação submetida à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - área de concentração Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Data da aprovação: 28/08/2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dr^ª. Namiê Okino Sawada
Universidade de São Paulo – USP

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof^ª. Dr^ª. Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso
Universidade Federal do Ceará – UFC

Dedico este trabalho às mulheres portadoras de câncer de mama e aos enfermeiros. Que este estudo seja uma ferramenta útil aos profissionais com vistas à melhora na qualidade de vida das mulheres sob seus cuidados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita bondade e por todas as graças que me tem concedido.

Aos meus pais, Sebastião e Adélia,

por terem me dado a vida, a capacidade e a força de vontade para vencer.

Aos meus irmãos, Marcos, Marta, Mauri e Maurício,

por me estimularem no aprimoramento pessoal e profissional.

Ao meu noivo, Anderson Cleyton Lima,

pela paciência, apoio e companheirismo em todos os momentos dessa caminhada.

À minha família,

Pela contribuição para essa conquista.

À minha orientadora e mestra Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes,

por todos os ensinamentos, compreensão e respeito, pelo apoio e amizade durante esta jornada e, sobretudo, por ter acreditado no meu potencial.

Às amigas Izabel Cristina, Ana Roberta, Saiwori Bezerra e Míria Lavinias,

pelo incondicional companheirismo durante esta jornada, pelo incentivo, estímulo e amor.

Aos colegas do mestrado,

pelo amadurecimento e conhecimentos trocados durante nosso convívio.

Aos profissionais colaboradores que participaram como juízes desta pesquisa,

pela valiosa colaboração e disposição, auxiliando-me com sua experiência e sabedoria.

Às mulheres mastectomizadas,

pela confiança e experiências vivenciadas ao longo desses cinco anos de convivência.

Ao Projeto Saúde da Mulher,

pelo aprendizado e crescimento na área da pesquisa.

À CAPES e ao LabCom_Saúde, pelo apoio financeiro.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização de mais essa etapa na minha vida,

Muito obrigada.

Uma visão sem uma tarefa é apenas um sonho. Uma tarefa sem uma visão é somente um trabalho árduo. Mas, uma visão com uma tarefa pode mudar o mundo

(Mont Abu)

RESUMO

As tecnologias educativas merecem discussão e reflexão quanto à sua validação e implementação na prática assistencial. A reabilitação com o auxílio de tecnologias educacionais pode ser bastante eficaz, pois motiva a mulher a se cuidar e adquirir conhecimentos necessários e adequados para serem adotados na efetividade do seu autocuidado. Objetivou-se validar um manual educativo direcionado para a promoção do autocuidado de mulheres mastectomizadas, identificar aspectos que podem ser aperfeiçoados e/ou modificados e avaliar o manual educativo proposto quanto à legibilidade e validade de conteúdo e de aparência. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico. O referencial teórico-metodológico foi adotado com base nos critérios do modelo de Pasquali (1998) composto por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos. Como se trata de um manual educativo, usou-se apenas os procedimentos teóricos. A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2006 em dois momentos metodológicos. Primeiro, a avaliação dos quatorze juízes-especialistas (profissionais); segundo, a análise semântica de nove mulheres mastectomizadas escolhidas conforme critérios preestabelecidos para ambos. Os dados foram extraídos por meio de questionários individuais na forma de escala Likert com itens distribuídos em três blocos de análise. Os dados receberam tratamento descritivo, sendo calculada a adequação da representação comportamental dos itens, a correlação linear de Pearson dos itens avaliados pelos juízes e a avaliação do Índice de Legibilidade de Flesch do material (ILF), utilizando o Revisor Gramatical Automático para Português (ReGra). Na validação de aparência, os juízes-especialistas sugeriram várias alterações, mas houve tendência dos juízes optarem pelas respostas em concordância. A maioria das respostas ficou entre totalmente adequado (142) e adequado (120), não havendo indicação significativa de discordância, pois dos 22 itens e das quatro opções de respostas, apenas cinco itens obtiveram escores inadequados. Quanto à adequação comportamental dos 22 itens, quatorze atingiram a meta proposta de 80% de concordância entre os juízes, quatro tiveram índices limítrofes e quatro tiveram índices abaixo do parâmetro adotado. Na correlação linear de Pearson, os avaliadores analisaram alguns itens de forma linearmente dependente uns com os outros, a indicar que o instrumento de avaliação quanto aos aspectos referentes ao manual está adequado. Quanto à análise semântica, 114 respostas ficaram em totalmente adequado e 114 em adequado. Nesse grupo não houve indicação significativa de discordância, pois dos 26 itens e das quatro opções de respostas, apenas um item obteve escore inadequado. Em relação ao ILF, os resultados variaram de 43 a 64, ou seja, leitura fácil e difícil, apropriado para o ensino fundamental completo ou médio incompleto. Conclui-se que o manual educativo é um recurso que pode ser usado de forma positiva no processo de reabilitação da mastectomizada caso as mensagens sejam apreendidas por ela; os profissionais devem considerar a escolaridade e habilidade de leitura do paciente, pois a leitura é um processo complexo e a compreensão de textos envolve questões relacionadas ao leitor e à sua interação. Espera-se que a aplicação do conhecimento adquirido nesse estudo proporcione impactos positivos para a enfermagem e para a saúde da mulher mastectomizada e garanta-lhe melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Estudos de validação; Cuidados de enfermagem; Neoplasias mamárias; Tecnologia educativa; Material didático.

ABSTRACT

The educative technologies deserve quarrel and reflection how much to its validation and implementation in the practical assistencial. The rehabilitation with the aid of educational technologies can be sufficiently efficient, therefore it motivates the woman if to take care and to acquire knowledge necessary and adequate to be adopted in the effectiveness of its self care one. It was objectified to validate a directed educative manual for the promotion of the self care of mastectomizadas women, to identify aspects that can be perfected e/or modified and to evaluate the educative manual considered how much to the legibility and validity of content and appearance. One is about a research of methodological development. The referencial theoretician-methodological was adopted on the basis of the criteria of the model of Pasquali (1998) composed for three sets of procedures: theoreticians, empiricists and analytical. As one is about an educative manual, one used only the theoretical procedures. The collection of data was carried through of April the June of 2006 at two methodological moments. First, the evaluation of the fourteen judge-specialists (professional); second, the analysis semantics of nine mastectomizadas women chosen as criteria preset for both. The data had been extracted by means of individual questionnaires in the form of Likert scale with item distributed in three blocks of analysis. The data had received treatment descriptive, being calculated the adequacy of the manning representation of the item, the linear correlation of Pearson of the item evaluated for the judges and the evaluation of the Index of Legibility of Flesch of the material (ILF), using the Automatic Grammatical to Revise for Portuguese (ReGra). In the appearance validation, the judge-specialists had suggested some alterations, but it had trend of the judges to opt to the answers in agreement. The majority of the answers was enters total adequate (142) and adequate (120), not having significant indication of discord, therefore of the 22 item and the four options of answers, but five item had gotten you prop up inadequate. How much to the manning adequacy of the 22 item, fourteen had reached the goal proposal of 80% of agreement between the judges, four had had bordering indices and four had had indices below of the adopted parameter. In the linear correlation of Pearson, the appraisers had analyzed some item of form linearly dependent ones with the others, to indicate that the evaluation instrument how much to the referring aspects to the manual is adjusted. How much to the analysis semantics, 114 answers had been in total adequate and 114 in adequate. In this group it did not have significant indication of discord, therefore of the 26 item and the four options of answers, but an item got props up inadequate. In relation to the ILF, the results varied of 43 the 64, that is, easy and difficult reading, appropriate for education basic complete or incomplete mdium. One concludes that the educative manual is a resource that can be used of positive form in the process of rehabilitation of the mastectomizada case the messages is apprehended by it; the professionals must consider the instruction level and ability of reading of the patient, therefore the reading is a complex process and the understanding of texts involves questions related to the reader and its interaction. One expects that the application of the knowledge acquired in this study provides positive impacts for the nursing and the health of the mastectomizada woman and it guarantees to it quality to of life better.

Palavras-chave: Validation studies; Nursing care; Breast neoplasms; Technology educative; Didactic.material.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1- Esquema da arquitetura do ReGra	23
Figura 2- Organograma para elaboração de medida psicológica	36
Gráfico 1- Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão objetivos do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006	82
Gráfico 2- Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão estrutura e apresentação do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006	84
Gráfico 3- Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão relevância do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006	86

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Distribuição da idade dos juízes-especialistas segundo a profissão. Fortaleza-CE, 2006	67
Tabela 2- Distribuição dos juízes-especialistas segundo o tempo de formação (anos) e respectiva profissão. Fortaleza-CE, 2006.....	68
Tabela 3- Distribuição dos juízes-especialistas segundo o tempo de trabalho (anos) e respectiva profissão. Fortaleza-CE, 2006	68
Tabela 4- Distribuição dos juízes-especialistas segundo a profissão e a titulação. Fortaleza-CE, 2006	69
Tabela 5 – Distribuição das frequências absolutas dos escores obtidos dos juízes-especialistas segundo os itens objetivos, estrutura e apresentação e relevância do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006	76
Tabela 6- Índices percentuais de concordância segundo a avaliação do conteúdo dos juízes-especialistas, na versão do instrumento piloto do manual. Fortaleza-CE, 2006.....	81
Tabela 7 – Distribuição dos escores obtidos das mulheres mastectomizadas segundo os itens objetivos, organização, estilo da escrita, aparência e motivação do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006.....	87
Quadro 1- Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade Flesch	21
Quadro 2 - Critérios de escolha para composição do comitê de validação da tecnologia educativa. Fortaleza-CE, 2006.....	53
Quadro 3 - Demonstrativo pessoal e profissional dos juízes-especialistas que analisaram o material educativo proposto. Fortaleza-CE, 2006	66
Quadro 4 - Demonstrativo das mulheres mastectomizadas que participaram do processo de validação do material educativo proposto. Fortaleza-CE, 2006.....	70
Quadro 5 - Resumo dos tópicos avaliados pelos pelos juízes-especialistas, problemas identificados e respectivas mudanças sugeridas e acatadas conforme a avaliação do manual. Fortaleza - CE, 2006	72
Quadro 6 - Demonstrativo do cálculo do Índice de Legibilidade de Flesch (ILF) segundo a seqüência dos tópicos apresentados no manual educativo após o processo de validação de conteúdo e de aparência. Fortaleza-CE, 2006	89

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

RESUMO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	O encontro com a temática e a construção do objeto de estudo	14
1.1.1	Validação: conhecendo os métodos usados	17
1.1.2	Tecnologia educativa em enfermagem como proposta de cuidado	23
1.1.3	O universo da mulher mastectomizada	26
2	OBJETIVOS	31
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
3.1	Psicometria	32
3.2	Pólo teórico	37
3.3	Pólo empírico (experimental)	42
3.4	Pólo analítico (estatístico)	42
4	CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	47
4.1	Caminhar metodológico	47
4.2	Validação do instrumento segundo o modelo de Pasquali (1998)	48
4.2.1	Pólo teórico	49
4.2.2	Análise dos juízes	52
4.2.3	Análise semântica	55
4.3	Material educativo a ser validado	57
4.4	Técnica de coleta de dados	60
4.4.1	Questionário de coleta de dados	60
4.5	Estudo piloto	62
4.6	Organização e análise dos dados	62
4.7	Aspectos éticos da pesquisa	63
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5.1	Caracterização dos participantes da pesquisa	65
5.2	Validação de aparência do instrumento	72
5.2.1	Acatando as sugestões dos juízes	72
5.3	Validação do conteúdo do instrumento	75

5.3.1 Avaliação dos juízes	75
5.3.2 Análise semântica segundo as mulheres mastectomizadas	87
5.4 Índice de Legibilidade de Flesh	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7 REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	102

1 INTRODUÇÃO

1.1 O encontro com a temática e a construção do objeto de estudo

Uma das questões de grande relevância na área da saúde da mulher é a relacionada à problemática do câncer de mama, visto ser a maior causa de óbitos por câncer na população feminina. Embora seu prognóstico esteja mudando em decorrência de avanços no diagnóstico e tratamento, as respostas das mulheres à possível doença incluem fatores de ordem física, psíquica e social. Isto lhes exige incalculável esforço com vistas ao processo de enfrentamento e reabilitação para o qual ainda não estão preparadas.

Conforme demonstram algumas pesquisas com pacientes diagnosticadas com câncer de mama, tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas seqüelas são muito estressantes para a mulher. Em seu estudo, segundo afirma Segal (1994), essa doença provoca alterações no universo biopsicossocial da mulher acometida, sobretudo se há a retirada da mama, a qual pode ocasionar vários danos. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual. Esta, portanto, torna-se uma fase limitante e de difícil adaptação.

Diante dos riscos de complicações que a mulher mastectomizada poderá vir a sofrer na sua saúde, justifica-se o planejamento de estratégias de cuidado fundamentadas em princípios científicos com o uso de mecanismos no intuito de os indivíduos serem motivados a se cuidar e a encontrar nos profissionais de saúde, principalmente no enfermeiro, soluções para os problemas em potencial.

De acordo com estudo voltado a analisar as oportunidades e as vontades das mulheres no pós-operatório de câncer de mama, apesar de sua determinação em tomarem parte no autocuidado, existem dificuldades a serem superadas, em especial, as referentes à pouca informação e suporte profissional nesse aspecto, o que leva a crer que o sistema de saúde não apóia, suficientemente, a recuperação da paciente (SUOMINEN, 1992).

Assim, ao repensar a prática da enfermagem oncológica na área da mastologia e as lacunas deixadas no processo de cuidado, percebe-se que conteúdos de estudos preexistentes poderiam ser contemplados em uma formulação mais ampla capaz de ajudar a direcionar a prática da enfermagem a atuar de modo mais efetivo em relação às mulheres mastectomizadas. Essa necessidade é enfatizada por Fernandes e Mamede (2003) ao afirmar que as mulheres têm buscado tanto formas individuais quanto coletivas de enfrentar a doença, dando uma idéia de que seus padrões de comportamento estão relacionados à maneira como compreendem o processo de adoecer.

Em face desta lacuna, o estudo ora desenvolvido baseia-se na elaboração de um manual de orientação a mulheres mastectomizadas como instrumento de orientação. Para Ferreira (1999, p. 1084), manual é “um pequeno livro com noções essenciais acerca de uma ciência ou técnica”. A utilização dessa estratégia como instrumento de apoio terapêutico fundamentado em termos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, objetiva promover a saúde e a reinserção social das mulheres mastectomizadas e, ao mesmo tempo, melhorar-lhes a qualidade de vida.

Essa estratégia justifica-se na implementação de práticas alternativas de saúde, visando facilitar o processo de socialização de informações direcionadas sobre a doença e, assim, dar visibilidade à dimensão do problema que o câncer de mama, em mulheres, representa para a saúde pública no país e o quanto os profissionais podem fazer para reverter a atual situação de morbidade e mortalidade dessa doença. É na utilização dessa estratégia que o enfermeiro aplicará, na sua prática, intervenções efetivas e científicas situadas no âmbito de resolução da enfermagem para se tornarem ações independentes.

Meu contato inicial com a temática câncer deu-se no ano 2000, quando, por interesse em trabalhar na área da oncologia e da saúde da mulher, ingressei no Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Durante o primeiro ano, participei como voluntária e depois como bolsista do Programa de Iniciação Científica. Desde o ingresso, desenvolvi trabalhos de pesquisa e extensão que possibilitaram o contato com a mulher acometida de câncer. O primeiro trabalho

na condição de pesquisadora teve como tema *Câncer de colo uterino e seu processo de adoecer*, publicado anos depois (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005).

No mesmo ano, iniciei a participação no Grupo de Ensino Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada (GEPAM), onde estabeleci o primeiro contato com mulheres que vivenciaram o câncer de mama. Desde então, o interesse e a afinidade se ampliaram, dando fruto a vários estudos e atividades desenvolvidas com o grupo, como: oficinas da mama e do colo uterino, palestras sobre doenças crônicas e cursos de artesanato.

Nos estágios curriculares e extracurriculares na unidade de internação de um hospital de referência em oncologia, realizei um estudo sobre as orientações dadas durante o período pré-operatório de cirurgia mamária. Conforme detectado no mencionado estudo, 70% das mulheres não receberam a visita pré-operatória por um profissional. Contudo, a mulher submetida a mastectomia depende de uma rede de suporte para o enfrentamento da sua nova condição e para isso sente a necessidade de se manter informada a respeito dos cuidados indispensáveis depois da cirurgia para se tornar agente ativa no processo de reabilitação (OLIVEIRA; FERNANDES; MELO; BARBOSA, 2005).

Após essa experiência no ambiente hospitalar e a vivência de quatro anos no GEPAM, percebi o quanto a mulher é desinformada em relação à sua doença, ao processo de reabilitação e à promoção da sua saúde. Apesar de existirem alguns manuais destinados à orientação (AVELAR; SILVA, 2000; MAMEDE et al., 1999; MARQUES, 2000; VOLPE, 2000; SANTOS et al., 2001; INCA, 2002), a realidade encontrada mostra que a prática da enfermagem exige intervenções inovadoras e efetivas.

A partir dessa experiência, passei a refletir sobre como poderia contribuir, no contexto do processo de cuidar, para a promoção da saúde em termos de recuperação e sobrevida dessas mulheres após a mastectomia. Decidi-me, então, por trabalhar com métodos técnico-científicos e informativos/educativos capazes de lhes proporcionar melhorias na sua qualidade de vida, baseada em informações claras sobre o assunto. Assim, em 2004, quando da elaboração da monografia de conclusão de curso, optei pela produção de um manual educativo com instruções básicas para mulheres mastectomizadas (APÊNDICE A) (OLIVEIRA, 2004). O processo de criação foi embasado nos pressupostos de Nietzsche (2000)

segundo os quais a produção do cuidado requer tecnologias que sejam os seguintes aspectos pensados e projetados: o reconhecimento de um problema prático; a formulação do problema; a busca de princípios científicos que o apoiem; o desenho do artefato ou processo com base nos princípios; o protótipo para ser experimentado e a avaliação do resultado obtido (NIETSCHE; DIAS; LEOPARDI, 1999).

Ao ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem, minha pretensão foi dar continuidade ao processo de construção da tecnologia educativa criada, validando o manual perante profissionais e mulheres mastectomizadas para, posteriormente, usá-lo na prática da enfermagem como subsídio para promover uma reabilitação saudável das mastectomizadas. A meu ver, este é um recurso essencial para a o autoconhecimento dessas mulheres sobre o câncer de mama e poderá ser de extrema utilidade na sua recuperação e retorno às atividades cotidianas.

1.1.1 Validação: conhecendo os métodos usados

Validade, segundo Ferreira (1999), é a qualidade ou condição de válido, validabilidade, legitimidade, valência, valimento, valor. Qualidade do que é válido em todas as acepções. Validação ainda para este autor é o ato ou efeito de validar-se, dar validade, tornar válido. Tornar legítimo ou legal, legitimar, fazer-se válido.

O conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir (NUNNALLY, 1967; KEEVES, 1990). Assim, quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas sim o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado (KERLINGER, 1980; KEEVES, 1990; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Contudo, a determinação da validade é facilitada quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma dada questão da pesquisa. A convergência de resultados, obtidos quando do uso de variadas técnicas, possibilita aumento da confiabilidade e validade

dos achados do estudo e sua utilização na prática, pois eles se encontram solidamente apoiados em evidências (WALTZ; BAUSELL, 1981; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade relaciona-se às propriedades de medida de um instrumento. Um instrumento é considerado válido quando de fato mede o construto que se propõe (MC DOWELL; NEWELL, 1996; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Conseqüentemente, ao se medir comportamentos que são representações de traços latentes, se estará medindo o próprio traço latente (PASQUALI, 2001). A tarefa não é simples, mas necessária, pois a ausência de estudos que evidenciem a validade impede o reconhecimento científico do instrumento.

Há várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento. De modo geral, a história do parâmetro de validade corresponde a três períodos. Em cada um deles há predominância de um dos tipos atuais conhecidos de validade, expresso sobre o modelo trinário: a validade de conteúdo, de critério e de construto (PASQUALI, 1997).

De acordo com Cassiani (1987), a validade de conteúdo refere-se ao grau no qual os itens do instrumento representam adequadamente o conteúdo; a validade de critério corresponde ao grau no qual os escores do instrumento se correlacionam com algum critério externo, e a validade de construto ao grau no qual um instrumento mede este mesmo construto sob investigação.

Neste estudo, optou-se por trabalhar a validação de conteúdo e de aparência, com base no descrito por Williamson (1981), Cassiani (1987) e Pasquali (1997).

Como proposto por Menezes (2002), a validade de conteúdo refere-se ao julgamento de medida quanto à abrangência com que abarca os diferentes aspectos do seu objetivo. Já na opinião de Duarte (2001), esta é a determinação da capacidade dos itens de representar adequadamente as dimensões do conteúdo a que se destina. Entretanto, segundo considera este autor, este tipo de validade não pode ser definitivamente comprovado por ser um contínuo processo de compreensão do construto apresentado, onde, por meio de diferentes testes, novas predições poderão ser feitas e deverão ser testadas.

Em estudo realizado por Noronha et al. (2003) sobre as propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência, a validade de construto, conforme esperado, foi a mais freqüente, pois, de acordo com Pasquali (1999), esse tipo de validade pode ser considerado primordial, porquanto confirma ou rejeita os pressupostos teóricos eleitos para a construção do instrumento.

Ainda sobre a validade de conteúdo, Cassiani (1987) afirma que esse método é baseado, necessariamente, no julgamento. Desse modo, não há meios objetivos de assegurar a cobertura adequada do conteúdo de um instrumento. Para esse julgamento, é chamado um grupo de juízes ou peritos com experiência na área de conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e verificar se eles representam adequadamente o universo hipotético em proporções corretas. Portanto, eles devem julgar se o conjunto dos itens é abrangente e representativo do conteúdo em foco, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que deseja medir. O pesquisador deve determinar, *a priori*, o número de validadores e a porcentagem de concordância esperada para se poder decidir sobre o destino de cada item. É também necessário instruir os validadores sobre como devem proceder à validação (processo de testar a validade de um instrumento), fornecendo-lhes um formulário próprio para registro de seus julgamentos.

O outro aspecto importante é enfatizado por Machado (2000). Segundo ele refere, o ponto central de validade de construto é sua preocupação com a teoria. Não se trata, portanto, simplesmente de validar um teste, mas sim de validar a teoria que dá sustentação ao teste.

Quanto à validade aparente, ou de face, consoante relatado por Williamson (1981), esta também é uma forma subjetiva de validar o instrumento, pois consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento.

A validade aparente ou de face é uma validação subjetiva que verifica a evidência superficial da integridade da medida que o instrumento se propõe mensurar. Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento. Por conseguinte,

não deve ser usada como um critério isolado, pois neste tipo de validade não são conferidas propriedades de medida (PASQUALI, 1997).

Além desses tipos, usou-se também como uma forma de validação o Índice de Legibilidade de Flesh (ILF) adaptado para a língua portuguesa por Martins et al.(1996).

O conceito do mencionado índice originou-se dos trabalhos de Flesch em 1948, que o desenvolveu e passou a utilizá-lo na língua inglesa (NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2006).

Como afirmam Moreira e Silva (2005), o Índice de Legibilidade (IL) de um texto é um fator importante para a compreensão do paciente. Levar em conta a adequação do referido índice na elaboração e seleção do material impresso certamente determinará resultados mais positivos para o paciente, traduzidos em melhor controle da saúde, menor incidência de complicações e melhoria da qualidade de vida.

Considera-se também que um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove a adesão, torna-o capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde, e favorece a tomada de decisão, além de contribuir na redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde (SERXNER, 2000).

O IL refere-se ao grau de escolaridade exigido de um leitor para que possa entender determinada passagem escrita. As fórmulas para avaliar o IL do material escrito predizem o nível de escolaridade e medem a dificuldade estrutural do texto (palavras, sílabas e extensão das sentenças), mas não consideram outros fatores passíveis de interferir na compreensão do material (dificuldades conceituais, objetividade, ilustração, formato, etc.). Um material apresentará um IL apontando para o grau de escolaridade tanto mais alto quanto mais longas foram suas sentenças e/ou quanto mais palavras polissílabas forem encontradas no texto. Desse modo, um material escrito cujo IL exija entre cinco e sete anos de escolaridade é adequado, no referente à facilidade do texto, para o público em geral (CDCP, 1999).

De acordo com Moreira e Silva (2005), a maioria dos IL toma como base duas variáveis: a dificuldade da palavra e a extensão da sentença, pois, conforme entendem seus autores, quanto maior o número de polissílabos e a extensão da sentença, maior a dificuldade de leitura oferecida pelo texto. A diferença básica entre eles reside principalmente no tamanho da amostra do texto a ser avaliado e no coeficiente aplicado aos dois fatores.

Flesch (2001), autor da fórmula Flesch, explica que sentenças longas provavelmente terão mais orações subordinadas e mais orações preposicionadas. Isto exige mais esforço mental do leitor. Portanto, quanto mais sentenças longas maior a dificuldade de leitura do texto.

Como observado, a adaptação do ILF para textos em português resultou na determinação de quatro níveis de dificuldade de leitura, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 1- Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade Flesch (adaptação para textos em português)

IF %	DIFICULDADE DE LEITURA	ESCOLARIDADE APROXIMADA
75-- 100	Muito fácil	Até 4ª série (ensino fundamental)
50-- 75	Fácil	Até 8ª série (ensino fundamental)
25-- 50	Difícil	Ensino médio ou universitário
0-- 25	Muito difícil	Áreas acadêmicas específicas

Fonte: Nunes; Oliveira Júnior (2000).

Por se tratar de um dado estatístico, o índice de legibilidade só é calculado para trechos com mais de 100 palavras. Testes realizados com textos tradicionalmente dirigidos a públicos dessas quatro faixas apresentadas mostraram resultados bastante satisfatórios (NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2000).

Quanto à importância do uso de índices de legibilidade na produção de material educativo para pacientes, segundo afirma Bauman (1997), os princípios de legibilidade bem como os diversos fatores que aumentam a compreensão devem ser considerados na produção do material.

Para o cálculo desta variável usou-se o Revisor Gramatical Automático para o Português (ReGra). Trata-se de um sistema que, embutido em um processador de textos, no

caso, o MS Word ou o Redator (Itautec) promove a revisão ortográfica e gramatical de qualquer texto escrito em português.

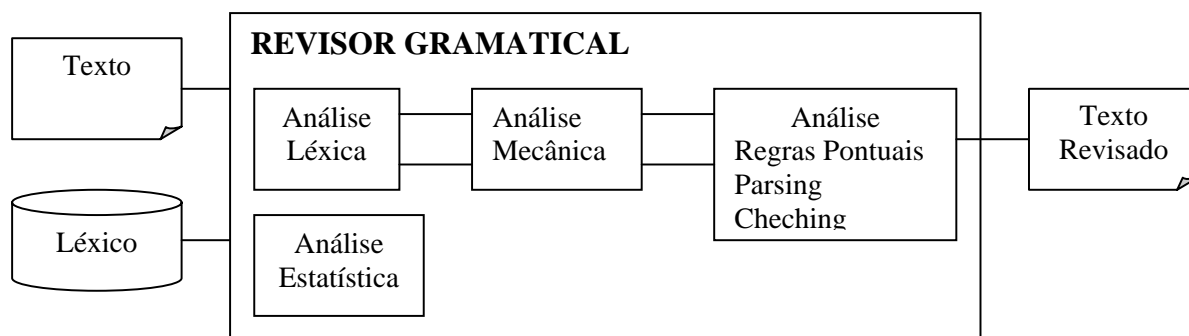
O ReGra é constituído por três módulos principais: 1. o módulo estatístico; 2. o mecânico; 3. o módulo gramatical.

O módulo de tratamento estatístico executa uma série de cálculos, fornecendo parâmetros físicos de um texto sob análise, como o número total de parágrafos, sentenças, de palavras, de caracteres, etc. O componente mais importante desse módulo, entretanto, é o que fornece o índice de legibilidade, uma indicação do grau de dificuldade da leitura do texto (MARTINS et al., 1996). Como mencionado, o conceito de índice de legibilidade surgiu com o trabalho de Flesch (FLESCH, 1948) para a língua inglesa e busca uma correlação entre tamanhos médios de palavras e sentenças e a facilidade de leitura. Não inclui, porém, aspectos de compreensão do texto, os quais requereriam tratamento de mecanismos complexos de natureza lingüística, cognitiva e pragmática.

O segundo módulo do ReGra, o mecânico, detecta erros facilmente identificáveis não percebidos por um corretor ortográfico. O termo “erro” refere-se ao que os gramáticos normativos consideram como forma desviante de uma norma culta. O módulo de correção de erros gramaticais, contendo mais de dez mil regras de correção, realiza inclusive a análise sintática automática das sentenças. As regras foram testadas em textos reais não corrigidos, como cartas comerciais, redações de vestibulares e teses, e em textos editados como os de livros e revistas.

Além desses foram incorporados ao ReGra outros recursos lingüísticos, para maior apoio aos usuários, como o módulo de consulta à gramática, acessível diretamente no ambiente Word (menu “ferramentas”). Com esses recursos, o sistema passou a ter amplo potencial para funcionar também como uma ferramenta de ensino da língua, e servir a várias outras aplicações de processamento de línguas naturais voltadas especialmente ao português (NUNES et al., 1996).

A seguir apresenta-se um esquema de como funciona o ReGra.



Fonte: Rino et al. (2006)

Figura 1 - Esquema da arquitetura do ReGra.

O desempenho do revisor, quanto a tempo de execução, pode ser considerado ótimo, uma vez que as mensagens de erro são apresentadas ao usuário quase instantaneamente. Entretanto, este instrumento possui limitações, sobretudo nas intervenções indevidas e nos erros não detectados (omissões).

Por fim, como enfatizam Nunes e Oliveira Júnior (2000), esse projeto surgiu da parceria USP-Itautec/Philco com a colocação no mercado de um revisor gramatical para o português do Brasil, avaliado como o de melhor desempenho na categoria, com qualidade similar à dos revisores gramaticais para o inglês. O sucesso dessa parceria possibilita uma colaboração efetiva entre universidades e setor produtivo, que ao mesmo tempo que gera riquezas também produz trabalhos científicos de qualidade.

1.1.2 Tecnologia educativa em enfermagem como proposta de cuidado

Mesmo com o avanço tecnológico e as grandes descobertas na área da saúde, grande parte dos recursos tecnológicos existentes não atinge toda a comunidade. Diante destas lacunas, faz-se necessária a utilização de tecnologias alternativas, pois essas possuem melhor acessibilidade e a mesma eficiência, após validação e testagem (OLIVEIRA, 2004).

Conforme enfatizado por Mendes et al. (2002), a produção tecnológica nasce da necessidade (problema a solucionar), da utilização do conhecimento (o saber que orienta uma nova alternativa para solucionar o problema) e da criatividade (capacidade de encontrar alternativas para a resolução do problema existente). No entanto, ao relacionar a produção tecnológica com a enfermagem, verifica-se um paralelo entre essa e as alternativas criativas usadas pela equipe de enfermagem para superar a precariedade nas condições de trabalho e/ou de seus clientes. Entre esses, a exigência de uma necessidade maior de cuidado além do que dispõem as técnicas convencionais de enfermagem como alternativas de solução. Isso ocorre porque a enfermagem desenvolve um trabalho de natureza humanística, cujo objeto de cuidado é o ser humano em sua realidade de vida, requerendo, portanto, uma atenção peculiar, capaz de atender às suas necessidades, quaisquer que sejam elas.

Ao discutir tecnologia, Nietsche et al. (1999) e Houaiss e Villar (2001) as percebem como um conjunto de conhecimentos aplicados a determinadas especialidades. Contudo, a utilização de tecnologias criadas pelas próprias enfermeiras como instrumento que auxilia seu trabalho é pouco divulgada e as publicações em periódicos de enfermagem sobre essa temática ainda são escassas.

A primeira exposição tecnológica de enfermagem foi apresentada no 44º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), realizado em Brasília, em 1992. Desde então, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem propiciado este espaço para a divulgação de tecnologias e inventos de enfermeiros, materializando essa proposta por meio de mostras em outros congressos (MANCIA; LEAL; MACHADO, 2003).

No entanto, a literatura científica de enfermagem tem apontado alguns inventos (MANCIA et al., 2001; MANCIA; LEAL, 2001; TRENTINI; GONÇALVES, 2000) dos enfermeiros para auxiliar no cuidado aos pacientes e na implementação de rotinas. Ao mesmo tempo, esses profissionais têm criado tecnologias para a educação em saúde (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998; MAMEDE et al., 1999; BARBOSA, 2000; TRENTINI; GONÇALVES, 2000; SILVA, 2003; FERNANDES, 2004; PALMEIRA, SILVA, LOPES E FERNANES, 2004; OLIVEIRA, 2004) que contribuem para a prevenção e promoção da saúde de modo geral.

Na opinião de Nietzsche. (2000), a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para reconhecer e defender processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica.

Em outro estudo, segundo reforçam Nietzsche, Dias e Leopardi (1999), a tecnologia e seu uso precisam estar vinculados a um saber prático e a um compromisso de valorização desse saber, concretizando-se na exposição desse conhecimento produzido no dia-a-dia. Além disso, as tecnologias desenvolvidas por enfermeiros devem ter como finalidade facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade da assistência por eles prestada.

Ao aliar conhecimento científico aos procedimentos técnicos, a enfermeira utiliza-se das mais diversas tecnologias para promoção, manutenção e recuperação da saúde, exercendo com criatividade a arte do cuidar. Construir uma nova forma de cuidar implica modificar as relações do processo de trabalho. Neste, a necessidade de criação de novos artifícios coloca a enfermagem como uma ciência em construção. Diante desse processo, cada dia se depara com avanços no manejo do cuidar, estimulando nos profissionais o desejo, a motivação e a intencionalidade de inventar tecnologias voltadas a facilitar e tornar mais ágil seu trabalho, com a produção do conhecimento extraída de questões da práxis.

A produção do conhecimento exige a prática da educação. Com vistas à saúde e bem-estar, tal prática compreende ações interdependentes por parte do objeto que promove a educação e do sujeito que absorve a mensagem para promovê-la. Essa estratégia gera no indivíduo a voluntariedade de participar nas ações de saúde.

Como um método de educação em saúde, a tecnologia educacional dá maior importância às técnicas educativas ou experiências de aprendizagem que se põe em prática e interagem com a necessidade de utilizar os meios de comunicação e os aparatos, simples ou complexos, que contribuam para o processo educativo (CAJAS; FERNANDEZ, 1987).

Mediante utilização da tecnologia educativa, pode-se produzir instrumentos aptos para a educação e a promoção da saúde para grupos de indivíduos. Mas para terem algum impacto na vida desses grupos, tais instrumentos devem estar relacionados às necessidades de saúde dos sujeitos envolvidos. Além do mais, as características do instrumento devem estar

adequadas ao grupo ao qual se destina a fim de que ele possa captar a mensagem emitida, para em seguida relacioná-la e aplicá-la em seu cotidiano prático de promoção de bem-estar.

A educação em saúde feita com o auxílio de tecnologias educacionais pode ser bastante eficaz. Entretanto, antes de se lançarem produtos para serem utilizados como instrumentos, é preciso fazer um ensaio com eles a fim de se conhecer sua eficácia e sua eficiência.

Portanto, espera-se que, a partir da criação de um manual educativo, e após sua validação, torne-se uma tecnologia educacional ao alcance dos pacientes e da enfermagem. Para isto, contém informações relevantes sobre questões do cotidiano das pacientes mastectomizadas, no intuito de lhes proporcionar conhecimentos adequados a serem adotados na efetividade do seu autocuidado.

1.1.3 O universo da mulher mastectomizada

O câncer de mama ocupa lugar de destaque no Brasil e no mundo, uma vez que representa a neoplasia maligna mais diagnosticada e a de maior causa de mortalidade entre mulheres. Atualmente, este é um dos principais problemas de saúde pública.

Como é notório, sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. Tal fato é comprovado por dados apresentados em recente relatório mundial, no qual são estimados 1.450.000 casos novos da doença para 2010, o que significa um aumento de 82% em relação à estimativa de 1990 (DERSHAW, 2002). Essa realidade reflete-se no Brasil e atinge mulheres cada vez mais jovens, com idade inferior a 40 anos, preocupando os especialistas da área.

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2006, 48.930 casos novos de câncer de mama serão registrados, ou seja, há uma taxa bruta de incidência de 51,66 casos para cada 100.000 mulheres, permanecendo estável em relação ao ano anterior. Na região Nordeste, a incidência para casos novos é de 7.120 casos, com taxa bruta de 27/100.000. Para o Ceará, os dados indicam o surgimento de 1.460 casos novos em todo o Estado. Desses, 660 somente na capital e o restante (800) nos demais municípios, o que

corresponde às incidências de 34,82 e 52,61 por 100.000 mulheres, respectivamente (BRASIL, 2006).

Quanto aos óbitos, o INCA registrou para o Ceará a estimativa de 240 casos (BRASIL, 2002). Justificando esse dado, como afirmam Pinheiro et al. (2001), o perfil cultural da mulher cearense, carregado de tabus religiosos e desconhecimento do seu próprio corpo, faz com que a maioria das pacientes ao procurarem os serviços de saúde já estejam com a doença em estágio bastante avançado. Desse modo, dificultam ainda mais o tratamento e levam a mutilações que poderiam ser evitadas.

De acordo com determinados autores, a sobrevida média das mulheres acometidas pelo câncer de mama não tratado estabelece correlação direta entre a sobrevida e o estado patológico da doença. Embora ainda não se disponha de nenhum método para a prevenção primária, o diagnóstico precoce está fundamentado na avaliação clínica e no diagnóstico por imagem. Dessa maneira, o diagnóstico precoce para o câncer de mama está ligado ao acesso das mulheres à informação, pois esta pode torná-las capazes de realizar o auto-exame das mamas (AEM), e de buscarem o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia, quando necessária, tríade na qual deve-se basear o rastreamento dessa neoplasia (ESCOBAR; HERRERA, 2000; DEVINE; FRANK, 2000).

Na década de 1980, 45 a 75% dos tumores eram diagnosticados em estágio avançado, quando o tratamento era apenas paliativo (PAULINELLI et al., 2003). Contudo, segundo observado, o diagnóstico precoce do câncer de mama, pelo menos até o momento, tem se mostrado a principal ferramenta disponível para a cura, pois além de oferecer possibilidade maior para reduzir a mortalidade, propicia tratamentos menos agressivos e menores seqüelas física e psicológica para a paciente (PARKIN, 2001).

Existem diversas condutas terapêuticas para o tratamento do câncer de mama, embora prevaleçam as cirurgias, cuja técnica escolhida depende da gravidade do quadro. Como mais adotadas mencionam-se a mastectomia radical modificada e a conservadora, com ou sem linfadenectomia. A radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia são procedimentos coadjuvantes do tratamento cirúrgico (HARRIS et al., 2002).

A mastectomia radical, descrita por Halsted, em 1882, foi o procedimento de eleição para o carcinoma de mama na primeira metade do século. Atualmente, a abordagem cirúrgica é sobretudo conservadora, em virtude da maior frequência com diagnósticos de tumores de pequenas dimensões, embora ainda se encontrem tumores com dimensões que não permitem um bom resultado com essa técnica (CATALIOTTI, 2002).

Como intervenção efetiva para o tratamento do câncer de mama, a mastectomia é considerada um procedimento cirúrgico agressivo e mutilador, por estar acompanhada de conseqüências muitas vezes traumatizantes à saúde e à qualidade de vida da mulher, tornando-se um acontecimento marcante de implicações sociais, psicológicas e sexuais (OLIVEIRA; FERNANDES; MELO; BARBOSA, 2005; BARBOSA; FERNANDES; SILVA, 2002). Entretanto, com o avanço das técnicas cirúrgicas, da descoberta precoce da doença e de estratégias no tratamento, têm-se evitado danos irreversíveis à mulher quanto à retirada total da mama, e, ao mesmo tempo, lhes permitindo uma sobrevivência de boa qualidade.

Portanto, as armas terapêuticas disponíveis para o câncer de mama são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia (LOPEZ; ROSSI; NAKAGAWA, 2002). Quanto à mastectomia, só é indicada para tumores avançados e consiste na retirada da mama afetada, juntamente com os linfonodos axilares.

Diversos estudos têm demonstrado que a cirurgia da mama assim como os tratamentos coadjuvantes são procedimentos agressivos, e acarretam conseqüências físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher. No âmbito físico, encontram-se: dor incisional, edema de braço homolateral, dor no ombro e disfunção, que alteram o esquema corporal. Já as preocupações com a imagem corporal e a habilidade de retornar ao nível de função pré-diagnose, freqüentemente, causam ansiedade, insônia e desespero (CALIRI; ALMEIDA; SILVA, 1998; MAMEDE et al., 2000; NISSEN, 2001; PANOBIANCO; MAMEDE, 2002; BITENCOURT; CADETE, 2002).

O período pós-operatório é marcado pela ambivalência. Ocorrem o alívio de ter sobrevivido à cirurgia e a esperança de estar curada, mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor e os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado, bem como preocupações com a feminilidade e com as

reações do companheiro diante da mastectomia. Esse período pode levar de um a dois meses após a alta hospitalar. Segue-se, então, o período pós-operatório, de dois a seis meses, durante o qual ocorrem depressão, ansiedade e diminuição da auto-estima, coexistentes com sentimentos de fortalecimento pessoal e de esperança (TURNS, 1988).

No intuito de evitar todos esses problemas, a reabilitação da mulher pós-mastectomia requer assistência multiprofissional, com vistas a promover um ajustamento saudável à nova condição de saúde. Inserido nessa equipe, encontra-se o profissional enfermeiro cujo papel é fundamental no acompanhamento perioperatório, no cuidado e no preparo para a alta.

A atuação do profissional de enfermagem em oncologia cresceu com o advento dos ensaios clínicos conduzidos com novos agentes terapêuticos quimioterápicos. Esses ensaios trouxeram a necessidade de um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar, voltada para o cuidado do paciente de câncer e para a pesquisa (YABRO, 1997).

Nesse contexto, a prática da enfermeira na área da oncologia evoluiu para a assistência ao cliente e sua família. Esse papel abrange atividades de informação e educação em saúde, mediante suporte psicossocial, administração da terapia recomendada, seleção e administração de intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando da reabilitação e provendo conforto e cuidado.

O planejamento para uma boa recuperação direcionada à promoção da qualidade de vida implica a criação de estratégias e atividades nas quais o enfermeiro, juntamente com outros profissionais da saúde, possa executar com competência clínica o cuidado necessário para melhorar a qualidade da assistência, com resolubilidade e recuperação das mulheres mastectomizadas (OLIVEIRA, 2004).

Em corroboração, segundo Ayoub et al. (2002), esse planejamento deve se dar entre a equipe de enfermagem e as pacientes acometidas pelo câncer mamário. Portanto, o enfermeiro, por meio de um relacionamento terapêutico, irá orientá-las e aos seus familiares com vistas a propiciar-lhes compreensão clara dos objetivos do tratamento e suas conseqüências.

Como mostra o dia-a-dia, as estratégias que o enfermeiro desenvolve na sua prática, criadas a partir de tecnologias, se utilizadas de forma adequada, oferecem várias oportunidades para o ser humano desenvolver suas destrezas e habilidades. Mas essa abordagem deve partir dele mesmo, valorizando sua experiência, contexto de vida e expectativas diante do processo saúde/doença (WALL, 2001).

Atualmente, a prática da enfermagem evidencia preocupação com a qualidade do cuidado implementado aos usuários. Diante disso, está criando e adotando estratégias de cunho informativo e educativo por meio da utilização de livros, cartilhas, manuais e folhetos adequados para o público-alvo, com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento sobre a enfermidade, o que vai conferir uma base para seu enfrentamento e o exercício do autocuidado. Estes materiais deveriam ser elaborados a partir da experiência prática e do conhecimento/desconhecimento por parte da clientela quanto a aspectos básicos relacionados ao seu cuidado.

Tais estratégias são consideradas tecnologias educativas e exigem reflexão e discussão no cenário atual da enfermagem, principalmente em relação à sua validação para posterior implementação na prática assistencial. Acredita-se que essas iniciativas podem gerar soluções para problemas presentes e futuros e caracterizar a enfermagem como uma profissão desafiadora, por produzir novos conhecimentos.

Diante desse discurso, foram elaborados os seguintes questionamentos: O manual a ser validado é um instrumento adequado para ser usado na prática por profissionais que trabalham com as mulheres mastectomizadas? As informações contidas na tecnologia educativa proposta estão acessíveis ao entendimento das mulheres mastectomizadas? O manual é um instrumento educativo estatisticamente válido para ser usado por mulheres mastectomizadas?

2 OBJETIVOS

Validar um manual educativo como tecnologia de enfermagem direcionado para a promoção do autocuidado de mulheres mastectomizadas.

Identificar características e/ou conceitos no manual educativo que possam ser aperfeiçoados e/ou modificados;

Avaliar o manual educativo proposto quanto a legibilidade e validade de conteúdo e de aparência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Psicometria

A variável em estudo, validação de um instrumento educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada, gera uma resposta complexa e de alto grau de abstração, além de só poder ser verificada a longo prazo. Portanto, para mensurá-la, faz-se necessário, movê-la do abstrato para o concreto, identificando as propriedades que caracterizam esse conceito.

O foco da mensuração é quantificar as características do conceito a ser medido. Em virtude de a resposta ao uso de um manual ser um conceito altamente abstrato, de natureza comportamental, adotou-se a psicometria como referencial teórico e metodológico para o processo de validação do instrumento.

Os recursos metodológicos da psicometria são fundamentais para o processo de validação de construtos educativos porque podem auxiliar no refinamento dos conceitos que eles representam.

Como é um ramo da estatística que estuda fenômenos psicológicos, a psicometria foi desenvolvida por estatísticos de formação e, por isso, ainda é definida como um ramo da estatística. Contudo, segundo afirma Pasquali (1997, p. 16): “Na verdade, ela deve ser concebida como um ramo da psicologia que interfaceia com a estatística”.

Ao assumir o modelo quantitativista em psicologia, “a psicometria utiliza-se de três tipos de mensuração para atribuir números às propriedades dos objetos, a saber: medida fundamental, medida derivada e medida por teoria” (PASQUALI, 1997, p. 35).

Há várias formas de atribuir valores ou números às características dos objetos. Cada medida apresenta características peculiares e para melhor compreendê-la é necessário tecer uma breve explanação sobre os outros tipos de medidas, quais sejam, fundamental e

derivada, embora neste estudo tenha se empregado a medida por teoria por fundamentar a psicometria.

Na medida fundamental, o atributo de um objeto pode ser medido diretamente por outro objeto (instrumento) que tem o atributo que se quer medir. A medida fundamental também pode ser chamada de medida direta.

A medida derivada é empregada quando não há um instrumento que possua o mesmo atributo a ser medido no objeto. Nesses casos, aplicam-se as medidas derivadas. Por essa medida entende-se a medida indireta por meio do estabelecimento de uma relação com medidas fundamentais.

Já a medida por teoria é usada quando não existem leis relacionando os atributos. Nesse caso, recorre-se a teorias que fazem hipóteses sobre relações entre os atributos de um fenômeno, permitindo, assim, a medida indireta do seu atributo. Não há como estabelecer uma representação extensiva dos atributos do fenômeno (medida fundamental); também é impossível medi-lo por meio do estabelecimento de uma relação com medidas extensivas (medida derivada). Na medida por teoria, as concepções teóricas, que explanam as relações entre um fenômeno abstrato e os atributos que lhe dizem respeito, produzem hipóteses sobre o que, teoricamente, poderia ser observado quando o fenômeno ocorre.

Para compreender essa medida, tome-se como exemplo a reabilitação da mulher mastectomizada com o auxílio de um manual educativo, como fenômeno de interesse, como o objeto a se mensurar. A reabilitação é um conceito abstrato, cujos atributos são teoricamente explanados. Das relações, também teoricamente estabelecidas, entre esses atributos e o autocuidado por meio de uma estratégia educativa, podem-se estabelecer hipóteses sobre o que é observado durante o processo de reabilitação. Testes empíricos dessas hipóteses devem produzir resultados sobre a validade das relações teoricamente estabelecidas entre o fenômeno reabilitação e seus atributos. Segundo Pasquali (1997), a teoria utilizada que fundamentou as relações fenômeno - atributos deve ser continuamente considerada em face dos resultados dos testes empíricos das hipóteses que dela mesmo se originaram. Ao analisar a teoria em face dos resultados dos testes empíricos, podem surgir argumentos suficientes para refinar, alterar, ou mesmo negar a teoria em discussão.

Em síntese, na medida por teoria deve haver uma circularidade evolutiva entre teoria - medida - teoria por duas razões fundamentais: a primeira é que, sem a estreita e contínua relação teoria-medida, as medidas aplicadas podem estar mensurando um conceito ou construto que nada tem a ver com o pretendido, ou, então, que podem estar medindo nada, nos casos nos quais o instrumento não parte de alguma articulação teórica minimamente consistente; a segunda razão é que, sem a estreita e contínua relação teoria - medida, não ocorre o refinamento da teoria e, por conseguinte, do conhecimento cientificamente articulado (BRAGA, 2004).

A psicometria é um dos fundamentos para as medidas por teoria e, num sentido restrito, trata da medida de construtos psicológicos ou traços latentes representados por comportamentos observáveis que representam esses traços (PASQUALI, 1997). Traço latente vem referido ou inferido sob expressões como: variável, construto, conceito, estrutura psíquica, atitude e outros.

Entretanto, de acordo com o mesmo autor, os traços latentes concebidos como realidades psicológicas que possuem magnitude (dimensões) podem e devem ser representados comportamentalmente para poderem ser cientificamente estruturados.

Para ser cientificamente abordado, o traço latente precisa ser expresso em comportamentos. Costuma-se definir a validade de um teste dizendo que ele é válido se de fato mede o que supostamente deve medir. Ou seja, ao se medir os comportamentos, que são a representação do traço latente, está-se medindo o próprio traço latente (o conceito). Ao se medir por teoria, nesse caso, consiste em dizer que ao se proceder à medida de um atributo empírico (o comportamento ou atitudes) se está de fato medindo a estrutura psicológica latente, isto é, um outro atributo e de outra natureza (um atributo hipotético).

No contexto da psicometria, a construção de um instrumento tem como base a explanação teórica do conceito a ser medido. Essa explanação teórica deve permitir enunciar as propriedades que caracterizam o conceito em discussão. A demonstração do grau com que essa representação ocorre fundamenta-se na análise de resultados da aplicação empírica do instrumento. Como recomenda Pasquali (1997), essa demonstração deve ser feita por análises estatísticas dos itens individualmente e como um todo. Para tanto, foi desenvolvida uma série

de parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se construir um instrumento de medida válido e legítimo.

Ainda segundo o mesmo autor, o modelo é composto por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos).

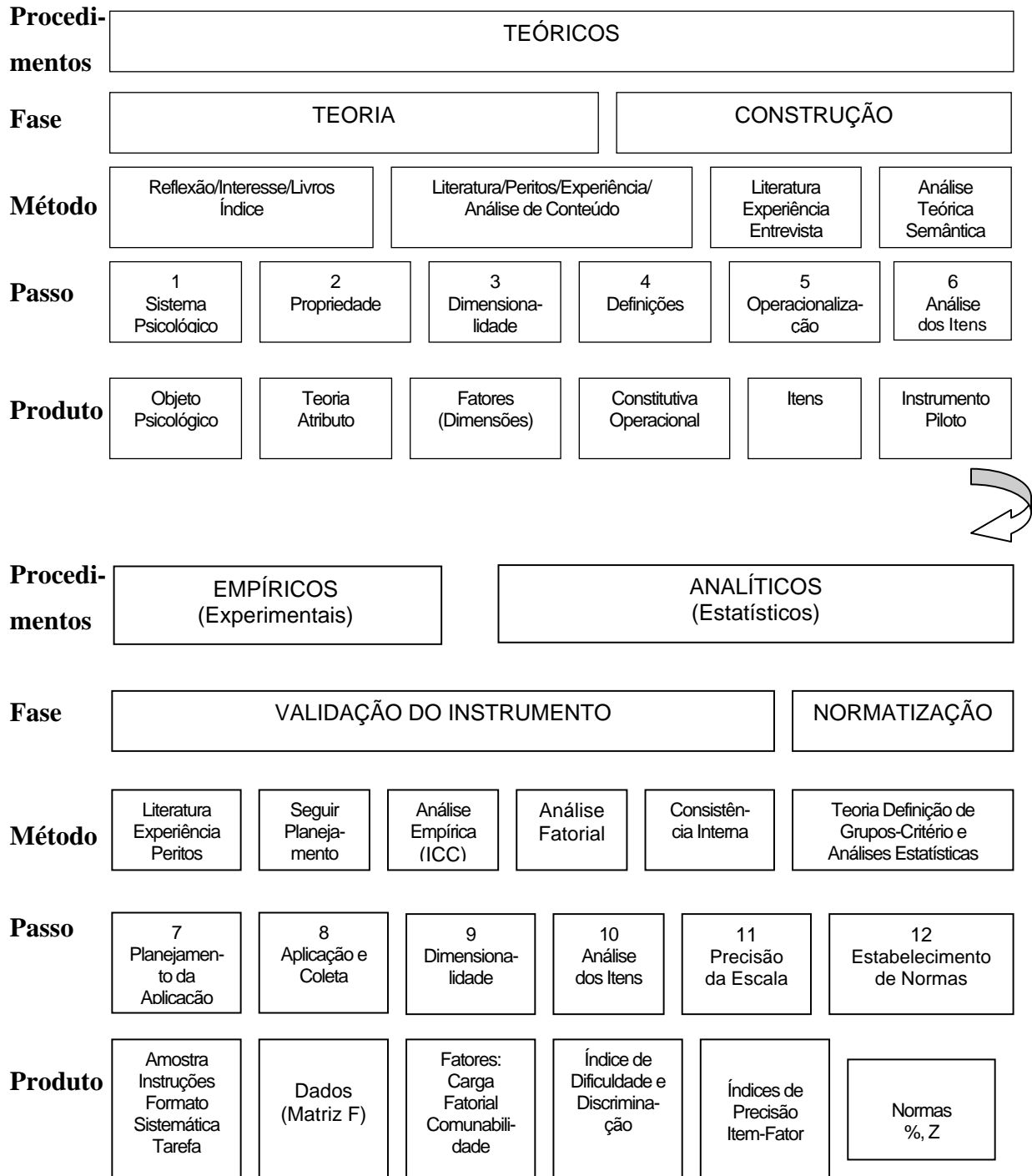
No pólo teórico, é enfocada a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida e a operacionalização do construto em itens. Esse pólo explicita a teoria do traço latente, bem como os comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. É estabelecida a dimensionalidade do construto, que pode ser entendida como os componentes da estrutura conceitual, de modo que o conceito fique o mais claro possível e seja suficientemente preciso para a construção dos itens do instrumento de medida. Nesse pólo estão implícitas as definições constitutivas e operacionais do conceito. Definir constitutivamente um conceito diz respeito à construção dos itens, expressões da representação comportamental do conceito.

Nessa construção são respeitados alguns critérios para a construção de itens (PASQUALI, 1998), além da observância na quantidade de itens para que o conceito seja bem representado e da análise teórica dos itens. A análise teórica dos itens inclui a análise semântica quanto à inteligibilidade e a análise por juízes quanto à pertinência dos itens ao traço em discussão (análise de construto).

No pólo empírico ou experimental definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta da informação para se proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento.

No pólo analítico incluem-se os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para estimar a validade e a confiabilidade do instrumento produzido e, se pertinente, para estabelecer sua normatização. Esses três conjuntos de procedimentos indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência entre o seu conteúdo e o conceito.

Com o propósito de representar esquematicamente o modelo de Pasquali (1998) apresento a seguinte figura:



Fonte: (Pasquali, 1998).

Figura 2 – Organograma para elaboração de medida psicológica

O modelo de Pasquali será descrito em tópicos e subtópicos, adotando-se a ordem preconizada pelo autor nos três pólos para a construção de instrumentos psicométricos, sintetizando os doze passos a serem percorridos, conforme apresentado na Figura 2.

3.2 Pólo teórico

Inicialmente o psicometrista deve levantar toda a evidência empírica sobre o construto e procurar sistematizá-la, chegando a uma miniteoria sobre ele, a qual possa guiá-lo na elaboração de um instrumento de medida para o mencionado construto.

Nesse pólo encontram-se os seis primeiros passos. Os três primeiros estão relacionados com a teoria que embasou o construto; o quarto, possui relação com a teoria e com o processo de construção do instrumento; e o quinto e sexto estão voltados exclusivamente para a construção.

1º Passo - Sistema Psicológico: busca encontrar a teoria adequada sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. Representa o objeto de interesse, enfocando como objeto específico as estruturas latentes, os traços psíquicos ou processos mentais. Este passo estabelece o construto dentro de um delineamento de estudo e é construído a partir de reflexões e interesse direto do pesquisador pelo construto.

2º Passo - Propriedade do Sistema Psicológico: corresponde a definir as propriedades ou atributos do objeto de interesse do pesquisador como foco imediato da observação. Essa definição deve ser clara e preliminar onde as propriedades do sistema de interesse que se quer estudar já estejam delimitadas *a priori*.

3º Passo - Dimensionalidade do Atributo: refere-se à estrutura interna e semântica do construto, podendo variar de uni a multifatorial, sendo os fatores que compõem o construto (o atributo) o produto deste passo. Além disso, a resposta pode vir da teoria sobre o construto e/ou dos dados empíricos disponíveis sobre ele.

4º Passo - Definição dos Construtos: consiste na conceituação clara e precisa dos fatores para os quais se quer construir o instrumento de medida com base na literatura específica, na análise de conteúdo feita com a colaboração de peritos ou na própria experiência do pesquisador. A definição pode ser constitutiva ou operacional. A primeira representa um construto já definido por meio de outros construtos. Nesse caso, o construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere, dando as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico. Já a operacional corresponde à passagem do abstrato para o concreto, legitimando a representação empírica e comportamental dos traços latentes. Com este passo verifica-se o início da construção do instrumento piloto.

5º passo - Operacionalização do Construto: representa a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida. Esse passo constitui-se de três etapas:

1. Fonte dos itens: são as categorias comportamentais que expressam o construto de interesse e que correspondam às definições constitutivas e operacionais. Estes podem ser encontrados na literatura mediante de outros testes que medem o construto.

2. Regras de construção dos itens: devem ser aplicadas, em parte, à construção de cada item individualmente e no conjunto de itens que medem o mesmo construto, embora em determinados tipos de itens algumas destas regras podem não se aplicar.

Para a construção dos itens do instrumento, Pasquali (1998) recomenda um conjunto de doze critérios, dos quais os dez primeiros estão direcionados para a construção dos itens e os dois últimos para o instrumento todo.

a) Critérios para a construção dos itens:

- *Critério comportamental:* o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto, permitindo uma ação clara e precisa.

- *Critério de objetividade ou de desejabilidade/preferência*: os itens devem expressar comportamentos de fato, como a preferência e a opinião, permitindo uma resposta certa ou errada.
- *Critério de simplicidade*: o item deve expressar uma única idéia.
- *Critério de clareza*: o item deve ser inteligível para todos os estratos da população-alvo. Por isso, deve-se usar frases curtas, simples e sem ambigüidades.
- *Critério de relevância*: (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência): o item deve ser consistente com o atributo definido, ser diferente dos demais itens que cobrem o mesmo atributo e sua carga fatorial deve representar o fator que ele se propõe medir.
- *Critério de precisão*: o item deve possuir uma posição definida no construto e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
- *Critério de variedade*: dois aspectos especificam esse critério. Procurar variar a linguagem para não confundir as frases e evitar monotonia, mesclando os itens favoráveis e desfavoráveis para evitar resposta estereotipada.
- *Critério de modalidade*: o item deve ser formulado sem expressões extremadas, como excelente, miserável, etc., pois a intensidade da reação do sujeito é dada na escala da resposta.
- *Critério de tipicidade*: o item deve ser formulado com frases com expressões típicas e de acordo com o atributo.
- *Critério de credibilidade*: o item deve ser formulado de modo que não apareça despropositado ou infantil, pois a forma do item pode contribuir para uma atitude desfavorável e aumentar os erros de resposta.

b) Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo):

- *Critério da amplitude*: o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir todos os níveis de compreensão da população-alvo.
- *Critério do equilíbrio*: os itens devem ser igualmente ou proporcionalmente distribuídos em todos os setores, havendo diversidade entre os itens. O conjunto de itens deve permitir uma distribuição semelhante à da curva normal, tendo a maior parte de dificuldade mediana.

3. Quantidade de itens: para se cobrir a totalidade ou grande parte da extensão semântica do construto, explicitada nas definições constitutivas, normalmente se exige no instrumento final, para que seja bem representado, um número razoável de itens, cerca de vinte itens. Deve-se começar com, pelo menos, o triplo de itens para se poder assegurar, no final, um terço deles.

6º Passo - Análise Teórica dos Itens: ao formular a hipótese de que os itens representam adequadamente o tal construto, faz-se necessário avaliá-la para assegurar garantias de validade. Esta análise, ainda teórica, consiste em solicitar opiniões sobre o construto já operacionalizado, por meio de juízes que deverão proceder a dois tipos de análise. Se a análise incide sobre a compreensão dos itens, dar-se à análise semântica; se for sobre a pertinência dos itens ao construto que representa, trata-se da análise de validade de conteúdo, que se destina a verificar se os itens referem-se ao fenômeno em estudo, segundo a opinião de especialistas (peritos).

Na análise semântica, os juízes são sujeitos da própria população para a qual se quer construir o instrumento. Nessa situação, duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são compreensíveis para o estrato mais baixo da população-alvo e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-alvo para garantir a chamada “validade aparente” do instrumento.

Para suprir essas preocupações, Pasquali (1998) sugere uma técnica revelada mais eficaz na avaliação da compreensão dos itens, que consiste em checá-los com pequenos grupos de pessoas (3 ou 4) numa situação de *brainstroming*.

Essa técnica funciona da seguinte forma: constitui-se um grupo de até quatro pessoas, iniciando com sujeitos do estrato mais baixo da população-alvo, porque se supõe que se tal estrato compreende os itens, o estrato mais sofisticado também os compreenderá. A este grupo é apresentado item por item, pedindo que ele seja reproduzido pelos membros do grupo. Se a reprodução do item não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido. Se surgirem divergências na reprodução do item ou se o pesquisador perceber que ele está sendo entendido diferentemente do que ele, pesquisador, julga que deveria ser entendido, tal item tem problemas. Dada a situação, o pesquisador então explica ao grupo o que ele pretendia dizer com tal item. Normalmente, neste caso, as próprias pessoas do grupo irão sugerir como se deveria formular o item para expressar o que o pesquisador quer dizer com ele; e ao estar o item reformulado como deve ser (PASQUALI, 1998, p. 12).

Itens que, no máximo, após cinco sessões continuam apresentando dificuldades, devem ser descartados. Em seguida a essas sessões, é importante pelo menos uma sessão de verificação dos itens com um grupo de indivíduos mais sofisticados.

Quanto à análise dos juízes, conhecida também por validade de conteúdo, seu objetivo é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos. Nessa análise, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em discussão. Um número de seis juízes é recomendável para essa tarefa, sendo eles peritos na área. O critério de pertinência do item deve ser de pelo menos 80% de concordância entre os juízes, e os itens que não atingirem esta porcentagem podem ser descartados do instrumento piloto.

Com o trabalho dos juízes completam-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida, os quais comportam a explicitação da teoria do (s) construto (s) envolvido (s), bem como a elaboração do instrumento piloto, que constitui a representação comportamental desses mesmos construtos e que se põe como a hipótese a ser empiricamente testada (validade do instrumento).

3.3 Pólo empírico (experimental)

Nesta etapa faz-se necessário recorrer ao conteúdo sobre planejamento de pesquisa para proceder à validação empírica das informações coletadas de uma amostra de sujeitos. Essa deverá ser representativa da população para a qual o teste está sendo construído, utilizando-se análises estatísticas.

Para esse pólo, dois passos são acrescentados ao processo de construção do instrumento por meio desses procedimentos empíricos. Estes que juntamente com a validade de conteúdo feita anteriormente constituem o início do processo de validação do instrumento psicométrico.

7º Passo - Planejamento da Aplicação do Instrumento Piloto: para realização deste, dois pontos devem ser considerados: primeiro, definir de forma clara e delimitada a amostra representativa da população-alvo, pois é dela que sairão os sujeitos que testarão a qualidade psicométrica do instrumento; segundo, preparar as instruções e definir a sistemática de aplicação (condições) a serem dadas a esta amostra, bem como o formato em que ele se apresenta e o modo como o sujeito responderá a cada item. A escala Likert é o formato mais utilizado no caso de testes de personalidade e escalas de atitudes.

8º Passo - Aplicação e Coleta: após o planejamento e testagem do instrumento piloto realizada anteriormente, o instrumento poderá sofrer possíveis ajustes para então apresentar-se pronto para a operacionalização da coleta dos dados. Nesse passo, as informações serão efetivamente coletadas e darão origem a uma matriz ou banco de dados informatizado, a ser utilizado na etapa seguinte.

3.4 Pólo analítico (estatístico)

Ao término desta etapa, será concluído o processo de validação e a “normatização” do instrumento psicométrico proposto. Corresponde à parte mais volumosa da teoria, envolvendo procedimentos estatísticos e estão inseridos nos últimos quatro passos propostos por Pasquali (1998).

9º Passo – Dimensionalidade do Instrumento: como não se sabe se o instrumento construído é aplicável, a primeira análise sobre os dados coletados é a verificação da unidimensionalidade. Dessa forma, usa-se a análise fatorial para determinar quantos fatores o instrumento está de fato medindo, representando a análise preliminar dos próprios itens. Conforme recomenda Pasquali (1997), essa análise empírica dos dados é feita utilizando a teoria da Resposta do Item (TRI) - *Item Response Theory* (IRT). Essa teoria estatística, usada freqüentemente na psicometria, possui grandes vantagens sobre outros métodos tradicionais de análise de itens. Nela há três parâmetros envolvidos: a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória (ou melhor, a resposta correta dada ao acaso). Esta supõe que o sujeito possua um certo nível de magnitude do traço latente, determinado pela análise das respostas dos sujeitos por meio de diversas funções matemáticas.

Conforme acrescenta o autor, esta técnica tem como pressuposto que

as variáveis observadas, medidas, chamadas de variáveis empíricas ou observáveis, podem ser explicadas por um número menor de variáveis não-observáveis, chamadas precisamente de variáveis-fonte. Essas variáveis-fonte são a razão pela qual as variáveis observáveis se relacionam entre si, sendo as responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis. Supõe-se que se as variáveis empíricas se relacionam entre si é porque elas têm uma causa comum que produz esta correlação. É a essa causa comum que se chama de fator, cuja descoberta é precisamente a tarefa da análise fatorial (PASQUALI, 1997, p. 90).

Portanto, a análise fatorial tem como lógica verificar precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens. As cargas fatoriais são as que determinam a correlação entre as próprias variáveis empíricas.

Como afirma Pasquali (1997), dessa forma, a validade de construto de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator, sendo aquelas a representação comportamental deste fator, que por sua vez é o traço latente para o qual elas foram inicialmente elaboradas como representação empírica.

Para a validade do instrumento, outras técnicas são utilizadas além da análise fatorial, tais como: a técnica da validação convergente-discriminante; a utilização da idade

como critério para a validação de construto de um teste quando este mede traços dependentes de mudança, a correlação com outros testes e o uso da intervenção experimental.

10º Passo - Análise dos Itens: os itens que se mostrarem ser representantes satisfatórios do traço latente devem ser submetidos a análises individuais, com vistas a verificar outras características que eles devem apresentar dentro de um mesmo instrumento. Essa análise se reduz a duas: A dificuldade que representa a magnitude do traço latente que o sujeito deve possuir para poder acertar o item e a discriminação que diz respeito ao fato dele poder diferenciar sujeitos que possuem magnitudes diferentes do mesmo traço latente.

A TRI introduziu técnicas nesta área da análise dos itens, que embora complicadas devem ser utilizadas neste passo de elaboração de instrumento. Todos os modelos teorizam sobre as estruturas latentes e entendem os sistemas psicológicos latentes como possuidores de propriedades de diferentes magnitudes ou mensurações. Dessa forma, ao considerar que os itens devem cobrir toda a extensão de magnitude do traço e que os itens de dificuldade 50% são os que produzem mais informações, pode-se sugerir que uma distribuição dos itens mais ou menos dentro de uma curva normal seria o ideal.

11º Passo - Precisão da Escala: esse passo cobre aspectos diferentes de um teste, mas todos eles se referem ao quanto os escores obtidos no teste se aproxima do escore verdadeiro do sujeito num traço qualquer. O parâmetro fidedignidade dos testes é referenciado sob vários nomes que resultam do seu próprio conceito. Estes são, principalmente, precisão, fidedignidade e confiabilidade. Outros nomes deste parâmetro, como estabilidade, constância, equivalência, consistência interna, resultam do tipo de técnica utilizada na coleta empírica da informação ou da técnica estatística utilizada para a análise dos dados empíricos (PASQUALI, 1997).

Para esse autor, a fidedignidade ou a precisão de um teste diz respeito à característica que ele deve possuir – a de medir sem erros – dado os nomes precisão, confiabilidade e fidedignidade. Medir sem erros significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre essas duas medidas deve ser de 1. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida,

essa correlação afasta-se mais do 1 à proporção que for maior o erro cometido na medida. A análise da precisão de um instrumento psicológico quer mostrar precisamente o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, determinando um coeficiente tal que, quanto mais próximo de 1, menor será o erro cometido na utilização do teste.

Ao se referir às medidas utilizadas para avaliar a confiabilidade, LoBiondo-Wood e Haber (2001) mencionam as seguintes:

- **Estabilidade:** considera-se um instrumento estável ou exibidor de estabilidade quando os mesmos resultados são obtidos em administração repetida do instrumento. A medida utilizada para avaliar a estabilidade é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes em duas ocasiões diferentes e comparar os escores obtidos. Essa comparação é expressa por um coeficiente de correlação, normalmente um r de Pearson. O intervalo entre administrações repetidas varia e depende do fenômeno que está sendo medido.
- **Homogeneidade ou consistência interna:** a consistência interna existe quando as questões dentro da escala refletem ou medem o mesmo conceito. Isso significa que as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas com as outras.

Existem métodos para avaliar a consistência interna. Desses, o mais usado é o alfa de Cronbach ou coeficiente alfa, e conforme Pasquali (1997, p. 139-140) esse coeficiente alfa “reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do próprio teste”. E acrescenta que o coeficiente alfa vai de 0 a 1, indicando a ausência total de consistência interna dos itens, e o 1, consistência de 100%.

Para LoBiondo-Wodd e Haber (2001, p. 196) “a confiabilidade e a validade são dois aspectos cruciais na avaliação crítica e no rigor de um instrumento de medição.” Entretanto, a confiabilidade e a validade de um instrumento não constituem qualidades totalmente independentes. Um instrumento de mensuração que não seja confiável não é capaz, provavelmente, de ser válido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Um instrumento que se submeteu às análises mencionadas pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno e pronto para uso na pesquisa. No caso para uso clínico, ele deve ser submetido a normatização para se poder interpretar os resultados que produz.

12º Passo - Estabelecimento de Normas: constitui o último passo proposto no modelo de Pasquali. Em seu sentido mais geral, a padronização ou normatização diz respeito à necessidade de existir uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso, desde as precauções a serem tomadas na aplicação do teste, até o desenvolvimento de parâmetros ou critérios para a interpretação dos resultados obtidos (PASQUALI, 1997).

Segundo o autor menciona, o critério de referência ou a norma de interpretação é constituída tipicamente por dois padrões:

Normas de desenvolvimento: são aquelas relacionadas ao desenvolvimento progressivo pelo qual o indivíduo passa, ao longo da sua vida (idade mental, série escolar, estágio de desenvolvimento). Normas intragrupo: estão relacionadas ao grupo ou população para a qual o teste foi construído. Nesse caso, o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população (amostra). Para tal, o autor recomenda a utilização do “posto percentílico”, que indica a porcentagem de todos os sujeitos da população (amostra) situados abaixo ou acima da mediana e do desvio padrão.

No caso de testes de aprendizagem, existe ainda a norma referente a critério (*criterion-referenced*).

Convém ressaltar que no estudo ora desenvolvido os passos referentes ao pólo empírico (experimental) e ao pólo analítico não foram realizados em virtude das limitações técnicas, como o tamanho da amostra, o tempo de coleta e análise e a subjetividade dos dados. Os critérios para interpretação dos resultados com a aplicação do instrumento construído não foram definidos, pois só foram realizados os passos do pólo teórico, haja vista que os demais procedimentos referentes aos outros pólos serão planejados e realizados em um estudo posterior. Além disso, não foram encontrados na literatura estudos com validação de manuais específicos para mulheres em situação de câncer de mama.

4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

4.1 Caminhar metodológico

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico. Esta, considerada uma estratégia de pesquisa que visa, mediante o uso de maneira sistemática dos conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar significativamente uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (CONTANDRIOPOULOS, 1997)

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), esse tipo de estudo tem seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas. Dessa maneira, a presente proposta tenciona a validação de um manual educativo, contendo assuntos de interesse das mulheres com câncer de mama, como material e método para se tornar uma tecnologia educativa e estratégia a ser usada na prática assistencial de enfermeiros.

Nesta investigação, a proposta metodológica para a validação do instrumento foi adaptada dos critérios estabelecidos no modelo de Pasquali (1998), que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos e é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos.

Em virtude de o instrumento a ser validado se constituir de um manual educativo e não de uma escala psicométrica, procedeu-se a adaptações da teoria ora apresentada usando apenas os procedimentos teóricos. Portanto, os procedimentos empíricos e analíticos para uma pequena porção da população-alvo foram suprimidos e, desse modo, não foi possível realizar vários testes estatísticos como propõe seu método.

No mencionado estudo, Pasquali (1998) enfatiza os procedimentos teóricos, considerando serem os mais importantes, já que se referem à preocupação com a teorização sobre o construto de interesse.

A operacionalização do construto é o passo da construção dos itens, como a expressão da representação comportamental do construto, a saber: as tarefas (os itens do instrumento) a serem executadas pelas pessoas para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (atributo) (PASQUALI, 1998).

Operacionalizado o construto por meio dos itens, está-se diante da hipótese de que estes o representam adequadamente. Para este autor, é importante avaliar esta hipótese em relação à opinião de outros para assegurar-se de que ela apresenta garantias de validade. Essa análise teórica é feita por juízes e comporta dois tipos distintos de juízes. Se a análise incide sobre a compreensão dos itens, chama-se análise semântica. Se for sobre a pertinência dos itens ao construto que representam, chama-se de análise dos juízes propriamente dita. Assim, antes de partir para a validação final do instrumento piloto, este é submetido a uma análise teórica dos itens, mediante análise semântica e análise dos juízes.

Para a escolha dos participantes do estudo, utilizou-se da amostragem não probabilística intencional, cuja principal característica é não fazer uso de formas aleatórias de seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica conforme será mostrado adiante (MARCONI; LAKATOS, 2002).

4.2 Validação do instrumento segundo o modelo de Pasquali (1998)

Conforme mencionado, o modelo proposto por Pasquali (1998) para construção de instrumentos contempla três procedimentos, por ele denominados de teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O primeiro procedimento contempla a questão da teoria, ou seja, a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida; o segundo consiste nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto, bem como na coleta de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento; e o terceiro, os procedimentos analíticos, determina as análises estatísticas dos dados com vistas à validação do instrumento.

4.2.1 Pólo teórico

Os procedimentos teóricos para a construção do instrumento iniciaram em estudo anterior (OLIVEIRA, 2004) mediante exploração teórica dos principais problemas encontrados pela mulher com o diagnóstico de câncer de mama, complementada com os pressupostos da teoria de Nietzsche (2000) para fundamentar e elaborar os procedimentos subsequentes.

Na teoria de Nietzsche (2000), a tecnologia é considerada como resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados. Estes são organizados e articulados para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com a finalidade prática específica.

Uma vez definida a dimensionalidade teórica do construto, é preciso conceituá-lo de forma detalhada, novamente baseando-se na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência (PASQUALI, 1998).

Para clarificar o construto, foram estabelecidas as definições constitutivas e operacionais da tecnologia educativa (manual) que nortearam o desenvolvimento do instrumento. A definição constitutiva situa o construto, exata e precisamente dentro da teoria, dando, portanto, as balizas e os limites que eles possuem (PASQUALI, 1998).

Adotou-se, como definição constitutiva, a definição da tecnologia emancipatória de Nietzsche (2000) por considerar que ela é concebida e entendida como a apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e cidadania, tendo como condição a possibilidade de experienciar a liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida.

Outros ainda concebem a tecnologia como o conhecimento utilizado na criação ou aperfeiçoamento de produtos e serviços; como o conjunto de conhecimentos, práticos ou científicos, aplicados à obtenção, distribuição e comercialização de bens e serviços (MEDEIROS; MEDEIROS, 1995).

Para deixar claros a definição constitutiva adotada e o objetivo pelo qual se criou o instrumento a ser validado, Nietsche et al. (1999) afirmam que a produção do cuidado requer tecnologias que sejam pensadas e projetadas, incluindo: o reconhecimento de um problema prático; a formulação do problema; a busca de princípios científicos que o apoiem; o desenho do artefato ou processo com base nos princípios; o protótipo para ser experimentado e a avaliação do resultado obtido

As duas definições centram-se na idéia de que a tecnologia envolve uma construção do saber extraídos a partir da prática, possuindo suas particularidades.

Apesar das diferenças, pode-se observar que existe coerência conceitual entre as duas definições, significando que as tecnologias não envolvem simplesmente a criação de produtos e avaliação de seus resultados, mas, sim, algo mais profundo, justificando uma das razões porque se desenvolveu o manual.

A tecnologia do cuidado como uma terminologia específica criada da tecnologia emancipatória significa que melhora o padrão de assistência de enfermagem prestada aos clientes e reduz o custo do tratamento. Nela são incluídos todos os saberes justificados em seus procedimentos e conhecimentos utilizados pelo profissional no cuidado.

Para concluir a etapa dos procedimentos teóricos, houve a operacionalização dos conceitos em temáticas, isto é, buscou-se identificar os possíveis referenciais empíricos da problemática do câncer de mama. Estes ofereceram o conteúdo para compor o corpo do manual. Esse conteúdo tornou-se a definição operacional do conceito.

A construção da tecnologia educativa foi representada por assuntos de maior interesse e relevância dentro da problemática da mulher com câncer de mama.

A construção educativa partiu de idéias encontradas na literatura disponível e pertinente sobre o assunto, das práticas vivenciadas durante os estágios clínicos na clínica oncológica e nas experiências com um grupo de mulheres mastectomizadas.

Dessa forma, o conteúdo teórico do manual foi extraído mediante levantamento bibliográfico e sistemático de diversas fontes: livros técnicos, artigos científicos atuais e outros manuais da área, além de outras fontes bibliográficas descritas no estudo anterior (OLIVEIRA, 2004).

A seguir apresenta-se de forma sintética a operacionalização desse construto. Essa criação foi realizada nas seguintes etapas:

1. Levantamento bibliográfico sobre a temática escolhida feita a diversos setores como: bibliotecas, acervo bibliográfico da orientadora e consultas à internet em banco de dados nos descritores relacionados com a temática – “Câncer de mama”, “Mastectomia” e “Cuidados”;
2. Seleção de artigos e referências relacionadas com a temática;
3. Leitura do material selecionado referente ao assunto;
4. Elaboração dos textos que comporiam as partes do manual;
5. Organização cronológica e coerente dos textos no corpo do manual;
6. Captação e seleção das fotos que ilustrariam o manual;
7. Junção das partes textuais com as ilustrações do manual;
8. Formatação e configuração das páginas;
9. Consultoria a profissionais especializados;
10. Encaminhamento à gráfica para impressão.

Para sistematizar e facilitar o estudo bibliográfico, a literatura levantada foi dividida em quatro blocos importantes: Câncer de Mama, Cuidados, Reabilitação e Legislação, variando de acordo com o levantamento bibliográfico feito e com a relação com pergunta determinada no início do processo.

Com essa finalidade, extraíram-se das pesquisas já realizadas na temática conhecimentos, problemas levantados e evidências que ajudaram a dar cientificidade ao manual.

Cada tema foi estudado a partir de livros, artigos e/ou manuais na área da Saúde Pública, Enfermagem, Oncologia, Mastologia, Fisioterapia, Direito e Metodologia da Pesquisa.

Os assuntos foram divididos em tópicos considerados importantes de acordo com as diversas fontes bibliográficas. Em cada um desses, buscou-se inserir assuntos atuais, os quais foram adaptados ao conhecimento da população-alvo.

4.2.2 Análise dos juízes

Esta análise é também chamada de análise de construto, pois procura verificar precisamente a adequação da representação comportamental dos(s) atributos(s) latentes(s).

Nessa análise, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes poderá servir de critério de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se refere.

A função dos juízes consiste em colocar um X sob o fator ao qual o juiz julga referir o item. Um total de seis juízes será suficiente para realizar esta tarefa. Itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (80%) obviamente apresentam problemas. Nesse caso, deve-se descartá-los do instrumento piloto.

O processo de validação justificou-se na necessidade de validar um instrumento para poder ser aplicado na prática clínica assistencial da enfermagem, assim como de outras

categorias profissionais que têm como enfoque o tratamento e a reabilitação de mulheres mastectomizadas.

Dessa forma escolhemos quatorze profissionais para integrar o comitê de juízes na avaliação da primeira versão do instrumento proposto (manual) com o objetivo de refinar a relação das temáticas e avaliar sua pertinência conceitual referente à reabilitação das mulheres mastectomizadas.

Para a validação do material ora apresentado, os profissionais escolhidos foram os seguintes: três médicos, cinco enfermeiros, três fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional, um pedagogo e um comunicador social.

Essa multiplicidade de profissionais foi adotada pelo fato de que cada um pode dar sua contribuição de forma significativa e de acordo com sua área, no intuito de proporcionar ao instrumento melhor eficácia e qualidade em relação às mulheres mastectomizadas.

Quanto ao número ímpar de profissionais por categoria, foi induzido, pois alguns estudos têm mostrado a importância desta condição para evitar questionamentos dúbios (SAWADA, 1990; LOPES, 2004).

Como parâmetros de análise para a seleção dos especialistas, foram estabelecidos: a titulação, a produção científica e o tempo de atuação com a temática em discussão.

Os critérios de escolha para compor este comitê estão expostos no quadro a seguir:

Quadro 2- Critérios de escolha para a composição do comitê de validação da tecnologia educativa. Fortaleza-CE, 2006

Critério	Pontuação
Ter grau de doutor	3
Ter grau de mestre	3
Ter desenvolvido dissertação de mestrado e tese de doutorado na temática – câncer de mama, reabilitação, tecnologia educativa e/ou validação	3
Possuir especialização na área da mastologia, reabilitação de mastectomizadas	2
Ter trabalhos científicos publicados na área da mastologia, reabilitação e/ou validação	1

Ter experiência profissional na área com mulheres com câncer de mama e/ou reabilitação há mais de dois anos	2
Participar de grupos de pesquisa/projetos que envolvam a temática câncer de mama, tecnologia na saúde	1
Possuir conhecimento sobre a temática – câncer de mama/reabilitação de mastectomizadas	1
Possuir conhecimento sobre a temática – tecnologia educativa, manual educativo	1
Possuir conhecimento sobre a temática – construção e validação de instrumento	1

Fizeram parte deste comitê apenas os juízes cujo perfil preenchia pelo menos três ou mais critérios, exceto o profissional de pedagogia e de comunicação social, tendo em vista que eles avaliaram o manual de acordo com a didática e com a aparência.

Os quatorze juízes a trabalhar nessa etapa foram convidados a participar da pesquisa mediante contato formal por meio de carta convite (APÊNDICE B) pela pesquisadora. Nessa carta, eram explanados o título, os objetivos do estudo e a justificativa do processo de validação e contribuição que eles poderiam dar. Dessa forma, tentava-se despertar-lhes o interesse em participar e devolver o material no tempo proposto.

Ao aceitar, o participante preencheu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebeu uma cópia do manual a ser contemplado e avaliado, mediante um instrumento de avaliação (APÊNDICE E) preenchido pelo examinador.

Foi estabelecido, então, um prazo de vinte dias durante o qual cada profissional leu e preencheu o formulário de análise sugerido, para, em seguida, devolvê-lo ao pesquisador.

Conforme havia sido estabelecido, se o manual fosse considerado adequado e válido nesta fase, passar-se-ia para a etapa seguinte. Em caso negativo (inadequado), seriam acatadas as sugestões e correções mediante discussão e consenso entre a pesquisadora e orientadora. Em seguida, seria submetido a nova avaliação, com os mesmos profissionais, fixando-se o prazo de oito dias para entrega da avaliação final.

Nesse critério, o manual obteve o conceito de adequado na primeira fase, porém com sugestões pertinentes e adequadas, como exposto no capítulo cinco (Discussão dos resultados).

Essa etapa correspondeu à análise de conteúdo preconizada por Pasquali (1997), Cassiani (1987) e Duarte (2001).

4.2.3 Análise semântica

Para encerrar essa etapa de análise teórica, o manual foi submetido a análise semântica e examinado quanto à inteligibilidade em um pré-teste.

Consoante afirma Pasquali (1998), antes de partir para uma validação final do instrumento piloto, este deve ser submetido a uma análise teórica dos itens por meio da análise semântica (população-alvo).

A análise semântica tem como objetivo precípuo verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento se destina.

Com base nesse aspecto, o pré-teste teve como objetivo verificar a compreensão do instrumento por uma amostra de nove mulheres, iniciando-se com o estrato mais baixo da população-alvo, conforme preconiza Pasquali (1998).

Para essa etapa, utilizou-se da técnica de *brainstorming*, sugerida por Pasquali (1998), a qual se constitui de grupos de até quatro pessoas, começando com sujeitos do estrato mais baixo da população-alvo (Grupo 1), e em seguida com um grupo do estrato mais alto (Grupo 2). Se o item for compreendido pelo Grupo 1, passa-se para o outro grupo. Em caso negativo, é preciso rever considerações do grupo. Quanto ao Grupo 2, deverá ser realizada uma sessão de verificação no intuito de evitar que os itens se apresentem demasiadamente simples para tais pessoas.

Participaram dessa etapa três grupos de três mulheres que preencheram os seguintes critérios:

- ✓ Ter sido acometida pelo câncer de mama há mais de seis meses por se considerar que, antes desse período, a mulher ainda se encontra abalada fisicamente e emocionalmente para responder questões pertinentes ao processo de validação;
- ✓ Residir no local onde será realizada a pesquisa, com vistas a possibilitar o contato posterior, se necessário;
- ✓ Ter idade igual ou superior a 18 anos, pois evitará problemas logísticos quanto à obtenção de autorização de pais ou responsáveis para a participação;
- ✓ Ter disponibilidade para participar da sessão de avaliação/validação do manual no prazo determinado;
- ✓ Concordar em participar do estudo e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE);
- ✓ Possuir nível de instrução que proporcione capacidade para leitura e compreensão de textos, além de interpretação de questionários utilizados.

Convém ressaltar que o Grupo 1 foi composto por mulheres com baixo nível de instrução (ensino fundamental); o Grupo 2, por mulheres com nível médio (ensino médio); e o Grupo 3 por mulheres com nível superior (universitário).

No primeiro momento, foi estabelecido contato pessoal com as mulheres. Após os esclarecimentos quanto aos propósitos da pesquisa, fez-se o convite de participação e assinatura do Termo de Consentimento. Esta etapa foi dividida em dois momentos para captação dos dados. Inicialmente, houve uma reunião com os grupos 1 e 2. Quanto ao Grupo 3, as orientações foram enviadas por escrito.

O processo de validação com as mulheres foi realizado individualmente em seu próprio domicílio, por meio da leitura do manual e do preenchimento do instrumento auto-aplicado, ambos sem interferência da pesquisadora. Após a leitura e análise do manual, as mulheres devolveram o instrumento de avaliação (APÊNDICE F) preenchido no prazo estabelecido.

Com a entrega do material pelos três estratos (baixo, médio e alto nível de escolaridade), o manual foi analisado novamente pela pesquisadora e orientadora, e tentou-se acatar as sugestões pertinentes.

Essa etapa é preconizada por Polit, Beck e Hungler (2004) quando frizam que o teste piloto visa testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do “universo” ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu objetivo, portanto, é verificar até que ponto esses instrumentos têm realmente condições de garantir resultados isentos de erros.

Na opinião de Streiner e Normam (2001), o pré-teste talvez seja a melhor maneira de garantir a compreensão dos itens do instrumento pela população-alvo.

A seguir, para facilitar a compreensão do leitor, apresenta-se uma síntese sobre a forma de organização do manual.

4.3 Material educativo a ser validado

O material foi intitulado Manual de orientações a mulheres mastectomizadas; possui 46 páginas e é composto por elementos pré-textuais (capa, contracapa, apresentação, sumário); textuais (o texto específico do assunto, desde a explicação sobre câncer de mama, mastectomia, tratamento, reabilitação, dieta e câncer, a discussão sobre direitos e legislação); e pós-textuais (bibliografia e quarta capa).

No corpo do manual encontram-se diversos assuntos relacionados à temática câncer de mama, a exemplo do processo de reabilitação e de informações básicas indispensáveis à mulher mastectomizada.

Os textos foram elaborados em língua portuguesa, no programa Word for Windows, com letra Time New Roman, tamanho 12 e espaço 1,5. Com vistas a torná-los coerente e compreensível ao leitor, utilizou-se uma linguagem simples, com frases breves. Alguns termos técnicos empregados foram parafraseados e/ou substituídos por explicação acessível ao público a que se destina.

Na capa constam o título e o nome das autoras; no verso da folha de rosto, além do título, os nomes das autoras e dos consultores.

Na apresentação são explicitadas a problemática do câncer de mama atual, assim como a justificativa e relevância de se elaborar um manual de orientações a mulheres mastectomizadas.

Quanto ao conteúdo do manual, inicia-se pelo título “Saiba o que é o câncer de mama”, onde constam explicações sobre o tema.

A seguir, vem “Conhecendo mais sobre o assunto”, onde se aprofundam informações pertinentes, como o auto-exame, o exame clínico das mamas, a mamografia e ultrassonografia.

Adentrando as informações, prossegue-se com o título, “Compreendendo a mastectomia” no qual são repassadas informações sobre como é feita a cirurgia, suas modalidades e os fatores que requerem atenção. Enfocam-se a prevenção, o tratamento e reabilitação, bem como as diversas modalidades do tratamento para o câncer de mama e a importância da qualidade da sua reabilitação.

Em “Cuidados com a mastectomia”, enfatizou-se a importância do apoio da enfermagem à mulher e seu papel como aliada na reabilitação. Foram expostos os cuidados necessários a serem realizados depois da cirurgia. Nos cuidados pós-operatório destacaram-se

os riscos para complicações e as formas de cuidar e evitar possíveis danos à saúde da mastectomizada.

A seguir, sob o título “Tratamento”, são mostrados os principais tipos de tratamento, como a reconstrução mamária, a prótese, além da quimioterapia, da radioterapia e da hormonoterapia.

O próximo tema, denominado “Reabilitação”, orienta quanto à importância da realização precoce de exercícios físicos e mostra como executá-los adequadamente em cada série.

Em prosseguimento, no tema “Convivendo com a mastectomia” são enfatizadas a importância dos grupos de apoio/suporte na vida de mulheres mastectomizadas e orientações sobre como conviver com essa realidade.

O manual finaliza com “Direitos e legislação”. Nesse texto oferece às pacientes informações necessárias para buscarem nas leis recursos e benefícios que melhorem a qualidade de suas vidas.

Quanto às ilustrações utilizadas, resume-se a fotos e figuras distribuídas e correlacionadas com as informações textuais. Além de serem atrativas, tais ilustrações facilitam a memorização e a compreensão dos textos.

As fotos foram apreendidas pela pesquisadora mediante autorização da instituição e dos sujeitos envolvidos, enquanto algumas figuras foram extraídas da internet, mas referenciadas ao próprio manual. Todas as fotos/ilustrações utilizadas estão em colorido, pois a cor, assim como o desenho ilustrativo, favorecem a eficiência da comunicação.

Para a etapa de organização definitiva do manual, houve a participação de um diagramador, o qual, com base nas orientações da pesquisadora, chegou ao produto final – protótipo.

Atualmente, o protótipo do manual encontra-se estruturado e formatado em um programa especializado denominado Microsoft Publisher, impresso e encadernado em espiral. Após devidamente finalizado, irá para a gráfica para impressão e acabamento. Depois destas etapas, será distribuído e aplicado na prática assistencial.

4.4 Técnica de coleta de dados

Realizou-se a coleta de dados no período de abril a junho de 2006.

Os participantes foram convidados para o estudo mediante uma abordagem direta, com autorização prévia dos responsáveis por cada serviço.

Quanto à coleta dos dados, ocorreu por meio de questionário individual construído exclusivamente para esse fim, embasado na literatura pertinente sobre processo de validação e nas experiências de profissionais que trabalham com mastectomizadas.

4.4.1 Questionário de coleta de dados

No intuito de se conhecer a opinião dos participantes sobre o manual, foi construído um instrumento em forma de escala para se obter uma medida mais objetiva da análise de cada um dos itens. Utiliza-se a medida escalar quando se pretende medir a intensidade das opiniões na forma mais objetiva possível (TOBAR; YALOUR, 2001). Como os números tratam de medidas, conseqüentemente representam algum aspecto da realidade, indicando diferentes magnitudes de uma propriedade, isto é, o atributo da realidade estudada (PASQUALI, 1999).

Esse instrumento foi constituído por dois questionários específicos para cada etapa do processo de validação e entregues aos participantes correspondentes. Foram elaborados a partir dos estudos de Lopes (2004) e Doak, Doak e Root (1996) para a obtenção das informações referentes à validação aparente e de conteúdo do manual.

Optou-se por esses dois tipos de questionários por terem sido dois tipos de avaliações. Enquanto o primeiro questionário elaborado, baseado no primeiro autor, traz uma formatação mais complexa, requerendo mais conhecimentos sobre a temática do câncer de mama e do processo de validação, o segundo apresenta questões para avaliação da dificuldade e da conveniência de materiais educativos, denominado de *Suitability Assessment of Materials* (SAM).

O questionário de avaliação dos especialistas (APÊNDICE E) foi dividido em duas partes: a primeira contém informações sobre o avaliador/juiz com o fim de caracterizá-lo quanto a titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área, produção científica; a segunda abrange os itens avaliativos do manual (objetivos, estrutura, apresentação e relevância da estratégia implementada).

Da mesma forma, o questionário de avaliação para as mulheres mastectomizadas (APÊNDICE F) também foi dividido em duas partes. A primeira parte, com os dados pessoais de identificação (nome, idade, tempo de cirurgia, tipo de tratamento a que se submeteu). A segunda, adaptada do instrumento SAM (DOAK; DOAK; ROOT, 1996), traz os itens avaliativos sobre o manual (objetivos, organização, estilo da escrita, aparência e motivação do material educativo).

Em ambos os questionários, no final de cada bloco avaliativo, os juízes justificarão suas respostas ou darão suas sugestões.

Os itens foram elaborados segundo sua importância e relação com o objeto em estudo: manual educativo para mastectomizadas, enquanto as proposições foram apresentadas aos sujeitos em blocos de análise, e organizadas como ferramenta de medição, qual seja, a forma de escala do tipo de Likert, com quatro níveis de resposta, conforme se segue: 1. Totalmente adequado; 2. Adequado; 3. Parcialmente adequado; 4. Inadequado.

Os escores fornecerão, respectivamente, o grau em que o sujeito acredita em si mesmo, dando um conceito de acordo com o seu conhecimento prévio ou adquirido.

4.5 Estudo piloto

Previamente, o instrumento de coleta foi avaliado por dois juízes: um profissional da área da saúde, com experiência em pesquisa, que estudou a temática câncer de mama, tecnologia e/ou validação e que já havia validado um instrumento; e uma mulher mastectomizada com nível de instrução baixo, pois suas sugestões foram úteis na adequação das questões e possíveis ajustes antes do início da coleta.

Convém ressaltar que os participantes dessa etapa não fizeram parte da pesquisa final.

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados captados dos instrumentos receberam tratamento descritivo e foram tabulados, interpretados, processados e analisados, utilizando-se os programas computacionais Excel 2000 e o Software SPSS versão 10.0 for windows, a fim de se obter resultados que permearam a etapa final do estudo.

Na organização dos dados, usaram-se tabelas. Os escores estão descritos por medidas estatísticas: média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das variáveis estudadas.

Foi também calculada a adequação da representação comportamental dos itens.

Para o grupo de juízes foi estimada a correlação linear de Pearson entre os escores das variáveis observadas.

Com vistas a essa análise, reagruparam-se as opções de respostas de 1, 2, 3 e 4 com 1 e 2 (+1), 3 (0) e 4 (-1), onde a resposta de cada juiz poderia variar de -1 a +1 e quanto mais próxima de +1, maior a concordância entre eles de que o item era pertinente (índice de concordância).

As respostas dos juízes produziram médias de concordância que variáveis, como esperado, entre -1 e $+1$.

Seguindo a análise de cada item, em relação às médias obtidas das respostas dos juízes, a maioria dos itens ficou com médias positivas e para as que obtiveram médias inferiores ao esperado, o item foi ajustado e o conteúdo acatado.

Após a fase de análise teórica e avaliação da inteligibilidade, o manual passará pelos procedimentos empíricos e analíticos que serão trabalhados num possível estudo posterior.

Para a avaliação do ILF do material, utilizou-se o ReGra, desenvolvido por uma equipe de lingüistas e profissionais da área de computação do Núcleo Interinstitucional de Lingüística Computacional (NILC) da Escola de Engenharia de São Carlos, da USP, e que está incluído nas versões do Microsoft Office 2000/2003. O ReGra verifica a estrutura sintática da sentença, que pode ser qualquer uma, porque trabalha com um editor de texto aberto. Sua pretensão não é entender e sim extrair e oferecer opções gramaticais corretas de construção.

Com vistas a essa avaliação, o material foi dividido conforme a ordem dos tópicos apresentados no manual, e feita, então, a análise na íntegra de cada passagem dos textos.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com o exigido, a pesquisa foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas do Hospital do Câncer do Ceará (HCC). Contudo, a coleta só foi iniciada mediante sua aprovação por escrito. Desse modo, atendeu aos preceitos ético-legais recomendados na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

O estudo teve a anuência da coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem na folha de rosto, documento necessário para encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê

de Ética em Pesquisa do hospital onde foi captada a maioria dos profissionais, por se tratar de uma pesquisa com profissionais de diversas áreas, e pela presidente da Associação Cearense das Mastectomizadas, em virtude de os sujeitos serem mulheres mastectomizadas e cadastradas nessa associação.

Em cada uma das etapas mencionadas, os sujeitos da pesquisa foram contatados e informados sobre a relevância e os objetivos do estudo. Assim tornava-se explícita sua participação de forma voluntária, garantindo o total sigilo e anonimato, bem como a possibilidade de desistência na pesquisa, se o desejassem. Após essas orientações, todos os participantes concordantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde confirmavam sua permissão legal na participação da pesquisa.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na tentativa de efetivar a validação do manual, os questionários, juntamente com o manual, foram trabalhados. De posse dos instrumentos preenchidos e do manual com as devidas sugestões, iniciou-se a organização das informações.

Como se tratava de várias informações, decidiu-se separar as informações captadas nos questionários das sugestões feitas no próprio manual, pois quando compiladas formaram um conjunto de informações importantes que não poderiam ser desprezadas.

A princípio, os participantes foram divididos em dois grupos. O Grupo 1, formado pelos juízes-especialistas, e o Grupo 2, pelas mulheres mastectomizadas. A seguir foi traçado o perfil de cada um, e, logo depois, o processo de avaliação do manual por cada grupo, respectivamente.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Em ambos os grupos, foram realizados tratamentos numéricos, mediante a análise da frequência absoluta, apresentando as variáveis encontradas em cada instrumento proposto.

Os dados quantitativos foram organizados de acordo com a frequência e expostos na forma de gráficos e tabelas.

A seguir são apresentadas as características dos dois grupos:

GRUPO 1 (Juízes-especialistas)

Segundo mencionado, o Grupo 1, foi formado por quatorze juízes (especialistas) que obtiveram 3 ou mais critérios e somaram acima de 3 pontos, conforme o estabelecido na metodologia (Quadro 2). Esses profissionais de diferentes categorias foram codificados pela

inicial da sua profissão, seguida da numeração seqüenciada (três médicos - M1, M2 e M3; cinco enfermeiras - E1, E2, E3, E4 e E5; três fisioterapeutas - F1, F2 e F3; uma terapeuta ocupacional - TO, uma pedagoga - P e uma comunicadora social - CS).

Os dados de identificação deste grupo foram reunidos segundo as variáveis: profissão, sexo, faixa etária, área de trabalho, tempo de formação, função e tempo de trabalho.

Para efeito didático, a caracterização do Grupo 1 é dada com a sua distribuição no quadro a seguir:

Quadro 3 - Demonstrativo pessoal e profissional dos juízes-especialistas que analisaram o material educativo proposto. Fortaleza-CE, 2006

Nº	Profissão	Sexo	Idade	Área de trabalho	Tempo de formação	Função/Cargo	Tempo de trabalho
1	Médico	M	43	Mastologia	16 anos	Médico do serviço/cirurgião	11anos
2	Médico	M	36	Mastologia	10 anos	Médico do serviço	10 anos
3	Médica	F	47	Mastologia e ginecologia	23 anos	Ginecologista e mastologista*	4 anos**
4	Enfermeira	F	46	Oncologia	19 anos	Enfermeira e professora	19 anos
5	Enfermeira	F	41	Oncologia	14 anos	Enfermeira-chefe	7 anos
6	Enfermeira	F	55	Ensino e pesquisa	29 anos	Coordenadora de mestrado	29 anos
7	Enfermeira	F	62	Oncologia e saúde do adulto	41 anos	Docente Professora adjunta	16 anos**
8	Enfermeira	F	56	Docência (ensino superior)	33 anos	Professora titular	33 anos
9	Fisioterapeuta	F	54	Reabilitação	29 anos	Fisioterapeuta*	23 anos
10	Fisioterapeuta	F	43	Oncologia	22 anos	Serviço de fisioterapia	7 anos
11	Fisioterapeuta	F	35	Oncologia	10 anos	Coordenadora do serviço de fisioterapia	7 anos
12	Terapeuta Ocupacional	F	25	Inclusão social	2 anos	Terapeuta ocupacional	1 ano e meio
13	Pedagoga	F	62	Pedagogia	22 anos	Supervisora	19 anos
14	Comunicadora Social	F	24	Assessoria comercial	18 meses	Gerente de marketing	1 ano

* Não trabalha em instituição de saúde. Tem seu próprio consultório.

** O tempo de trabalho referido foi na área da mastologia.

No respeitante à variável sexo, a maioria dos juízes-especialistas é do sexo feminino. Isto mostra a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho. Não se pode negar, no entanto, que, mesmo num quadro de persistência de desvantagens na integração da mulher no mercado de trabalho, alguns casos registram melhores oportunidades de ascensão a posições mais qualificadas e socialmente mais valorizadas (HOLZMANN, 2000).

Ao se relacionar as variáveis profissão e idade, os dados apresentaram os resultados constantes da tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da idade dos juízes-especialistas segundo a profissão. Fortaleza-CE, 2006

Profissão	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Médico	3	42,0	5,6	36	43,0	47
Enfermeira	5	52,0	8,4	41	55,0	62
Fisioterapeuta	3	44,0	9,5	35	43,0	54
Terapeuta Ocupacional	1	25,0	-	25	25,0	25
Pedagoga	1	62,0	-	62	62,0	62
Comunicadora Social	1	24,0	-	24	24,0	24
Total	14	44,9	12,2	24	44,5	62

Obs.: Não se estima desvio padrão de uma amostra de tamanho unitário.

Verificando os dados das enfermeiras, as quais representam o maior número de profissionais por categoria, conforme se observa, a idade média das cinco entrevistadas é de 52 anos, com um desvio padrão de 8,4 anos. A idade mínima é de 36 e a máxima, de 62 anos. Já a mediana é de 55 anos.

Como mostram os dados, as enfermeiras, assim como os demais profissionais, caracterizam-se como adultos, numa fase de vida marcada pela atividade profissional, econômica e produtividade social.

Quanto ao tempo de formação (anos) e tempo de trabalho (anos) por profissão, as tabelas a seguir evidenciam estas variações:

Tabela 2 - Distribuição dos juízes-especialistas segundo o tempo de formação (anos) e respectiva profissão. Fortaleza-CE, 2006

Profissão	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Médico	3	17,3	5,1	13,0	16,0	23,0
Enfermeira	5	27,2	10,8	14,0	29,0	41,0
Fisioterapeuta	3	20,3	9,6	10,0	22,0	29,0
Terapeuta Ocupacional	1	2,0	-	2,0	2,0	2,0
Pedagoga	1	22,0	-	22,0	22,0	22,0
Comunicadora Social	1	1,5	-	1,5	1,5	1,5
Total	14	19,6	11,3	1,5	20,5	41,0

Obs.: Não se estima desvio padrão de uma amostra de tamanho unitário.

Tabela 3 - Distribuição dos juízes-especialistas segundo o tempo de trabalho (anos) e respectiva profissão. Fortaleza-CE, 2006

Profissão	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Médico	3	8,3	3,8	4,0	10,0	11,0
Enfermeira	5	25,6	12,9	7,0	29,0	40,0
Fisioterapeuta	3	12,3	9,2	7,0	7,0	23,0
Terapeuta Ocupacional	1	1,5	-	1,5	1,5	1,5
Pedagoga	1	19,0	-	19,0	19,0	19,0
Comunicadora Social	1	1,0	-	1,0	1,0	1,0
Total	14	15,1	12,3	1,0	10,5	40,0

Obs.: Não se estima desvio padrão de uma amostra de tamanho unitário.

Tanto o tempo de formação como o de trabalho dos enfermeiros apresentaram-se maior em relação aos outros. Esse achado pode ser atribuído ao número maior de profissionais enfermeiros. Além disso, esses profissionais escolhidos possuíam as maiores idades em relação os demais.

Como afirmam Moriya et al. (1998), a construção do conhecimento na enfermagem constitui-se no produto de um processo que vem se delineando no desenvolvimento do trabalho em saúde e nas relações sociais que vão se estabelecendo entre os diversos profissionais da área e as transformações sociais.

Ainda sobre essa realidade, segundo Carvalho (2000), o avanço profissional da construção científica impõe-se principalmente pela pesquisa, e a enfermagem, por ter raízes científicas, necessita dar testemunho de sua atualidade na história e ciência do seu tempo.

Ademais, esses dados indicam que os especialistas escolhidos possuem boa experiência em sua área de trabalho, critério essencial para a análise do material a ser avaliado.

Outra variável também importante proposta para o processo de análise foi a titulação de cada juiz.

A formação acadêmica e a área de atuação podem ser indicadores de que os especialistas têm formação e atuam na área da mastologia, por isso, considera-se que a experiência de trabalho associada à titulação contribui de forma significativa para uma boa análise do material.

Tabela 4 - Distribuição dos juízes-especialistas segundo sua profissão e a titulação. Fortaleza-CE, 2006

Título	Profissão						Total
	Méd.	Enf.	Fisio.	Terap. Ocup.	Ped.	Com. Social	
Doutorado - Livre -docência	0	1	0	0	0	0	1
Doutorado	0	2	0	0	0	0	2
Mestre	1	1	0	0	0	0	2
Especialista	2	1	3	0	1	0	7
Graduação	0	0	0	1	0	1	2
Total	3	5	3	1	1	1	14

Vimos que a qualificação é um importante passo na aquisição de conhecimentos técnicos, exigindo constante atualização. Nesse grupo, temos um expressivo número de profissionais com pós-graduação (12), principalmente na área temática do estudo (oncologia e/ou mastologia), o que indica preocupação e busca pelo aperfeiçoamento profissional.

As profissões, assim com as especialidades, surgem em decorrência de demandas sociais ou do avanço científico e tecnológico. Na área da oncologia, a crescente incorporação tecnológica nas ações de controle do câncer exige a formação de profissionais com base de conhecimentos especializados que lhes possibilitem organizar e implementar práticas qualificadas, ampliadas e integradas de cuidados à saúde da clientela-alvo da oncologia (GUTIÉRREZ, 2004). Reforçando essa necessidade, Demo (1997), enfatiza que o profissional

de qualidade não é aquele que apenas executa sua profissão, mas sobretudo quem sabe pensar e refazer sua profissão.

GRUPO 2 (Mulheres Mastectomizadas)

O Grupo 2 foi formado por nove mulheres mastectomizadas, sendo a maioria (6) captada na Associação Cearense das Mastectomizadas (ACM), enquanto as demais (3) foram escolhidas por indicação da orientadora, além de obedecerem aos critérios de inclusão. As mulheres foram identificadas pelas letras “MM”, significando “mulher mastectomizada”, seguida do número referente à sua ordem na análise.

Quadro 4 - Demonstrativo das mulheres mastectomizadas que participaram do processo de validação do material educativo proposto. Fortaleza-CE, 2006

Nº	Idade	Grau de instrução	Tipo de cirurgia	Tempo de cirurgia	Outros tratamentos	Participação em grupo de apoio
MM1	50	Ensino fundamental incompleto	Mastectomia radical	6 anos	Quimioterapia Radioterapia	Sim
MM2	48	Ensino fundamental incompleto	Mastectomia bilateral	10 anos	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia	Sim
MM3	77	Ensino fundamental completo	Mastectomia radical à esquerda	9 anos	Radioterapia	Sim
MM4	32	Ensino médio completo	Mastectomia radical	4 anos	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia	Sim
MM5	46	Ensino médio completo	Mastectomia radical modificada	4 anos	Quimioterapia Radioterapia	Sim
MM6	55	Ensino médio completo	Mastectomia radical à esquerda	7 anos	Quimioterapia Radioterapia	Sim
MM7	40	Superior completo	Mastectomia radical modificada	2 anos	Quimioterapia Hormonoterapia	Sim
MM8	51	Superior completo	Mastectomia	4 anos	Não referiu	Não
MM9	47	Superior completo	Mastectomia	10 anos	Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia	Sim

Ao se analisar os dados deste quadro, encontrou-se que a idade das nove mulheres variou de 32 a 77 anos. Já a idade mínima dos entrevistados é de 32 anos e a máxima é de 77.

A média de idade das mulheres que compõem o estudo foi compatível com o estudo de Santos (2004) e encontra-se dentro da faixa etária de maior incidência do câncer de mama feminino, situada entre 40 e 69 anos (INCA, 2004).

Ainda conforme se observa, no quadro 4, das nove entrevistadas, 22,2% possuem o ensino fundamental incompleto, 11,1% o ensino fundamental completo, 33,3% o ensino médio completo e 33,3% o ensino superior.

Como recomendado por Santos (2004), o nível de escolaridade deve ser levado em consideração por quem trabalha com grupos, pois sinaliza a maneira como a comunicação deve ser efetivada nas reuniões. Para que as mulheres se sintam confortáveis e estimuladas a participar do processo grupal, a linguagem deve ser compatível com o grau de conhecimento do grupo.

Quanto ao tipo de cirurgia, 100% apresentaram a modalidade de mastectomia radical. Portanto, confirmam as conclusões de Farstein (1989) quando refere que nos Estados Unidos a mastectomia radical é realizada somente em 3% dos casos, enquanto no Brasil um grande número de cirurgiões ainda continua relutante em aceitar uma nova forma terapêutica, submetendo suas pacientes às formas mais radicais de terapia. Outro fator associado é que, na maioria das vezes, as mulheres objeto de análise não têm acesso a um serviço público de saúde de qualidade e, quando o procuram, a doença já se encontra em estágio avançado (GONÇALVES; DIAS, 1999).

De acordo com os dados, o tempo médio de mastectomia apresentado no estudo foi de seis anos. Na opinião de Santos (2004), este é um fator de importância como parâmetro de evolução de tratamento, e também se constitui em um indicador de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Quanto à participação em grupos, apenas uma mulher relatou não fazer parte. As demais se beneficiam das vantagens que este pode oferecer. Sobre esses benefícios, como

refere Miranda (2000), os grupos de apoio são úteis em qualquer estágio da doença, acompanhando o diagnóstico, o tratamento e a adaptação à vida pós-câncer. Além disso, possibilitam vínculo e suporte como uma forma de retomar sua vida, seu espaço na sociedade a caminho da reabilitação (CAVALCANTI; FERNANDES; RODRIGUES, 2002).

5.2 Validação de aparência do instrumento

5.2.1 Acatando as sugestões dos juízes

Durante a leitura, os especialistas foram orientados a anotar no próprio manual as correções e recomendações que julgassem necessárias. Dessa orientação, surgiram sugestões consideradas pertinentes, as quais foram acatadas para o aperfeiçoamento do manual educativo proposto.

Essas recomendações estão apresentadas, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 5 - Resumo dos tópicos avaliados pelos juízes-especialistas, problemas identificados e respectivas mudanças sugeridas e acatadas conforme a avaliação do manual. Fortaleza-CE, 2006

Tópicos avaliados	Problemas identificados	Mudanças sugeridas e acatadas
Apresentação	Termos técnicos Não está direcionada para a mulher Termos que expressam aspectos negativos	Substituir os termos técnicos por expressões que possam ser entendidas pelas mulheres Direcionar a apresentação com as informações voltadas para a mulher de forma a convidá-la a ler o manual Substituir os termos “agressivos”, “traumatizantes”, “câncer que mais mata”
Conhecendo mais sobre o assunto	Substituir termos Especificar onde a mulher faz o ECM O assunto “mamoplastia” não é de grande interesse para a mastectomizada	Substituir “associado” por “relacionado” Substituir “consequências mentais” por “psicológicas” Substituir “sem os sinais e sintomas” por “na fase inicial da doença” Substituir “sistematização” por “seqüência” Acrescentar que é na “consulta ginecológica” que a mulher realiza o ECM Excluir esse tópico

	<p>O assunto “grupos de apoio” deve ser colocado ao final do manual</p> <p>O assunto “prótese mamária” está solto</p> <p>Especificar como se realiza a massagem no AEM</p> <p>Substituir termos</p> <p>Acrescentar informações</p>	<p>Redirecionar o assunto “grupos de apoio” para o final do manual</p> <p>Colocar o assunto “prótese mamária” junto com “reconstrução mamária”, seguindo uma sequência lógica</p> <p>Acrescentar “movimentos circulares” no esquema do AEM</p> <p>Substituir “produtos” por “derivados”</p> <p>Acrescentar o “uso da braçadeira para reverter e/ou prevenir o linfedema”</p> <p>Acrescentar “procure ajuda nutricional, para melhorar o funcionamento orgânico”</p>
Compreendendo a mastectomia	<p>Atualização de literatura</p> <p>Desorganização das figuras</p> <p>Não apresenta a definição de câncer de mama</p>	<p>Inserir informações atuais, complementando as informações antigas</p> <p>Referir que a cirurgia conservadora é o tratamento mais utilizado atualmente</p> <p>Individualizar os parágrafos com as ilustrações de acordo com a modalidade da cirurgia</p> <p>Iniciar com o tópico “Saiba o que é o câncer de mama”</p>
Tratamento e reabilitação	<p>Definir o uso do termo “mulher” ou “paciente”</p> <p>Informações desnecessárias</p> <p>Substituição de termos</p>	<p>Adotar o uso do termo “mulher”</p> <p>Refazer as informações como se fosse orientando a mulher</p> <p>Rever os aspectos positivos da reconstrução mamária</p> <p>Retirar as “indicações da reconstrução mamária”</p> <p>Substituir “seqüelas” por “alterações”</p> <p>Substituir “maneira profissional” por “equipe de vários profissionais”</p>
Quimioterapia radioterapia e hormonoterapia	<p>Informações erradas sobre a ação do hormônio tamoxifeno</p> <p>Acrescentar informações em quimioterapia</p> <p>Substituição de termos</p>	<p>Corrigir “informações” por “bloqueia os receptores e impede os efeitos dos hormônios sobre o tumor”</p> <p>Acrescentar as precauções em caso do aparecimento dos sintomas</p> <p>Substituir “na maioria dos casos” por “geralmente”</p> <p>Substituir “leves queimaduras” por “queimaduras”</p> <p>Substituir “endovenosa” por “na veia”</p> <p>Substituir “mucosas” por “pele”</p>
Cuidados com a mastectomia	<p>Apresenta verbos que não indicam ação</p> <p>Falta uma breve apresentação antes do tópico “cuidados”</p>	<p>Substituir o verbo “evite” por verbos mais contundentes que indicam ação</p> <p>Escrever uma breve apresentação falando sobre o papel da enfermagem no autocuidado da mulher</p>

Reabilitação	<p>Substituir termos</p> <p>Falta orientação à paciente sobre a anotação da drenagem da ferida</p> <p>Acrescentar informações importantes sobre o dreno</p> <p>As informações não estão direcionadas para a paciente</p> <p>O título do tópico não está anunciando o assunto</p> <p>O número de repetições de cada exercício não segue um padrão</p> <p>Falta colocar a angulação do braço de alguns exercícios</p> <p>Termo desnecessário</p>	<p>Substituir “descubra” por “retire”</p> <p>Substituir “realizar alongamentos” por “realizar automassagem”</p> <p>Excluir o termo “creme terapêutico”</p> <p>Substituir “ferir-se” por “machucar-se”</p> <p>Inserir um quadro ensinando a mulher a medir a drenagem diária, pois esse dado será dado ao médico na consulta de retorno</p> <p>Acrescentar “Mantenha a sanfona sempre abaixo da cintura para facilitar a drenagem”</p> <p>Acrescentar que “a mulher pode mexer o braço até o seu limite”</p> <p>Direcionar as informações para a paciente</p> <p>Trocar o título do tópico por “Exercícios práticos para o pós-operatório”</p> <p>Padronizar o número de repetições de cada exercício (repetir 10 vezes)</p> <p>Colocar o ângulo de 90° nos exercícios elevador e baliza</p> <p>Retirar o termo “perdidos” de “...movimentos perdidos”</p>
Convivendo com a mastectomia	<p>O 1º e o 2º parágrafos estão confusos quanto a quem está direcionado</p> <p>Não especifica que profissionais fazem parte dos grupos de apoio</p> <p>O último tópico das finalidades está sem sentido</p>	<p>Direcionar o 1º e o 2º parágrafos para a mulher</p> <p>Acrescentar que são os profissionais de saúde que fazem parte dos grupos de apoio</p> <p>Retirar o último tópico das finalidades</p>

Ao analisar este quadro, conforme se observa, a maioria dos problemas identificados diz respeito a alterações de determinados termos ou expressões, por meio da substituição, exclusão ou acréscimo de palavras que facilitariam a compreensão da população-alvo—mulheres mastectomizadas.

A justificativa para acatar essas recomendações foi evitar que o grau de complexidade vocabular fosse elevado e que faltassem informações relevantes à clientela, problemas esses ocorridos no estudo de Glanz e Rudd (1990), com a avaliação de 38 impressos sobre o controle de colesterol.

Entre os problemas detectados, “atualização da literatura”, “informações erradas sobre a ação do hormônio tamoxifeno”, “acrescentar informações em quimioterapia”, considera-se que eles tenham sido identificados por já existirem assuntos atuais e de relevância para as mulheres que não foram citados, talvez pelo tempo decorrido desde sua elaboração até o momento atual.

De acordo com Brasil (1998), as informações precisam ser cientificamente corretas, devendo ser transmitidas de forma progressiva, consistente e mais completa possível. Elas, muitas vezes, constituem mensagens fidedignas da literatura científica.

Na detecção de erros, o problema “substituição de termos” foi encontrado em quase todos os tópicos. Segundo Silva (2005), os termos técnicos e os eufemismos desnecessários devem ser evitados. A linguagem deve ser clara, simples e direta. Dessa forma, deve-se evitar a ordem inversa, frases complexas ou longas demais, assim como qualquer informação não relevante. Em benefício da clareza e objetividade é necessário utilizar um vocabulário adequado à clientela.

Consoante Garrud, Wood e Tsainsby (2001), o conteúdo deve transmitir claramente a informação e/ou orientação para que o público-alvo o entenda e não haja possibilidade de interpretações errôneas.

5.3 Validação do conteúdo do instrumento

5.3.1 Avaliação dos juízes

Foram analisadas as respostas dos juízes de forma quantitativa, por meio dos itens do instrumento de coleta que abordavam blocos de análise com as opções de resposta.

Para emitir sua opinião, os especialistas procederam à leitura do respectivo material impresso e depois responderam às questões entre quatro níveis, conforme apresenta a

forma da escala tipo Likert. Os níveis variaram de: 1. Totalmente adequado; 2. Adequado; 3. Parcialmente adequado; 4. Inadequado.

Segundo Pasquali (1999), a escala Likert tem a preocupação de verificar o nível de concordância do sujeito sobre uma série de afirmações, que expressem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. Mas não consiste em procurar determinar o valor escalar dos itens.

A seguir, apresentam-se as respostas obtidas com a coleta de dados e o índice de concordância de cada item avaliado. Essa apresentação obedece à ordem do instrumento de avaliação conforme a seqüência dos blocos de itens com as questões a serem avaliadas (APÊNDICE E).

Tabela 5 - Distribuição das freqüências absolutas dos escores obtidos dos juízes-especialistas segundo os itens objetivos, estrutura e apresentação e relevância do instrumento de avaliação. Fortaleza-CE, 2006

Respostas Itens	ESCORES				Amostra
	TA	A	PA	I	
1.1	8	5	1	0	14
1.2	6	7	1	0	14
1.3	5	7	2	0	14
1.4	7	4	3	0	14
1.5	5	8	1	0	14
2.1	6	7	1	0	14
2.2	5	4	5	0	14
2.3	7	5	2	0	14
2.4	5	4	4	1	14
2.5	5	6	3	0	14
2.6	3	6	4	1	14
2.7	4	7	3	0	14
2.8	7	5	2	0	14
2.9	9	4	1	0	14
2.10	8	4	2	0	14
2.11	8	6	0	0	14
2.12	8	3	1	2	14
3.1	8	5	1	0	14
3.2	6	7	1	0	14
3.3	5	7	2	0	14
3.4	9	4	1	0	14
3.5	8	5	0	1	14
Total	142	120	41	5	14

As respostas ora apresentadas referem-se aos três blocos de itens (1.objetivos; 2. estrutura e apresentação; e 3. relevância) sobre o manual avaliado pelos juízes-especialistas, de forma que se os quatorze juízes respondessem todos os itens, o primeiro bloco receberia setenta respostas, o segundo 168 e o terceiro setenta.

Como mostra a tabela, houve uma tendência dos juízes a optarem pelas respostas de forma concordante. Ao analisar todos os itens, a maioria das respostas ficou entre totalmente adequado (142) e adequado (120). Diante disso, pode-se inferir que não houve indicação significativa de discordância, pois dos 22 itens e das quatro opções de respostas, apenas cinco obtiveram escores inadequados.

Bloco 1 – Esse bloco (objetivos) refere-se aos propósitos, metas ou fins a serem atingidos com a utilização do manual. Nele, as respostas foram as seguintes: 31 para totalmente adequado (TA), 31 para adequado (A) e 8 para parcialmente adequado (PA). Portanto, conforme se infere, das 70 (100%) opções de respostas, 62 (88,5%) foram para TA e A. Sobre este aspecto, o manual é adequado quanto aos objetivos propostos. Para os juízes cujas respostas foram PA, estas foram as justificativas:

“Precisa mais informação para a paciente antes da cirurgia de mastectomia” (F1).

“Pode propiciar mudanças...mas a mudança de comportamento e atitude exige mais uma série de ações que vão muito além da disponibilização de material educativo” (E4).

“Acredito estar um pouco incompleto, devido à falta de alguns conceitos como o de cirurgia conservadora e sua complementação obrigatória, a iodoterapia, como também o conceito já totalmente aceito e incorporado na prática médica e do conhecimento das pacientes, o linfonodo sentinela” (M3).

“Pode circular sim. No entanto, o objetivo não é atingir os profissionais, mas as mulheres mastectomizadas” (E4).

“Se considerar a responsabilidade institucional com a orientação dos usuários, atende” (E4).

Como ressalta Serxner (2000), a justificativa do juiz (E4), um material bem elaborado ou uma informação de fácil entendimento, melhora o conhecimento e a satisfação

do paciente, desenvolve ações que influenciam o padrão de saúde e favorece a tomada de decisão, além de contribuir na redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde.

Quanto à inserção de assuntos atuais foi acatada, conforme se mostrou a justificativa dada por M3 para acrescentar informações atuais sobre novas técnicas de cirurgias conservadoras. É procedente, pois essas técnicas são adotadas pelas recentes linhas de pesquisa que procuram definir o papel da preservação dos linfonodos axilares com base na biópsia do linfonodo sentinela e da limitação da ressecção mamária pela ablação do tumor guiada por métodos de imagem, e a simplificação do tratamento radioterápico tem sido obtida por meio da braquiterapia intersticial e feixe de elétrons intra-operatório. Na verdade, tentou-se introduzir conhecimentos atuais e necessários para o entendimento da mulher de forma que estivessem no nível de compreensão delas.

- Bloco 2 – Esse bloco (estrutura e apresentação) refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, sua estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. As respostas foram: 75 para totalmente adequado (TA), 61 para adequado (A), 28 para parcialmente adequado (PA) e 4 para inadequado (I). Portanto, das 168 (100%) opções de respostas, 136 (80,95%) foram para TA e A, o que torna o manual válido quanto a esse bloco. Quanto aos itens que não tiveram adequação, alguns juízes assim justificaram, como este:

“Embora não houvesse informações de nível sociocultural do público-alvo, considere que por se tratar de usuárias do SUS o conteúdo precisa ser revisto para melhor adequá-lo a esse público” (E4).

É comum encontrar-se impressos com ilustrações fora do contexto sociocultural, impressão pouco legível, textos com linguagem bastante técnica, períodos e palavras longas. Tais características podem diminuir o interesse pela leitura e/ou dificultar a compreensão. Desse modo, o material torna-se inadequado à maioria da clientela, e não só compromete a compreensão, como também interfere no processo educativo (MOREIRA; SILVA, 2006).

Para esse bloco também foram detectados erros ortográficos. Diante disso, sugeriu-se uma revisão de texto. Sobre essa sugestão Bacelar et al. (2004) relatam a

importância da língua portuguesa para a área médica e/ou saúde. Visto serem os profissionais de saúde responsáveis por assistir o paciente, orientar, realizar procedimentos e técnicas, estes devem ser congruentes e expressarem devidamente o português, seja de forma falada ou escrita. Assim, o manual foi revisado pela pesquisadora e pela orientadora para posteriormente ser submetido a uma revisão gramatical mais apurada por profissional especializado.

Quanto ao item 2.12, que pergunta se o número de páginas está adequado, houve respostas discrepantes, como as seguintes:

“O conteúdo do material está muito longo” (E5).

“Está no tamanho certo, ótimo para ler em qualquer local...consultórios, hospitais, salão de beleza, companhias de turismo, etc.” (F1).

- Bloco 3 – Esse bloco (relevância) refere-se a características que avaliam o grau de significação do material educativo. As respostas foram as seguintes: 36 para totalmente adequado (TA), 28 para adequado (A), 5 para parcialmente adequado (PA) e 1 para inadequado (I). Desse modo, das 70 (100%) opções de respostas, 64 (91,42%) foram para TA e A, o que torna o manual válido para esse bloco também. Para as respostas desse bloco, alguns juízes justificaram de forma positiva, enquanto outros de forma negativa, como mostram as falas:

“O manual contém uma série de orientações que abrangem diversos profissionais da equipe de saúde, podendo ser usado por todos eles” (E4).

“Quanto mais reforçado, melhor fica....além de incentivar a paciente a discutir suas dúvidas com os profissionais” (F1).

“Pela experiência, percebo a dificuldade das mulheres em realizar certos exercícios. Acredito que sozinhas podem fazer de forma inadequada. O ideal é que elas tenham atendimento e quando receberem alta possam continuar realizando em casa com base nas ilustrações”(F3).

“Há necessidade de revisão de conceitos e atualização do conhecimento” (E5).

Como é notório, o processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado, entre outros recursos, pela

utilização de material impresso. Sobre esse atributo, Anderson et al. (1995) afirmam que para os pacientes crônicos, a educação é decisiva por apoiar e facilitar a tomada de decisões, e as informações escritas ou orais devem-lhes ser dirigidas com o objetivo de ajudá-los a determinarem as metas do autocuidado e a buscarem soluções para os problemas enfrentados. Esse recurso é de grande relevância tendo em vista que um número considerável de pacientes encontra dificuldades para adquirir informações básicas e vitais necessárias à saúde, as quais, predominantemente, são apresentadas na forma impressa.

5.3.1.1 Adequação da representação comportamental dos itens

A análise da representação comportamental dos itens é o nome dado para o valor da estatística calculada que corresponde à média aritmética dos escores do item analisado pelos avaliadores (1 é usado quando a avaliação é positiva, 0 quando não é nem positiva nem negativa e -1 quando a avaliação é negativa).

Para executar esses cálculos procedeu-se a uma re-categorização dos escores, considerando:

Concordância, quando o item é avaliado como totalmente adequado ou adequado = **escore 1**.

Indecisão, quando o item é avaliado como é parcialmente adequado = **escore 0**.

Discordância, quando o item é avaliado como inadequado = **escore -1**.

Foram considerados validados os itens que obtiveram nas respostas índices de concordância entre os juízes maior ou igual a 80%. Apesar de a literatura apontar um índice de concordância maior ou igual a 70% (PERROCA, 1996), optou-se por um índice de maior concordância pelo fato de não se ter conhecimento de estudos já realizados validando manuais para mulheres mastectomizadas.

A tabela a seguir apresenta os índices percentuais de concordância entre os juízes no enunciado de cada bloco e de cada item. Nela se destacam os índices inferiores a 0,8 (80%).

Tabela 6 - Índices percentuais de concordância segundo a avaliação de conteúdo dos juízes-especialistas, na versão do instrumento piloto do manual. Fortaleza, CE, 2006

Grupo de Itens	Item	Media
Objetivos	1.1	0,93
	1.2	0,93
	1.3	0,86
	1.4	0,79 ^a
	1.5	0,93
Estrutura e apresentação	2.1	0,93
	2.2	0,64 ^b
	2.3	0,86
	2.4	0,57 ^b
	2.5	0,79 ^a
	2.6	0,57 ^b
	2.7	0,79 ^a
	2.8	0,79 ^a
	2.9	0,93
	2.10	0,86
Relevância	2.11	1,00
	2.12	0,64 ^b
	3.1	0,93
	3.2	0,93
	3.3	0,86
	3.4	0,93
	3.5	0,86

Obs.: ^a Corresponde ao Índice limítrofe de concordância; ^b Corresponde ao Índice abaixo do parâmetro definido de concordância.

Nessa etapa de validação, alguns itens do instrumento e suas respectivas definições operacionais atingiram a meta proposta de 80% de concordância entre os juízes. Os itens 1.4, 2.5, 2.7 e 2.8 tiveram avaliação 0,79. De acordo com tais avaliações, os juízes não consideraram estes itens adequados. Foi, então, necessário fazer alguma modificação na representação desses itens para o manual. Porém, como este valor está bastante próximo de 0,8, as modificações sugeridas são mínimas, mas pelo critério adotado, foram feitas.

Já os itens 2.2, 2.4, 2.6 e 2.12 tiveram índices abaixo do parâmetro adotado e, conseqüentemente, precisaram ser reformulados na representação que eles têm para o manual. Assim, procederam-se às reformulações conforme as sugestões acatadas e apresentadas anteriormente por achá-las pertinentes.

Convém ressaltar que outros itens, apesar de terem atingido o índice proposto (0,8), também foram reformulados.

5.3.1.2 Correlacionando os itens – Índice de correlação de Pearson

A correlação de Pearson mede o grau de associação linear, que pode ser positiva ou negativa. Entre duas variáveis numéricas, considera-se a correlação linear positiva quando seu cálculo está próximo de 1.

Conforme se definiu em módulo, a correlação linear de Pearson variou da seguinte forma:

0 ---| 0,2 : Correlação muito fraca
 0,2 |---| 0,4 : Correlação fraca
 0,4 |---| 0,6 : Correlação regular
 0,6 |---| 0,8 : Correlação boa
 0,8 |---| 1 : Correlação muito boa
 1 : Correlação excelente

Com vistas a uma melhor compreensão, decidiu-se por extrair da matriz de correlação (APÊNDICE G) apenas os itens que tiveram correlação boa (maior de 0,6). Portanto, as demais correlações foram excluídas por apresentarem itens linearmente independentes.

Para complementar as informações textuais, apresentam-se, no gráfico a seguir, os resultados da matriz de correlação linear de Pearson do bloco 1.

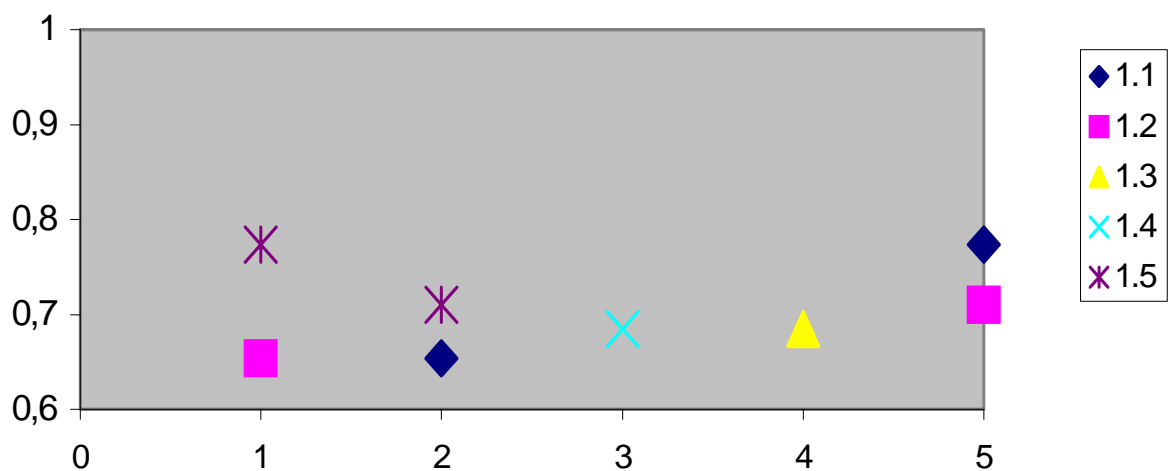


Gráfico 1 - Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão objetivos do instrumento de avaliação. Fortaleza, CE, 2006

De acordo com os resultados apresentados na matriz de correlação linear de Pearson do bloco 1, vê-se que:

O item 1.1 (São coerentes com as necessidades da mulher mastectomizada) apresenta boa correlação com os itens 1.2 (São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação) e 1.5 (Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação).

Correlação de Pearson itens 1.1 e 1.2 = 0,654

Correlação de Pearson itens 1.1 e 1.5 = 0,774

O item 1.2 (São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação) evidencia uma boa correlação com o item 1.5 (Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação).

Correlação de Pearson item 1.2 e 1.5 = 0,710

O item 1.3 (Promove mudança de comportamento e atitude) apresenta boa correlação com o item 1.4 (Pode circular no meio científico da área da mastologia).

Correlação de Pearson itens 1.3 e 1.4 = 0,685

Com base nessas correlações, conforme se deduz, o manual é um recurso que atende às necessidades da mulher mastectomizada e num futuro próximo pode ser adotado nas diversas instituições do Estado como uma prática educativa na rotina de seus serviços diários. Além disso, o instrumento proporciona instruções que servirão de subsídios para a melhoria da qualidade da reabilitação de mulheres mastectomizadas.

O Gráfico 2 ilustra essa distribuição.

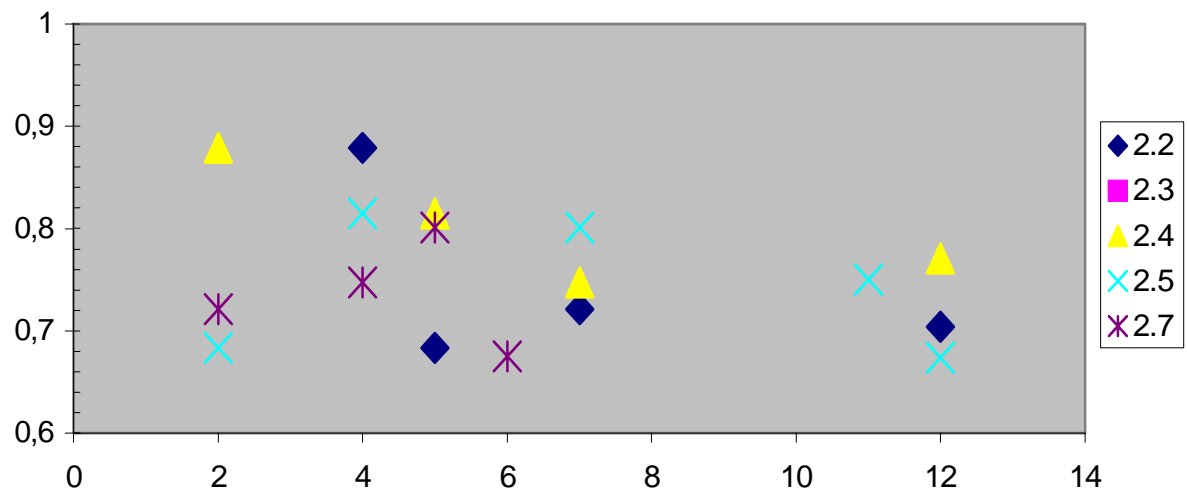


Gráfico 2 - Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão estrutura e apresentação do instrumento de avaliação. Fortaleza, 2006

O item 2.2 (As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva) possui boa correlação com os itens 2.4 (O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto), 2.5 (Seqüência lógica do conteúdo proposto), 2.7 (O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo) e 2.12 (o número de páginas está adequado).

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.4 = 0,879

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.5 = 0,683

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.7 = 0,721

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.12 = 0,704

O item 2.4 (O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto) apresenta boa correlação com os itens 2.5 (Seqüência lógica do conteúdo proposto), 2.7 (O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo) e 2.12 (O número de páginas está adequado).

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.5 = 0,683

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.7 = 0,721

Correlação de Pearson itens 2.2 e 2.12 = 0,704

O item 2.5 (Seqüência lógica do conteúdo proposto) mostra boa correlação com os itens 2.7 (O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo), 2.11 (O material (papel, impressão) está apropriado) e 2.12 (O número de páginas está adequado).

Correlação de Pearson itens 2.5 e 2.7 = 0,801

Correlação de Pearson itens 2.5 e 2.11 = 0,750

Correlação de Pearson itens 2.5 e 2.12 = 0,674

Um número considerável de pacientes encontra dificuldades para adquirir informações básicas e vitais necessárias à saúde, as quais, predominantemente, existem apenas na forma impressa. Por isso, outros fatores relacionados ao texto (ilustrações, *layout*, design) e concernentes às características do leitor (motivação, interesse, escolaridade) também devem ser considerados e avaliados (MOREIRA; SILVA, 2005).

Como é notório, as ilustrações prendem mais a atenção, valorizam o material educativo e facilitam a compreensão do texto. As cores também ajudam a despertar a atenção do leitor e são fatores fundamentais para a comunicação visual gráfica (FERREIRA; SILVA JÚNIOR, 1986).

Ainda em relação a esse aspecto, Fitzmaurice e Adams (2000), em ampla revisão sistemática dos folhetos sobre hipertensão arterial na Inglaterra, encontraram vários problemas relacionados não só à questão da legibilidade textual, como também à visibilidade de caracteres, o design e a linguagem visual como um todo. Consoante concluíram, os profissionais de saúde deveriam estar mais atentos e críticos à produção e avaliação deste tipo de recurso para evitar que a informação se perca quando veiculada em formatos inadequados.

No Gráfico 3, constam os vários itens da questão comentada.

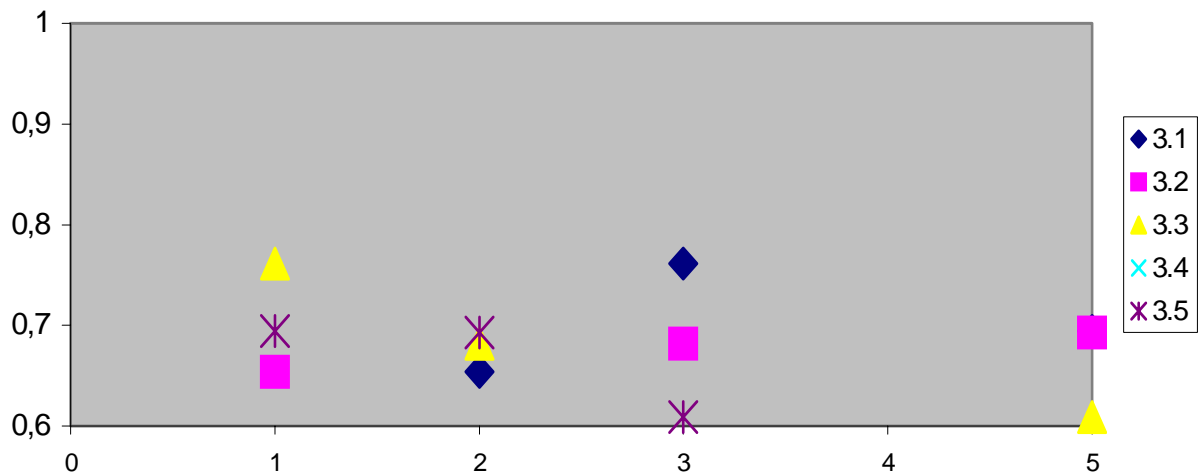


Gráfico 3 - Distribuição da matriz de correlação linear de Pearson segundo os itens da questão relevância do instrumento de avaliação. Fortaleza, CE, 2006

O item 3.1 (Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados) apresenta boa correlação com os itens 3.2 (O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos), 3.3 (O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado) e 3.5 (Está adequado para ser usado por qualquer profissional).

Correlação de Pearson itens 3.1 e 3.2 = 0,654

Correlação de Pearson itens 3.1 e 3.3 = 0,761

Correlação de Pearson itens 3.1 e 3.5 = 0,694

O item 3.2 (O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos) mostra boa correlação com os itens 3.3 (O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado) e 3.5 (Está adequado para ser usado por qualquer profissional).

Correlação de Pearson itens 3.2 e 3.3 = 0,682

Correlação de Pearson itens 3.2 e 3.5 = 0,693

O item 3.3 (O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado) apresenta boa correlação com o item 3.5 (Está adequado para ser usado por qualquer profissional).

Correlação de Pearson itens 3.3 e 3.5 = 0,609

Para alcançar a transmissão de conhecimento, não basta fornecer informações; é preciso valorizá-las, adaptá-las ao momento e à linguagem utilizada pelo meio. Só assim a informação vai ser transformada em conhecimento, e possibilitará mudança na mentalidade e, como consequência, também na atitude (WERNECK, 1999).

Ao se trabalhar as correlações desta pesquisa, segundo evidenciado, os avaliadores analisaram os itens de forma linearmente dependente de uns com os outros. Desse modo, quando um avaliador julgar um dos itens de forma positiva ele estará analisando o outro de forma também positiva ou vice-versa. Além disso, os avaliadores estabeleceram uma relação linear entre os itens. Isto pode indicar que o instrumento de avaliação quanto aos aspectos referentes ao manual está adequado.

5.3.2 Análise semântica segundo as mulheres mastectomizadas

Para se proceder à análise semântica segundo as mulheres mastectomizadas, na tabela a seguir consta a distribuição dos escores obtidos por essas mulheres (APÊNDICE F).

Tabela 7 - Distribuição dos escores obtidos das mulheres mastectomizadas segundo os itens objetivos, organização, estilo da escrita, aparência e motivação do instrumento de avaliação. Fortaleza, CE, 2006

Itens	ESCORES				
	TA	A	PA	I	Amostra
1.1	5	4	0	0	9
1.2	5	4	0	0	9
1.3	4	4	0	1	9
2.1	6	3	0	0	9
2.2	2	7	0	0	9
2.3	4	4	1	0	9
2.4	6	3	0	0	9
2.5	5	4	0	0	9
2.6	6	2	1	0	9
2.7	5	4	0	0	9
3.1	3	6	0	0	9
3.2	4	5	0	0	9
3.3	4	4	1	0	9
3.4	3	6	0	0	9

3.5	5	3	1	0	9
3.6	6	3	0	0	9
4.1	6	3	0	0	9
4.2	5	3	1	0	9
4.3	3	5	1	0	9
4.4	3	5	1	0	9
5.1	5	4	0	0	9
5.2	5	4	0	0	9
5.3	1	8	0	0	9
5.4	4	5	0	0	9
5.5	4	5	0	0	9
5.6	5	3	1	0	9
TOTAL	114	114	8	1	9

As respostas apresentadas nesta tabela referem-se aos cinco blocos de itens (1. objetivos; 2. organização; 3. estilo da escrita; 4. aparência; 5. motivação) sobre o manual avaliado pelas mulheres mastectomizadas, de forma que o primeiro bloco receberia 27 respostas, o segundo 63, o terceiro 54, o quarto 36 e o quinto 54 se as nove mulheres respondessem a todos os itens.

Ao se analisar todos os itens do instrumento, a maioria das respostas ficou entre totalmente adequado (114) e adequado (114). Diante disso, pode-se inferir que nesse grupo também não houve indicação significativa de discordância, pois dos 26 itens e quatro opções de respostas, apenas um item obteve escore inadequado.

Embora as mulheres tenham considerado o manual como um instrumento adequado para seu manuseio, o baixo índice de escolaridade favoreceu a ocorrência de limitado número de considerações sobre o instrumento avaliado. Conforme observado, as sugestões feitas surgiram das mulheres com nível de escolaridade superior.

Como parte de reorganização da atenção básica de saúde, outras publicações, em outros formatos, serão lançadas pelos órgãos públicos. De acordo com esse plano, a educação terapêutica é prevista como uma das ações voltadas ao tratamento e controle das doenças crônicas, fazendo-se necessária, portanto, a provisão de material educativo adequado para o paciente (BRASIL, 2002).

5.4 Índice de Legibilidade de Flesh (ILF)

Em plena era da globalização, a importância da comunicação para a promoção da saúde e prevenção de doenças é um fato. Contudo, a forma como a maioria das informações em saúde estão escritas dificulta a compreensão do seu conteúdo. Em decorrência dessa dificuldade, 30 a 50% do público-alvo possivelmente não vão entendê-las (PLIMPTON; ROOT, 1994). Portanto, para superá-las os profissionais de saúde, juntamente com os comunicadores e educadores, devem considerar essa questão. É preciso não equiparar as limitações de escolaridade com o déficit ou incapacidade de compreensão. Além disso, deve-se adotar mecanismos que favoreçam o processo de comunicação e, sobretudo usar linguagem adequada para cada tipo de público.

Diante dessas considerações e na tentativa de evitar esses mesmos erros, decidiu-se avaliar este instrumento quanto ao Índice de legibilidade na parte textual do manual utilizando o programa ReGra inserido no Word dos computadores, trazendo como resultado os dados apresentados no quadro a seguir.

Quadro 6 - Demonstrativo do cálculo do Índice de Legibilidade de Flesch segundo a seqüência dos tópicos apresentados no manual educativo após o processo de validação de conteúdo e de aparência. Fortaleza, CE, 2006

Tópico	Caracteres				Médias			ILF
	Crt	Pl	St	Pgf	St p/ Pgf	Pl p/ St	Crt p/ Pl	
1. Apresentação	2.044	389	18	15	1.2	21.6	5.3	49 (D)
2. Saiba o que é o câncer de mama	947	188	10	4	2.5	18.8	5	59 (F)
3. Conhecendo mais sobre o assunto (AEM, ECM, mamó e ultra)	3.088	623	37	25	1.5	16.8	5	64 (F)
4. Compreendendo a mastectomia	1.817	351	17	10	1.7	20.6	5.2	52 (F)
5. Cuidados com a mastectomia	510	100	6	5	1.2	16.7	5.1	59 (F)
6. Tratamento	5.603	1076	59	37	1.6	18.2	5.2	62 (F)

7. Reabilitação	2.547	493	45	37	1.2	11	5.2	62 (F)
8. Convivendo com a mastectomia	3.190	578	41	37	1.1	14.1	5.5	47 (D)
9. Dieta e câncer	1.480	268	15	10	1.5	17.9	5.5	43 (D)
10. Direitos e legislação	2.708	519	33	24	1.4	15.7	5.2	56 (F)

Crt = Caracteres

Pl = Palavras

St = Sentenças

Pgf = Parágrafos

St p/ Pgf = Sentenças p/ parágrafo

Pl p/ St = Palavras p/ sentença

Crt p/ Pl = Caracteres p/ palavra

ILF = Índice de Legibilidade de Flesh

De acordo com os parâmetros sobre a interpretação dos valores obtidos com o Índice de Legibilidade de Flesch adaptado para textos em português por Nunes e Oliveira Júnior (2006), os resultados obtidos variaram de 43 a 64, índices que os classificam entre a leitura fácil e difícil. Nenhum tópico apresentou ILF entre 75-100, considerado como de leitura muito fácil, tampouco, menor de 25, significando leitura muito difícil.

Como o material avaliado variou entre a leitura fácil e difícil, exigiu, portanto, no máximo, o ensino fundamental completo ou médio incompleto, ou seja, em média nove anos de escolaridade.

Segundo mostram os dados do último censo demográfico (IBGE, 2002), a escolaridade da população brasileira é baixa. De acordo com os resultados desse censo, a maioria da população de idade igual ou superior a 40 anos tem até sete anos de estudo; 19,9% são sem instrução ou possuem menos de um ano, 21,8% têm um a três anos de estudo e 25,9% têm quatro a sete anos de estudo. A baixa escolaridade é uma questão preocupante não só sob os aspectos socioeconômico e educacional, mas, sobretudo, no relacionado à cidadania e à compreensão de informações. Conforme evidenciado, muitas vezes, em decorrência da dificuldade de acesso à educação, as pessoas não desenvolvem conhecimentos e habilidades para usar eficazmente o material impresso. Nesse sentido, Doak e Doak e Root (1996) recomendam que o material educativo em saúde seja escrito em um nível compatível com seis anos de escolaridade, de forma a abranger e beneficiar um público leitor maior, pois mesmo as pessoas com nível de leitura elevado compreendem melhor as informações de saúde quando são mais fáceis de se ler.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ora desenvolvido permitiu chegar a algumas conclusões, a exemplo de:

- O manual educativo escrito é um recurso que tem a função de oferecer à mulher portadora do câncer de mama e/ou mastectomizada uma exposição inicial sobre diversos tópicos relacionados a essa doença. Segundo exposto, o conteúdo do manual abrange informações de interesse da mulher mastectomizada, pois discute assuntos que variam da explicação sobre o câncer, a cirurgia, o pós-operatório, a reabilitação, até direitos e legislação específica. Portanto, ao longo do tratamento, a mulher pode utilizá-lo como fonte de consulta e se beneficiar com as mensagens nele disponíveis;
- O objetivo do material educativo para as mulheres mastectomizadas é ajudar no processo de reabilitação, promovendo mudança de atitude, estimulando a mulher a atuar de forma ativa no seu autocuidado. Contudo, isso só poderá ser atingido se as mensagens do manual forem devidamente apreendidas por elas;
- Os profissionais devem considerar a escolaridade e habilidade de leitura do paciente, pois estes são fatores indispensáveis para o uso eficaz do material escrito no processo educativo;
- A análise de textos para determinação do IL é um procedimento indireto e relativamente simples que tem limitações, pois a leitura é um processo complexo e as compreensões de textos envolvem questões relacionadas ao leitor e à sua interação com o que está lendo;
- A aplicação do conhecimento resultante desse estudo poderá repercutir de forma positiva nos resultados de saúde da mulher mastectomizada, cujo controle, aceitação da doença, aderência ao tratamento e alcance de uma melhor qualidade de vida podem ser favorecidos e possibilitados por meio de programas de educação.

Conforme os resultados revelaram, há necessidade de se submeter os instrumentos elaborados a um processo de validação, tendo em vista que esses materiais só se tornarão realmente válidos se passarem por processos sistemáticos.

De acordo com a expectativa, a elaboração e a análise do manual educativo sobre orientações a mulheres mastectomizadas podem incentivar a construção de outros materiais didáticos, especialmente na área da enfermagem.

A aplicação desse instrumento de medida, no cenário clínico, contribuirá para a acurácia diagnóstica e validação clínica dessa resposta psicossocial. Tais evidências clínicas guiarão intervenções de enfermagem para alcançar resultados satisfatórios no cuidar da mulher em reabilitação.

Segundo se percebe, a enfermagem precisa ampliar o exercício contínuo da atitude crítica diante das próprias produções; observar além do que se lhe apresenta, como mais uma forma de obter maior visibilidade sobre o que a cerca; registrar e divulgar a produção do seu conhecimento e estar pronta a enfrentar os desafios impostos pelas ciências na profissão.

Para a mulher com diagnóstico de câncer de mama, a boa qualidade de vida não é sinônimo de uma reabilitação adequada. Contudo, os estudos sobre o uso de materiais educativos, a exemplo do manual, no processo de reabilitação de mastectomizadas, ainda são incipientes em nosso meio e esta investigação pode ser entendida como um ponto de partida para outras de natureza semelhante.

Em face do exposto, conforme se acredita, devem ser despendidos esforços com vistas a sensibilizar os dirigentes das associações de classe, bem como das instituições de ensino e serviço, para a necessidade de se priorizar a questão da formação de recursos humanos para a área da oncologia, e, ao mesmo tempo proporcionar subsídios para estimular os profissionais de saúde, especificamente da enfermagem, a inovarem sua prática com outras formas de cuidar. Além disso, urge a incorporação de modernos conceitos e tecnologias de educação, no planejamento e oferta de cursos que possibilitem, ao enfermeiro, a qualificação especializada.

Nesse sentido, são relevantes a contribuição de materiais educativos escritos no contexto da educação em saúde e o papel desse recurso para se promover saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia e confiança do paciente. Como um componente da equipe interdisciplinar que desempenha a função de educador, o enfermeiro deve participar do processo de criação, desenvolvimento e avaliação do material educativo. Cabe-lhe atentar para fatores que prejudicam o processo de comunicação. Para isso, deve adotar e aprimorar mecanismos que facilitem a leitura, melhorem a legibilidade e motivem o leitor.

Acredita-se ter contribuído para fortalecer a prática educativa da enfermagem e, assim, melhorar a qualidade de vida da mulher mastectomizada, mesmo tendo a consciência de que, como se trata de manual educativo, este é um instrumento inacabado, portanto, deverá passar periodicamente por revisões apuradas para torná-lo sempre atualizado e útil na prática.

Além disso, convém ressaltar a necessidade de completar posteriormente as demais etapas do modelo proposto do Pasquali (1997) para realmente tornar o instrumento válido e confiável dentro dos padrões científicos de validade.

No desenvolvimento dessa dissertação e na produção do manual, foram esses os propósitos da pesquisadora. Se tais objetivos forem alcançados, terá sido dado o passo inicial para mais uma conquista. Somada a outras, como a publicação do manual, espera-se ter contribuído para fortalecer a prática educativa da enfermagem e, assim, melhorar a qualidade de vida da mulher mastectomizada.

7 REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M.; BUTLER, P. M.; ARNOLD, M. S.; FITZGERALD, J. T.; FESTE, C. C. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. **Diabetes Care**, v. 18, n. 7, p. 943-944, July 1995.

AVELAR, J. T. C.; SILVA, H. M. S. **Câncer de mama**: orientações para pacientes e a família. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 239 p.

AYOUB, A. C.; FRIAS, M. A. E.; BARROS, M. A.; KOBAYASHI, R. M. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2002. 312 p.

BACELAR, S.; GALVÃO, C. C.; ALVES, E.; TUBINO, P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. **Acta Cir. Bras.**, v. 19, n. 5, p. 582-584, set./out. 2004.

BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M. Benefício de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. **Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social – IMSS**, v. 10, n. 2, p. 73-78, 2002.

BARBOSA, S. F. A tecnologia e as repercussões no cuidado. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL, 11., 2000, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEn, 2000.

BAUMAN, A. The comprehensibility of asthma education materials. **Patient Educ. Couns.**, v. 32, n. 1, Supl., p. 51-59, Dec. 1997.

BITTENCOURT, J. F. V.; CADETE, M. M. M. Vivências da mulher a ser mastectomizada: Esclarecimentos e orientações. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 420-423, jul./ago. 2002.

BRAGA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do “Sentimento de impotência”**. Tese (Doutorado) - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estatísticas>>. Acesso em: 12 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O problema de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma de Assistência à Saúde – NOAS -SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 1996.

CAJAS, O. M.; FERNÁNDEZ, R. A. **Módulo de educación y participación comunitaria**. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro American y Panama, 1987.

CALIRI, M. H. L.; ALMEIDA, A. M.; SILVA, C. A. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. **Rev. Bras. Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 239-247, 1998.

CARVALHO, V. **Tendências da pesquisa na enfermagem**. In: Anais do 2º Fórum Mineiro de Enfermagem; 2000 set. 18-21; Uberlândia, Brasil. Universidade Federal de Uberlândia, 2000. p.55-68.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégia, validade e confiabilidade**, 1987. 142 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CATALIOTTI, L. O tratamento radical. In: VERONESI, U.; LUINI, A.; COSTA, A.; ANDREOLI, C. **Mastologia oncológica**. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2002. cap. 8, p. 358.

CAVALCANTI, P. P.; FERNANDES, A. F. C.; RODRIGUES, M. S. P. A interação no grupo de auto-ajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 37-42, 2002.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Scientific and technical information: simple and put**. 2nd ed. Atlanta, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 1997.

DERSHAW, D. D. Mammography: current status and high risk screening. In: 30 CONFERÊNCIA SOBRE CÂNCER DE MAMA, 30; Dallas, 2002.

DEVINE, S. K.; FRANK, D. I. Nurses performing and teaching others breast self-examinations: implications for advanced practice nurses. **Clin. Excell. Nurse Pract.**, n. 4, p. 216-23, 2000.

DOAK, C. C.; DOAK, G. L.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skill**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1996.

DUARTE, Y. O. D. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ESCOBAR, P.; HERRERA, R. Auto-examen mamário: su aporte en el diagnostico precoz del cancer de mama? Qué disse la evidencia? **Rev. Chilena Obstetr. Ginecol.**, v. 65, n. 5, p. 407-411, 2000.

FARSTEIN, E. Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino. **Cad. Inst. Med. Soc.**, v. 5, n.1, p. 175-186, 1989.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram**. Fortaleza: Editora UFC, 2003.

FERNANDES, N. M. N. **Tecnologia educativa: construção e validação de instrumento educativo em puericultura**. 2004. 61 f. Monografia (Graduação) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, O. M. C.; SILVA JÚNIOR, P. **Recursos audiovisuais para o ensino**. São Paulo: EPU, 1986.

FITZMAURICE, D. A.; ADAMS, J. L. A systematic review of patient information leaflets for hypertension. **J. Hum. Hypertens.**, v. 14, n. 4, p. 259-262, Apr. 2000.

FLESCH, R. A new readability yardstick. **J. Appl. Psychology**, v. 32, p. 221-233, 1948.

FLESCH, R. Let's start with the formula. In: _____. **How to write plain english**. 2nd. Disponível em: < <http://mang.canterbury.Ac.nz/courseinfo/AcademicWriting/Flesh.htm>>. Acesso em: 26 July 2001.

GARRUD, P.; WOOD, M.; STAINSBY, L. Impact of risk information in a patient education leaflet. **Patient Educ. Couns.**, v. 43, p. 303-306, 2001.

GLANZ, K.; RUDD, J. Readability and content analysis of print cholesterol education materials. **Patient Educ. Couns.**, v. 16, p. 109-118, 1990.

GONÇALVES, M. C. S.; DIAS, R. M. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estud. Psicol.**, v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

GUTIÉRREZ, M. G. R. A necessidade de formação de especialistas na área de enfermagem em oncologia [Editorial]. **Acta Paul. Enf.**, v. 17, n. 3, jul./set. 2004.

HARRIS, J. R.; LIPPMAN, M. E.; MORROW, M.; OSBORNE, C. K. **Doenças da mama**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica; p. 1392, 2002.

HOLZMANN, L. Notas sobre as condições da mão-de-obra feminina frente às inovações tecnológicas. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 4, p.258-273, jul./dez. 2000.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionários Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2000: tabulação avançada**. Disponível em: <http://www.ibge.net/home/estatistica/população/censo2000/tabulação_avacada/tabela_brasil_1.2.2shtm>. Acesso em: 14 ago. 2002

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama**. 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 5 abr. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2002.

KEEVES, J. P. Measurement for educational research. In: _____. **Educational research, methodology and measurement**. 2nd ed. Great Britain: Pergamon Press, 1990. p. 322-330.

KERLINGER, F. N. Observação e mensuração de variáveis. In: _____. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU, 1980. p. 144-61.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 142 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, A.; ROSSI, B. M.; NAKAGAWA, W. Oncologia cirúrgica. In: KOWALSKI, L. P.; ANELLI, A.; SALVAJOLI, J. C.; LOPES, L. F. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 2. ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2002. Parte II tratamento.

MACHADO, R. C. B. R. **Validação do índice de qualidade de vida de Ferraws e Powers para a população geral do município de Londrina**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

MAMEDE, M. V.; CLAPIS, M. J.; PANOBIANCO, M. S.; BIFFI, R. G.; BUENO, L. V. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 46, n. 1, p. 57-62, mar. 2000.

MAMEDE, M. V.; CLAPIS, M. J.; ALMEIDA, A. M. et al. **Para mulheres com câncer de mama**. Ribeirão Preto: REMA, 1999.

MANCIA, J. R.; LEAL, S. M. C.; MACHADO, C. S. Tecnologias e inventos de enfermeiras: cuidando com criatividade. **Rev. Téc.-Cient. Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 18-21, jan./fev. 2003.

MANCIA, J. R.; LEAL, S. M. C. Cuidados especiais em traumatologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn, 2001. 1 CD-ROM.

MANCIA, J. R.; LEAL, S. M. C.; REIS, W. S.; FRAGA, V. Cuidando com criatividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 11., 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEn, 2001. 1CD-ROM.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES, G. **NAPACAN: Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer: manual do paciente**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2000.

MARTINS, T. B. F.; GHIRALDELO, C. M.; NUNES, M. G. V.; OLIVEIRA JÚNIOR, O. N. **Readability formulas applied to texbooks in brazilian portuguese**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996. (Notas do ICMSC- USP, Série Computação, n. 28).

MC DOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** New York: Oxford University Press, 1996.

MEDEIROS, J. A.; MEDEIROS, L. A. **O que é tecnologia.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. dos. A Produção tecnológica e a interface com a Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 556-561, set./out. 2002.

MENEZES, P. R. **Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria.** Disponível em: <<http://www.Hcnet.usp.Br/ípq/revista/r255/conc255b.htm>> Acesso em: 11 nov. 2002.

MIRANDA, T. C. C. Papel do grupo de auto-ajuda no câncer de mama. **Rev. Bras. Mast.**, v. 10, n.4, p. 192-198, 2000.

MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I. T. Readability of the educational material written for diabetic patients. **On-line Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 2, Aug. 2005. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm> Acesso em: 15 jan. 2006.

MORIYA, T. M. ; SILVA, A. O.; MOREIRA, A. S. P. ; RODRIGUES, A. R. F. ; ALMEIDA, M. C. P. ; RUFFINO, M. C. ; OLIVEIRA, M. H. P. ; SILVA, M. A. D. ; MOREIRA, A. S. P. **Pós-Graduação Stricto Sensu em enfermagem: um estudo do seu desenvolvimento no Brasil.** São Paulo: EDUSP/FIERP, 1998. 189 p.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí, RS: Ed. UNIJUÍ, 2000.

NIETSCHE, E. A.; DIAS, L. P. M.; LEOPARDI, M. T. Tecnologias em Enfermagem: um saber em compromisso com a prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 1999, Gramado. **Anais...**Brasília: ABEn-Nacional; Porto Alegre: ABEn-RS, 1999.

NISSEN, M. J.; SWENSON, K. K.; RITZ, L. J.; FARRELL, J. B.; SLADEK, M. L.; LALLY, R. M. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. **Cancer**, v. 91, n. 7, p. 1238-1246, Apr. 2001.

NORONHA, A. P. P.; VENDRAMINI, C. M. M.; SOUZA, C. V. R.; VENDRAMINI, C. M. M.; CANGUCU, C.; SOUZA, C. V. R. de; COBÊRO, C.; PAULA, L. M. de; FRANCO, M. de O.; LIMA, O. M. P. de; GUERRA, P. B. de C.; FILIZATTI, R. Propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência. **Estud. Psicol.**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 93-99, jan./jun. 2003.

NUNES, M. G. V.; OLIVEIRA JÚNIOR, O. N. **O processo de desenvolvimento do revisor gramatical ReGra.** Disponível em:<<http://www.niee.ufrgs.br/SBC2000/eventos/semish/semi001.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

NUNES, M. G. V.; GHIRALDELO, C. M.; MONTILHA, G. ; TURINE, M. A S ; OLIVEIRA, M. C. F. ; HASEGAWA, R. ; MARTINS, R. T. ; OLIVEIRA JÚNIOR, O. N.; Desenvolvimento de um Sistema de Revisão Gramatical Automática para o Português do

Brasil. In: XIII Simpósio Brasileiro de Inteligência Artificial, 1996, Curitiba. **II Encontro para o Processamento Computacional do Português Escrito e Falado**, 1996. p. 71-80.

NUNES, M.G.V.; OLIVEIRA JÚNIOR, O.N. O processo de desenvolvimento do Revisor Gramatical ReGra. XXVII; SEMISH. **Anais do XX Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Computação**, Volume 1, p.6 (resumo). Artigo completo na versão em CD-ROM. Curitiba: PUC-PR, jul. 2000.

NUNNALLY, J. C. Validity. In: _____. **Psychometric theory**. New York: Mc Graw-Hill, 1967. p. 75-102.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: Mc Graw-Hill, 1994.

OLIVEIRA, M. S. **Enfermagem baseada em evidência**: criação de tecnologia simplificada para a melhoria da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. 2004. 61 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2004.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; MELO, E. M.; BARBOSA, I. C. F. J. Cuidados preoperatórios de mastectomía bajo la optica de la mujer. **Rev. Cubana Enfermer.**, v. 21, n. 2, mayo/ago. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864031920050002&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 5 dez. 2005.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 150-155, abr./jun. 2005.

PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. L. Métodos contraceptivos comportamentais : tecnologia educativa para deficientes visuais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 147-153, 1998.

PALMEIRA, I.L.T; SILVA, R.M.; LOPES, M.V.O; FERNANDES, A. F. C. Tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o auto-exame de mama. **Rev.RENE**, v. 5, n. 1, p. 62-67, jan./jun. 2004.

PANOBIANCO, M. S.; MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós-mastectomia. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 544-51, jul./ago. 2002.

PARKIN, D. Global cancer statistics in the year 2000. **Lancet Oncol.**, v. 2, p. 533-543, 2001.

PASQUALI, L. (Org.) **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 1999.

PASQUALI, L. (Org.). **Técnicas de Exame Psicológico (TEP)**: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://www.henet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255ahtm>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

PAULINELLI, R. R.; FREITAS-JÚNIOR, R.; CURADO, M. P.; SOUZA, A. A. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2003.

PERROCA, M. G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PINHEIRO, L. G. P. Conduitas em mastologia - Câncer de mama. In: MEDEIROS, F. C.; OLIVEIRA FILHO, M.; ALMEIDA, F. M. L. A. (Org.). **Manual da Clínica Ginecológica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-UFC**. Fortaleza: PAZ, 2001, v. único, p. 71-80.

PLIMPTON, S; ROOT, J. Materials and strategies that work in low literacy health communication. **Public Health Report**, n. 109, v. 1, p. 86-92; U.S. Department of Health and Human Services. Surveillance, Epidemiology & End Results Cancer Statistics Review 1973-1991. Bethesda, Maryland: National Institute of Health, 1994.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 167-198.

RINO, L. H. M.; FELIPPO, A. D.; PINHEIRO, G. M. **Aspectos da construção de um revisor gramatical automático para o português**. Disponível em: <<http://www.dc.ufscar.br/~lucia/articles/EstLing2002-RinoEtAl.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2006.

SANTOS, I. C. A. et al. **Manual de orientações de enfermagem para o autocuidado no pós-operatório de cirurgia de mama**. São Paulo, 2001.

SANTOS, M. C. L. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas: estudo comparativo no campo da enfermagem oncológica realizado com populações atendidas em um grupo de auto-ajuda e no ambulatório de hormonoterapia de um hospital oncológico**, 2004. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

SAWADA, N. O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória**. 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SEGAL, M. S. **Desfazendo mitos**. São Paulo: Ágora, 1994.

SERXNER, S. How readability of material affects outcomes. **J. Vasc. Nurs.**, v. 18, n. 3, 2000.

SILVA, G. R. F. **Estimulação visual: prática educativa com mães na enfermagem mãe-canguru**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

SILVA, G. R. F. **Manual educativo**: promovendo a saúde ocular da criança através da estimulação visual. 2003. 50 f. Monografia (Graduação) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

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

SUOMINEN, T. Breast cancer patients opportunities to participate in their care. **Cancer Nurs.**, v. 15, n. 1, p. 68-72, 1992.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 63-78, jan./abr. 2000.

TURNER, D. M. Psychosocial factors. In: DONEGAN, W. C.; SPRATT, J. S. (Org.). **Cancer of the breast**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1988. p. 728-738.

VOLPE, M. C. M. **Câncer**: faça valer os seus direitos. São Paulo: 2000.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

WALTZ, C.; BAUSELL, R. B. Measurement. In: WALTZ, C.; BAUSELL, R. B. **Nursing research**: design, statistics and computer analysis. Philadelphia: FA Davis, 1981. p. 39-82.

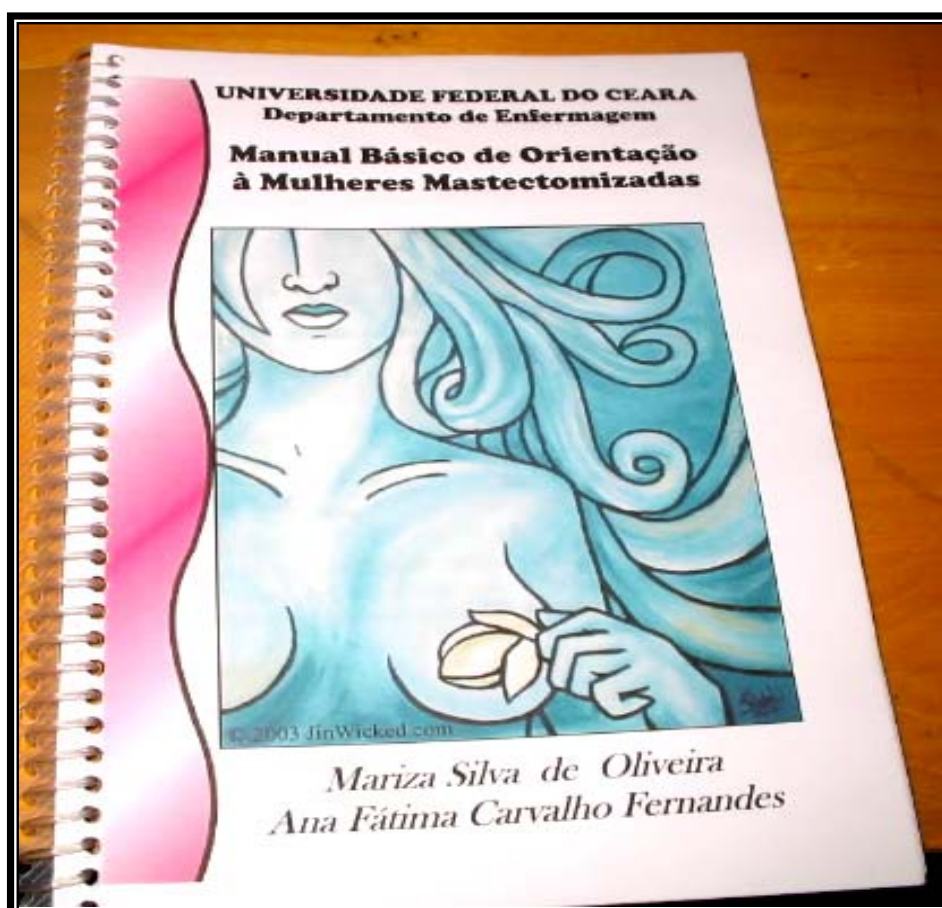
WERNECK, C. Meios de comunicação: a educação da inclusão e o deficiente. **Adolescente Latino-americana**, v. 1, n. 4, p. 1-5, 1999.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

YABRO, C. H. The oncology nurse. In: DE VITA JUNIOR, V. T.; HELLMAN, N. S.; ROSENBERG, A. S. (Org.). **Principles and practice of oncology**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1997. p. 2917-2923.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CAPA DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO A MULHERES
MASTECTOMIZADAS



APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / Tel: 4009- 8464 CEP:
60430-160

CARTA CONVITE

Fortaleza-Ceará,

Eu, Mariza Silva de Oliveira, gostaria de convidá-la (o) a ser um dos juízes na validação de conteúdo do instrumento (manual) que estou validando em minha Dissertação de Mestrado. Trata-se de um manual básico de orientações a mulheres mastectomizadas, com informações que julgamos importantes para a sua qualidade de vida.

Desde já agradeço, pois sei o quão é atribulada sua vida, no entanto, devido a sua bagagem teórica, é fundamental contar com a sua participação no engrandecimento deste trabalho.

Um abraço!

Enfa.Mariza Silva de Oliveira

Mestrado - UFC

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Documento nº- _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Caro (a) Colega,

Eu, Mariza Silva de Oliveira, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará (UFC), venho por meio deste convidá-lo (a) a participar como juiz do estudo intitulado: Validação de tecnologia educativa para a prática da enfermagem com mulheres mastectomizadas. Trata-se da minha dissertação que objetiva validar um instrumento educativo (manual) como tecnologia de enfermagem direcionado para a promoção do autocuidado de mulheres mastectomizadas.

O interesse em desenvolver este estudo decorreu do conhecimento da problemática que envolve o câncer mamário, assim como da falta de conhecimento pelas mulheres mastectomizadas diante da sua doença e do processo de reabilitação, ocasionando uma série de complicações que poderiam ser evitadas se fossem conhecidas por elas. Por isso, julgamos que ações de educação em saúde implementadas por meio de um recurso educativo podem ser um forte aliado para a redução dessas complicações potenciais, assim como para a promoção de uma melhor qualidade de vida da mulher mastectomizada.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos enviar uma cópia do manual que pretendemos validar, juntamente com o instrumento avaliativo, a fim de ser validado em sua aparência e conteúdo. O instrumento deverá ser preenchido após sua leitura e avaliação, para poder ser considerado como uma tecnologia educativa e recurso apropriado para ser usado na prática da enfermagem.

Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre os juízes em alguma parte do manual, este será analisado, reelaborado a partir das sugestões, e reencaminhado para uma nova validação de conteúdo.

Informamos, ainda, que lhe são assegurados:

- O direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.
- O acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

- A garantia de anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas durante a entrevista. Não serão divulgados nome, nem qualquer informação que possam identificá-lo (a) ou que estejam relacionados com sua intimidade.
- A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo na instituição.

Além disso:

- O estudo não acarretará em maleficência e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico. Portanto, sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico, pois permitirão o planejamento de ações focalizadas para o processo de reabilitação de mulheres mastectomizadas.
- O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará (HCC) se dispõe a prestar mais esclarecimentos pelo seguinte telefone: (85) 3288-4478.
- No caso de dúvidas, estaremos disponíveis para quaisquer outros esclarecimentos, nos endereços abaixo:

Rua Frei Vicente Salvador, nº 985- Montese. CEP: 60410-400
Fortaleza-CE - telefone: (085) 3491-5114/ 3491-1490 /9136-8093 E-mail:
marizaenfa@yahoo.com.br

Certa de contar com sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Mariza Silva de Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (JUÍZES)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre seus objetivos, métodos propostos e condições éticas legais, estou de acordo em participar como juiz desta pesquisa, validando o conteúdo e aparência desse instrumento, mediante preenchimento de um questionário pré-elaborado.

Fortaleza, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador/carimbo

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO DAS MULHERES
MASTECTOMIZADAS

Documento nº- _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES)

Eu, Mariza Silva de Oliveira, enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará (UFC), venho por meio deste convidá-la a participar do estudo intitulado: Validação de tecnologia educativa para a prática da enfermagem com mulheres mastectomizadas. Trata-se da minha dissertação que objetiva validar um instrumento educativo (manual) como tecnologia de enfermagem direcionado para a promoção do autocuidado de mulheres mastectomizadas.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos agendar com a senhora um encontro para a leitura e avaliação de um manual educativo que pretendemos validar. Esse encontro será marcado por telefone ou correio, com data e horário preestabelecidos, conforme conveniência de todas as participantes.

Esse encontro será realizado em pequenos grupos de quatro mulheres, com os quais faremos leitura presencial e posteriormente distribuiremos o questionário de avaliação para ser preenchido individualmente.

Dessa forma, a sua participação neste estudo será muito importante, pois o manual será validado a partir das suas sugestões, e, depois, será aplicado na clínica com a clientela mastectomizada.

Informamos, ainda, que:

- Seu nome ou qualquer outra informação que possam identificá-la não serão revelados.
- Você poderá deixar de participar desta pesquisa, a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.
- Você terá acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.
- O estudo não lhe trará riscos, e sua colaboração e participação poderão proporcionar benefícios para o desenvolvimento científico.

- Sua participação não será remunerada mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pela pesquisadora.
- O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará (HCC) se dispõe a prestar mais esclarecimentos pelo seguinte telefone: (85) 3288-4478.
- No caso de dúvidas, estaremos disponíveis para quaisquer outros esclarecimentos, nos endereços abaixo:

Rua Frei Vicente Salvador, nº 985- Montese. CEP: 60410-400
Fortaleza-CE - telefone: (085) 3491-5114/ 3491-1490 /9136-8093 E-mail:
marizaenfa@yahoo.com.br

Portanto, com base nesses motivos, convido-a a participar deste estudo. Certa de contar com sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Mariza Silva de Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (MULHERES)

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2006.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador/carimbo

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 1 (JUÍZES -ESPECIALISTAS)

Data: ____/____/____ n° _____

Nome do instrumento: **Manual de orientações a mulheres mastectomizadas**

Parte 1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do avaliador: _____ Idade: ____ Sexo: _____

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Área de trabalho: _____

Função/Cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Especificar: _____

Tema do trabalho de conclusão: Especialização/Dissertação/Tese: _____

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

() Câncer de mama () Tecnologia () Reabilitação () Validação de instrumento

() Outros/Especificar: _____

PARTE II - INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:

1 – Totalmente adequado

2 – Adequado

3 – Parcialmente adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

OBS.: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual.

1.1 São coerentes com as necessidades da mulher mastectomizada	1	2	3	4
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação	1	2	3	4
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico da área da mastologia	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação	1	2	3	4

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O manual educativo é apropriado para mulheres após a mastectomia	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto	1	2	3	4
2.5 Sequência lógica do conteúdo proposto	1	2	3	4
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4
2.8 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes	1	2	3	4
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado	1	2	3	4
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4
2.11 O material (papel, impressão) está apropriado	1	2	3	4
2.12 O número de páginas está adequado	1	2	3	4

3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados	1	2	3	4
3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos(hospitalar e domiciliar)	1	2	3	4
3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado	1	2	3	4
3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a mulher mastectomizada	1	2	3	4
3.5 Está adequado para ser usado por qualquer profissional da área da saúde	1	2	3	4

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES (Pode utilizar o verso da folha)

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 02 (MULHERES)

Data: ____/____/____ n° _____

Nome do instrumento: **Manual de orientações a mulheres mastectomizadas****Parte 1- IDENTIFICAÇÃO**

Nome : _____

Grau de instrução: _____ Idade: _____

Tipo de cirurgia realizada: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Outros tratamento/Especificar: _____

Faz parte de algum grupo de Apoio? Sim () Não ()

PARTE II - INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:**1– Totalmente adequado****2 – Adequado****3 – Parcialmente adequado****4 – Inadequado**

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

OBS.: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual.

1.1 Atende aos objetivos das mulheres que tiveram câncer de mama e estão no processo de reabilitação	1	2	3	4
1.2 Ajuda durante o processo de reabilitação da mastectomia	1	2	3	4
1.3 Está adequado para ser usado por qualquer profissional que trabalhe com a mulher mastectomizada	1	2	3	4

2- ORGANIZAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A capa é atraente? Indica o conteúdo do material?	1	2	3	4
2.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado	1	2	3	4
2.3 Os tópicos têm seqüência	1	2	3	4
2.4 Há coerência entre as informações da capa, contracapa, sumário, agradecimentos e/ou apresentação	1	2	3	4
2.5 O material (papel, impressão) está apropriado	1	2	3	4
2.6 O número de páginas está adequado	1	2	3	4
2.7 Os temas retratam aspectos-chave importantes	1	2	3	4

3- ESTILO DA ESCRITA – Refere-se à característica lingüística, compreensão e estilo da escrita do material educativo apresentado.

3.1 A escrita está em estilo adequado	1	2	3	4
3.2 O texto é vívido e interessante. O tom é amigável	1	2	3	4
3.3 O vocabulário é acessível	1	2	3	4
3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente	1	2	3	4
3.5 O texto está claro	1	2	3	4
3.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4

4- APARÊNCIA– Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

4.1 As páginas ou seções parecem organizadas	1	2	3	4
4.2 As ilustrações são simples – preferencialmente desenhos	1	2	3	4
4.3 As ilustrações servem para complementar os textos	1	2	3	4
4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4

5- MOTIVAÇÃO – Refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

3.1 O material é apropriado para a idade, gênero e cultura	1	2	3	4
3.2 O material apresenta lógica	1	2	3	4
3.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações	1	2	3	4
3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a mulher mastectomizada	1	2	3	4
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	1	2	3	4
3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado	1	2	3	4

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES (Pode utilizar o verso da folha)

APÊNDICE G – MATRIZ DE CORRELAÇÃO LINER DE PEARSON

	1.1 São coerentes com as necessidades da mulher mastectomizada	1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação	1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	1.4 Pode circular no meio científico da área da mastologia	1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação	2.1 O manual educativo é apropriado para mulheres após a mastectomia	2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto	2.5 Sequência lógica do conteúdo proposto	2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia
1.1 São coerentes com as necessidades da mulher mastectomizada	1,000	0,654	-0,085	0,000	0,774	-0,093	0,135	0,238	0,059	0,000	-0,287
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação	0,654	1,000	0,335	-0,063	0,710	0,233	0,277	0,524	0,165	0,045	-0,378
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	-0,085	0,335	1,000	0,685	0,386	0,682	0,502	0,432	0,355	0,367	-0,286
1.4 Pode circular no meio científico da área da mastologia	0,000	-0,063	0,685	1,000	0,131	0,378	0,425	0,447	0,307	0,415	0,129
1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação	0,774	0,710	0,386	0,131	1,000	0,312	0,287	0,265	0,162	0,070	-0,588
2.1 O manual educativo é apropriado para mulheres após a mastectomia	-0,093	0,233	0,682	0,378	0,312	1,000	0,415	0,361	0,287	0,360	-0,231
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	0,135	0,277	0,502	0,425	0,287	0,415	1,000	0,353	0,879	0,683	0,319
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	0,238	0,524	0,432	0,447	0,265	0,361	0,353	1,000	0,141	0,172	-0,071
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto	0,059	0,165	0,355	0,307	0,162	0,287	0,879	0,141	1,000	0,815	0,441
2.5 Sequência lógica do conteúdo proposto	0,000	0,045	0,367	0,415	0,070	0,360	0,683	0,172	0,815	1,000	0,432
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	-0,287	-0,378	-0,286	0,129	-0,588	-0,231	0,319	-0,071	0,441	0,432	1,000
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	-0,081	-0,059	0,269	0,346	-0,049	0,273	0,721	-0,051	0,747	0,801	0,675
2.8 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimentos e/ou apresentação	0,000	0,231	-0,114	-0,355	-0,022	-0,210	0,425	-0,054	0,494	0,415	0,355
2.9 Tamanho do título e dos tópicos está adequado	0,183	0,403	0,389	0,103	0,334	0,591	0,271	0,342	0,307	0,596	-0,247
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	0,156	0,459	0,395	0,035	0,381	0,298	0,464	0,117	0,350	0,415	-0,035
2.11 O material (papel, impressão) está apropriado	0,000	0,270	0,275	-0,052	0,175	0,507	0,512	0,230	0,536	0,750	0,052
2.12 O número de páginas está adequado	0,053	-0,008	0,133	0,344	0,016	0,317	0,704	0,270	0,771	0,674	0,487
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados	0,636	0,654	0,085	0,143	0,580	0,280	0,270	0,714	0,178	0,154	-0,143
3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	0,093	0,425	0,509	0,378	0,312	0,616	0,692	0,687	0,652	0,518	0,063
3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado	0,423	0,682	0,371	0,152	0,566	0,509	0,251	0,580	0,134	0,082	-0,419
3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a mulher mastectomizada	0,000	0,215	0,049	-0,041	-0,056	0,027	0,543	0,342	0,546	0,287	0,330
3.5 Está adequado para ser usado por qualquer profissional	0,278	0,265	0,351	0,688	0,190	0,407	0,412	0,710	0,311	0,369	0,188

	2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	2.8 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimentos e/ou apresentação	2.9 Tamanho do título e dos tópicos está adequado	2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	2.11 O material (papel, impressão) está apropriado	2.12 O número de páginas está adequado	3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados	3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado	3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a mulher mastectomizada	3.5 Está adequado para ser usado por qualquer profissional
1.1 São coerentes com as necessidades da mulher mastectomizada	-0,081	0,000	0,183	0,156	0,000	0,053	0,636	0,093	0,423	0,000	0,278
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação	-0,059	0,231	0,403	0,459	0,270	-0,008	0,654	0,425	0,682	0,215	0,265
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude	0,269	-0,114	0,389	0,395	0,275	0,133	0,085	0,509	0,371	0,049	0,351
1.4 Pode circular no meio científico da área da mastologia	0,346	-0,355	0,103	0,035	-0,052	0,344	0,143	0,378	0,152	-0,041	0,688
1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com câncer e reabilitação	-0,049	-0,022	0,334	0,381	0,175	0,016	0,580	0,312	0,566	-0,056	0,190
2.1 O manual educativo é apropriado para mulheres após a mastectomia	0,273	-0,210	0,591	0,298	0,507	0,317	0,280	0,616	0,509	0,027	0,407
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	0,721	0,425	0,271	0,464	0,512	0,704	0,270	0,692	0,251	0,543	0,412
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	-0,051	-0,054	0,342	0,117	0,230	0,270	0,714	0,687	0,580	0,342	0,710
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto	0,747	0,494	0,307	0,350	0,536	0,771	0,178	0,652	0,134	0,546	0,311
2.5 Sequência lógica do conteúdo proposto	0,801	0,415	0,596	0,415	0,750	0,674	0,154	0,518	0,082	0,287	0,369
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	0,675	0,355	-0,247	-0,035	0,052	0,487	-0,143	0,063	-0,419	0,330	0,188
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1,000	0,474	0,233	0,498	0,498	0,543	-0,081	0,273	-0,183	0,233	0,194
2.8 Informações da capa, contracapa, sumário, agradecimentos e/ou apresentação	0,474	1,000	0,247	0,652	0,493	0,095	0,000	0,084	-0,114	0,247	-0,297
2.9 Tamanho do título e dos tópicos está adequado	0,233	0,247	1,000	0,562	0,795	0,136	0,366	0,403	0,389	-0,105	0,220
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	0,498	0,652	0,562	1,000	0,510	-0,117	0,156	0,138	0,104	-0,225	-0,068
2.11 O material (papel, impressão) está apropriado	0,498	0,493	0,795	0,510	1,000	0,439	0,230	0,507	0,275	0,331	0,101
2.12 O número de páginas está adequado	0,543	0,095	0,136	-0,117	0,439	1,000	0,369	0,750	0,329	0,667	0,621
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados	-0,081	0,000	0,366	0,156	0,230	0,369	1,000	0,654	0,761	0,183	0,694
3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	0,273	0,084	0,403	0,138	0,507	0,750	0,654	1,000	0,682	0,591	0,693
3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado	-0,183	-0,114	0,389	0,104	0,275	0,329	0,761	0,682	1,000	0,219	0,609
3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a mulher mastectomizada	0,233	0,247	-0,105	-0,225	0,331	0,667	0,183	0,591	0,219	1,000	0,220
3.5 Está adequado para ser usado por qualquer profissional	0,194	-0,297	0,220	-0,068	0,101	0,621	0,694	0,693	0,609	0,220	1,000

