

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS -UNIMONTES

Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior

**VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UM INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS GENERALISTAS
SOBRE TRANSPLANTE DE FÍGADO**

Montes Claros - MG

2019

Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior

**VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO
CONHECIMENTO DE MÉDICOS GENERALISTAS SOBRE TRANSPLANTE DE
FÍGADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros -MG
2019

Q1v Quadros Júnior, Walfredo Gonçalves de.
Validade e confiabilidade de um instrumento de avaliação do conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado [manuscrito] / Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior. – 2019.
56 f. : il.

Inclui Bibliografia.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Transplante de fígado. 2. Cirrose hepática. 3. Estudos de validação. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Educação médica. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

Reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas Abreu

Pró-reitor de Pesquisa: Professor José Reinaldo Mendes Ruas

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professor Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitora de Pós-graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Professor Marcos Flávio Silveira Vasconcelos
D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Professor Carlos Alexandre Bortolo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: WALFREDO GONÇALVES DE QUADROS JÚNIOR

DATA: 12/06/2019

HORÁRIO: 10:00

TÍTULO DO TRABALHO: "VALIDADE E CONFIABILIDADE DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS GENERALISTAS SOBRE TRANSPLANTE DE FÍGADO"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA (ORIENTADOR/PRESIDENTE)

PROF. DR. AGNALDO SOARES LIMA

PROFª. DRª. LUCINÉIA DE PINHO

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROF. DR. LUIZ FERNANDO VELOSO

PROFª. DRª. LUIZA AUGUSTA ROSA ROSSI-BARBOSA

ASSINATURAS

[] APROVADO

[] REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, que de um jeito especial, abençoou-me com as melhores pessoas que eu poderia ter nessa caminhada.

À minha mãe, Zarita, a maior guerreira que existiu. Soube transformar todas as adversidades da vida em superação.

À minha esposa, Sarah. Seu amor, companheirismo e caráter são meus professores mais constantes nessa vida.

Aos meus filhos, Pedro e Lucas. Fizeram-me um homem melhor e me ensinaram o que é o amor mais puro.

Aos meus irmãos: Zi, Cláudia, Dulce, Bertholdo, Cândida, Ronaldo e Teresa pelo apoio de sempre e pelo zelo constante.

Ao meu orientador, Antônio Caldeira. Sua competência e inteligência me nortearam nesse projeto.

A Fernando Pessoa Filho, acadêmico com alma de nobre médico.

A toda equipe de transplante de fígado de Montes Claros, Júlio, Patrick, Alexandre, Emanuely, Jeniffer, Gilberto, Paula.

Ao Dr. Luiz Fernando, meu professor de mais longa data que, pela sua história pessoal, deixará um dos maiores legados do transplante brasileiro.

RESUMO

O transplante de fígado é a única modalidade terapêutica que possibilita a cura da cirrose e suas complicações. A cirrose hepática é o estágio terminal de muitas doenças hepáticas crônicas. Apresenta relevância clínica e social devido a sua alta prevalência e incidência mundial. A maioria dos pacientes cirróticos apresenta seu primeiro contato com o sistema de saúde na atenção primária e/ou na rede de urgência. Portanto, o cuidado com esse paciente a partir desse primeiro contato é de grande importância. O objetivo do presente trabalho foi elaborar e aferir a validade e confiabilidade de um instrumento para avaliação do conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado. Foram seguidas as seguintes etapas: 1) identificação da literatura fonte atualizada sobre o tema; 2) elaboração dos itens do questionário pelos pesquisadores, baseada na literatura fonte; 3) validação da face e de conteúdo; 4) aplicação do instrumento para validação de construto (teste de hipóteses); 5) análise de consistência interna e 6) avaliação de estabilidade temporal ou teste-reteste. Participaram do processo de validação 203 médicos generalistas ou especialistas em medicina de família e comunidade e 10 gastroenterologistas. O instrumento elaborado contou em sua versão final com 47 itens, apresentando um alfa de Cronbach de 0,936. O teste de hipóteses mostrou que o instrumento é capaz de discriminar adequadamente profissionais com maior e menor conhecimento e o teste-reteste registrou uma concordância superior a 60% para a maioria dos itens. A avaliação de desempenho dos médicos generalistas nos resultados do questionário mostrou que a maioria alcançou escores abaixo da média. Este estudo concluiu adequadamente a elaboração do instrumento para avaliar o conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado, que apresenta boa consistência interna e boa reprodutibilidade. Foi possível identificar importantes lacunas de conhecimento entre profissionais participantes do estudo. O instrumento final deve ser considerado como uma ferramenta valiosa na identificação das lacunas de conhecimento de generalistas sobre transplante de fígado, podendo servir de base na elaboração de estratégias formativas e educativas desses médicos em diferentes regiões.

Palavras-Chave: Transplante de Fígado. Cirrose Hepática. Estudos de Validação. Atenção Primária à Saúde. Educação Médica.

ABSTRACT

Liver transplantation is the only therapeutic modality that makes it possible to cure cirrhosis and its complications. Hepatic cirrhosis is the terminal stage of many chronic liver diseases. It presents clinical and social relevance due to its high prevalence and global incidence. Most cirrhotic patients present their first contact with the health system in primary care and / or in the emergency network. Therefore, the care with this patient from this first contact is of great importance. The aim of the present study was to elaborate and evaluate the validity and reliability of an instrument to evaluate the knowledge of general practitioners about liver transplantation. The following steps were followed: 1) identification of the updated source literature on the subject; 2) elaboration of the items of the questionnaire by the researchers, based on the source literature; 3) face and content validation; 4) application of the instrument for construct validation (hypothesis test); 5) internal consistency analysis and 6) temporal stability or test-retest evaluation. A total of 203 general practitioners or specialists in family and community medicine and 10 gastroenterologists participated in the validation process. The instrument elaborated in its final version with 47 items, presented a Cronbach alpha of 0.936. The hypothesis test showed that the instrument can discriminate adequately professionals with greater and lesser knowledge and the test-retest registered a concordance of over 60% for most items. The performance evaluation of general practitioners in the questionnaire results showed that the majority reached below-average scores. This study adequately concluded the elaboration of the instrument to evaluate the knowledge of general practitioners about liver transplantation, which presents good internal consistency and good reproducibility. It was possible to identify important knowledge gaps among professionals participating in the study. The final instrument should be considered as a valuable tool in the identification of knowledge gaps of general practitioners about liver transplantation and may serve as a basis in the elaboration of training and educational strategies for these physicians in different regions.

Keywords: Liver Transplantation. Liver Cirrhosis. Validation Studies. Primary Health Care. Education, Medical.

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	07
1.1 Cirrose hepática e transplante de fígado	07
1.2 Propriedades psicométricas de instrumentos na área da saúde	13
1.3 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 Tipo de pesquisa	20
3.2 Local do estudo	20
3.3 População-alvo	20
3.4 Construção e aferição de validade e especificidade do instrumento	21
3.5 Coleta de dados	24
3.6 Análise dos dados	24
3.7 Aspectos éticos	25
4 PRODUTO.....	26
4.1 Artigo	27
5 CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS.	41
APÊNDICES e ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Cirrose hepática e transplante de fígado

A cirrose hepática é o estágio final comum e irreversível de uma série de processos patológicos hepáticos crônicos (RAI, 2012, FARKAS; HACKL; SCHLITT, 2014, BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015). Ela traz consigo uma série de consequências, de modo a produzir importante impacto na qualidade e na expectativa de vida dos pacientes acometidos.

A doença apresenta distribuição global, independentemente de raça, idade e gênero. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), hepatopatia crônica é a 18ª causa de morte no mundo (BLACHIER *et al*, 2013). Todavia, existe uma expectativa de progressão do número de casos ao longo dos anos, projetando-se que a cirrose ocupará a 12ª posição até o ano 2020 (MURRAY; LOPEZ, 1997, MATHERS; EZZATI; LOPEZ, 2007). No Brasil, em 1997, a doença foi responsável por aproximadamente 40 mil internações hospitalares e por uma mortalidade de 12,6 por 100 mil habitantes, sendo que em 2016, foi responsável por 9672 mortes (BRASIL, 2018).

Cirrose pode ser classificada de várias maneiras, porém é mais recomendável categorizá-la conforme a etiologia; estágio da doença, utilizando critérios como a classificação de Child-Pugh-Turcotte ou de *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD); ou ainda, quanto à presença ou não de complicações (BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015).

A etiologia da cirrose compreende várias condições: alcoólica, pós-hepatite viral, biliar, autoimune, metabólicas, por drogas e criptogênica. No ocidente, a etiologia mais comum da cirrose hepática é o álcool, seguido pelas hepatites virais C (HCV) e B (HBV) (BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015). Nos Estados Unidos, o aumento da incidência da esteatohepatite não alcoólica (NASH) deve fazer dessa, a principal etiologia da cirrose hepática naquele país (CHARLTON, 2011). Em alguns casos, a instalação da cirrose ocorre insidiosamente, podendo levar anos para se manifestar, como ocorre, por exemplo, na infecção crônica por HBV e HVC (BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015). Cerca de 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos, dificultando assim o diagnóstico precoce e a determinação exata da prevalência da doença, sendo o diagnóstico dado por exames de

rotina ou na necropsia (RAI, 2012, BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015). No entanto, uma vez manifestados os sintomas, o prognóstico torna-se sombrio e os custos econômicos são altos, gerando grandes repercussões em termos de saúde pública (LIM; KIM, 2008).

Complicações da doença hepática avançada desenvolvem-se em uma taxa de 25 a 30% por década e manifestam-se clinicamente por ascite, icterícia, encefalopatia hepática, coagulopatia e hemorragia digestiva. Até que ocorram essas complicações, a mortalidade secundária à doença hepática é rara, sendo inferior a 10% em 10 anos. Porém, uma vez que a cirrose apresente descompensação, a mortalidade aumenta para 50% em 5 anos (BUSUTTIL; BUSUTTIL; KLINTMAL, 2015).

No momento atual do conhecimento médico, não existe tratamento específico da cirrose hepática. A melhor intervenção proposta ao paciente é o tratamento da doença de base, objetivando redução do risco de descompensação da doença. Nesse contexto, para os pacientes com cirrose descompensada, além de tratar especificamente as complicações da hepatopatia, faz-se necessário, na maioria das vezes, recorrer ao transplante de fígado (D'AMICO; GARCIA-TSAO; PAGLIARO, 2006, PINZANI; ROSSELLI; ZUCKERMANN, 2011).

O transplante de fígado é a única modalidade terapêutica existente na atualidade para pacientes com hepatopatia em fase terminal, sendo capaz de aumentar sua expectativa e qualidade de vida. O primeiro transplante de fígado realizado com sucesso, em seres humanos, ocorreu em 1963, em Denver, no Colorado. Desde então, houve um desenvolvimento importante na escolha e preservação dos órgãos doados, no refinamento da técnica cirúrgica, nos cuidados intra e pós-operatórios e nas medidas de imunossupressão visando ao controle da rejeição. A esses avanços, associam-se melhora no preparo do receptor, menor tempo de execução do transplante, mais baixo volume de hemotransfusão e técnicas anestésicas mais adequadas. Todos esses fatores ampliaram os índices de sobrevivência de um ano de 30 a 40%, no início dos anos 1980, para 80 a 90% nos anos 1990 (SCHIFF *et al*, 2007, THULUVATH *et al*, 2010, DANI, 2011).

Atualmente, decorridos mais de 40 anos do primeiro transplante de fígado, realizam-se mais de 10 mil transplantes de fígado ao ano no mundo (MEIRELLES JÚNIOR *et al*, 2015).

Houve melhora progressiva nos resultados, e os problemas cirúrgicos, de tratamento da rejeição e do controle de sepse intratável foram resolvidos (FUNG *et al*, 1990). Entretanto, o número de pacientes em lista para o transplante de fígado aumenta progressivamente em relação ao número de doadores falecidos. Melhor acesso de pacientes a centros transplantadores, progressos na organização e melhora do sistema de transplantes, e um refino das indicações e do melhor uso de doadores são necessários (MEIRELLES JÚNIOR *et al*, 2015).

Dentro dessa proposta, as últimas duas décadas marcaram um aumento expressivo do número de equipes transplantadoras no país, com maior concentração nas Regiões Sul e Sudeste. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por mais de 95% dos transplantes de fígado realizados no país, propiciando acesso universal ao tratamento, e até mesmo aos imunossupressores. O Brasil tornou-se o maior sistema público de transplantes do mundo e o terceiro maior em volume de transplantes de fígado realizados (MEIRELLES JÚNIOR *et al*, 2015). A conscientização da população sobre transplante de órgãos e tecidos, bem como a identificação de potenciais doadores pelos profissionais de saúde, foi aprimorada. O número de doadores no país atingiu a marca inédita de 13,2 por milhão de habitantes. Nos últimos dois anos, o Governo Federal vem, com sucesso, aumentando e descentralizando o número de equipes de transplante no país, o que deve continuar a incrementar a atividade transplantadora no Brasil e tornar o país destaque mundial na área de transplante hepático (MEIRELLES JÚNIOR *et al*, 2015).

Os resultados cada vez melhores e o número crescente de pacientes que poderiam se beneficiar do transplante hepático produziram uma escassez crônica de órgãos doados para o transplante de fígado, com aproximadamente um em cada seis pacientes morrendo na lista de espera por ano (GOLDBERG *et al*, 2016). A alocação de órgãos para transplante hepático de maneira a maximizar seu impacto e garantir acesso equitativo é um desafio desde a aprovação Associação Brasileira de Transplante de órgãos (ABTO).

Essa escassez de órgãos continua a ser uma grande limitação no transplante de fígado, e tem havido um esforço significativo ao longo da última década, no Brasil e mundo, para aumentar o conjunto existente de doadores falecidos. Recentes avanços incluíram melhor seleção e manejo de doadores após parada circulatória, aplicação de perfusão hipotérmica e normotérmica, minimização da imunossupressão padrão e uso de novos medicamentos

imunossupressores. Além disso, tem havido uma ênfase renovada e compreensão da imunologia do fígado e o impacto da rejeição mediada por anticorpos. Juntos, esses avanços permitiram a expansão do conjunto de doadores com resultados de pacientes melhorados e simultâneos (JADLOWIEC; TANER, 2016).

A disparidade entre o número de aloenxertos disponíveis no fígado e os candidatos a transplante continua a crescer em todo o mundo. Na Ásia, esse problema tem sido tratado com sucesso por números cada vez maiores de transplantes hepáticos de doadores vivos. Nos países ocidentais, no entanto, o número de doadores vivos não sofreu uma mudança significativa por mais de uma década, e a demanda por enxertos de fígado de doadores falecidos continua a aumentar. Assim, esforços substanciais foram feitos para expandir o conjunto existente de doadores falecidos (JADLOWIEC; TANER, 2016).

A definição da indicação do transplante de fígado requer uma cuidadosa avaliação da etiologia e do estágio da doença hepática, da presença de complicações da cirrose, de potenciais contraindicações, bem como a avaliação psicológica do indivíduo. Após uma avaliação multidisciplinar e uma revisão dos prós e contras, somente é encaminhado para a fila de transplante o paciente cuja decisão seja unânime na equipe do serviço transplantador (KOFFRON; STEIN, 2008).

Por anos, a alocação de enxertos hepáticos era baseada no tempo de espera dos pacientes na fila de transplante. Entretanto, estudos claramente mostram que o critério tempo de espera não é um marcador apropriado de risco de morte na fila. Considerando esses resultados, o escore MELD foi adotado como sistema de referência para o *ranking* dos pacientes para transplante de fígado, por demonstrar adequadamente ser um preditor de mortalidade tanto em pacientes cirróticos ambulatoriais quanto hospitalizados, independentemente da causa ou da gravidade da hepatopatia (DURAND; VALLA, 2005, KOFFRON; STEIN, 2008). Pacientes que não possam ter a mortalidade avaliada pelo MELD são inscritos em fila de transplante com classificação de “situação especial”, prevista pelo Ministério da Saúde, seguindo o modelo da maioria dos países. Nesses casos, como hepatocarcinoma e doenças metabólicas, que não alteram a função hepática, ganham pontos adicionais no MELD para que possam atingir a equidade na possibilidade de transplante das demais patologias (BRASIL, 2009).

O transplante de fígado, apesar de ser o melhor tratamento disponível e ser responsável por resultados animadores, possui, como previamente exposto, um fator limitante inerente ao seu conceito: o número de órgãos oferecidos é inferior ao número de pacientes listados para transplante, muitos deles falecendo sem que recebam o enxerto. No Brasil, essa desproporção é ainda maior, fruto de captação de órgãos deficiente, quando comparada à de países cuja estrutura geral de assistência à saúde e de atividade de transplante é mais desenvolvida (LIMA *et al*, 2011). De cada oito potenciais doadores, apenas um é notificado e somente 20% destes são utilizados como doadores de múltiplos órgãos (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2007). A taxa de captação dos órgãos nos estados depende, entre outros fatores, da disponibilidade de equipes transplantadoras *per capita*, dos investimentos no setor da saúde e, especialmente, na organização da procura, reconhecimento e captação de potenciais doadores (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2007).

No Brasil, ficam evidentes também as diferenças regionais, não somente na disponibilidade dos centros transplantadores e de órgãos, mas também no número de pacientes inscritos (LIMA *et al*, 2011). A dificuldade em se diagnosticar cirrose hepática e a falta de conhecimento da indicação do transplante de fígado como única alternativa sabidamente efetiva são possíveis hipóteses que justificariam os números inferiores ao esperado.

Considerando a morbimortalidade da cirrose hepática, os profissionais da área de saúde, inclusive da atenção primária, devem estar aptos a identificar suas manifestações e a, prontamente, adotar as medidas iniciais do seu manejo, além de reconhecer a indicação do tratamento definitivo – o transplante de fígado. Para esse fim, o aprimoramento de seus conhecimentos por meio de programas de atualização e de treinamentos específicos é fundamental.

O transplante de fígado é a opção terapêutica eficaz e definitiva no tratamento de hepatopatias em fase terminal, sendo capaz de aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Por ano, são realizados mais de 1400 procedimentos no país, entretanto esse número ainda é reduzido por milhão de habitante e é irregular a distribuição de centros transplantadores nos diferentes estados. (LIMA *et al*, 2011, ANDRAUS *et al*, 2013).

Em Minas Gerais, existem três centros ativos e efetivos que contam com o serviço de transplante de fígado. Um deles está presente em Montes Claros, cidade de importante influência política, econômica e cultural na região norte do estado. O Serviço de Transplante de Fígado João Paulo II está alocado na Santa Casa de Montes Claros e abrange todo o Norte de Minas, Vale do Jequitinhonha e Sul/Sudoeste do Estado da Bahia. A porta de entrada do serviço é o contato direto com a unidade, disponível a qualquer cidadão brasileiro que, diretamente ou por meio de encaminhamento médico, acessar o serviço. Apesar da facilidade de acesso e do estado mineiro possuir cerca de três vezes o número de habitantes, Ceará e Pernambuco, por exemplo, realizaram cerca de o dobro de transplante de fígado no primeiro semestre de 2015 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO, 2015).

Dentro do panorama brasileiro e mundial, o serviço de Transplante de Montes Claros apresenta um cenário com diferenças e particularidades. A necessidade estimada de transplante é de 25 pacientes/10⁶habitantes. No ano de 2013, em Minas Gerais, foram realizados 75 transplantes de fígado (3,8 transplantes/10⁶) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO, 2015) e, em Montes Claros, 17 transplantes de fígado (9,5 transplantes/10⁶) (SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2019). Apesar de Montes Claros atingir uma média superior a estadual e nacional, ainda está abaixo da real necessidade. Apesar disso, o Serviço de Transplante de Fígado Papa João Paulo II, da Santa Casa de Montes Claros, não apresenta uma fila de espera que mostre uma demanda reprimida, nem uma mortalidade em lista de espera que exerça uma pressão para que aumente o número de transplantes no município (SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2019).

No cenário de atendimento sistematizado de todos os pacientes que procuram o serviço de transplante de fígado, o acesso limitado à fila de espera é necessariamente determinado por etapas que o antecedem. O conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária necessário para identificar cirrose hepática, reconhecer o impacto prognóstico e o papel do transplante de fígado no tratamento da cirrose hepática descompensada são determinantes do acesso à lista de espera. A cobertura de 100% da população de Montes Claros pela Estratégia Saúde da Família (ESF) descarta a hipótese da falta de assistência como causa da baixa taxa de encaminhamento ao centro de referência de transplante de fígado.

Torna-se, portanto, útil e relevante compreender a atual capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária responsáveis pelo atendimento dos pacientes portadores de hepatopatia crônica e determinar se há necessidade de programas de treinamento e o impacto dos mesmos no serviço. Para avaliação de conhecimento em temas específicos, como no caso das hepatopatias crônicas, cirrose hepática e transplante de fígado, não existem instrumentos já elaborados e validados. Dessa forma, a avaliação de conhecimentos para profissionais de saúde sobre esses temas deve ser precedida do processo de elaboração e validação de um instrumento que possa, de fato, aferir esse construto.

1.2 Propriedades psicométricas de instrumentos na área da saúde

A medida de eventos relacionados à saúde em estudos científicos pressupõe a utilização de instrumentos precisos. A precisão desses instrumentos deve, portanto, assegurar validade e confiabilidade ao pesquisador e/ou ao profissional de saúde. A não utilização de instrumentos válidos e confiáveis tende a gerar resultados imprecisos ou tendenciosos, que podem, por conseguinte, comprometer a aplicação dos mesmos em benefício da população (MARTINS, 2006). Assim, a construção de instrumentos ou testes na área da saúde depende de análises estatísticas e psicométricas, que possam assegurar sua qualidade (PASQUALI, 1999, STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2003).

Recomenda-se que o pesquisador deve estar sempre atento ao utilizar um instrumento de coleta de dados, assegurando que o mesmo seja adequado e preciso em relação ao que efetivamente se propõe a avaliar ou mensurar. O que se deseja é que um determinado instrumento tenha boa qualidade para ser utilizado e isso depende das suas propriedades psicométricas. O conhecimento e a avaliação dessas propriedades são fundamentais para definir se os instrumentos são válidos e confiáveis, e, portanto, se podem assegurar a qualidade das medidas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Considerando a natureza subjetiva dos construtos relacionados aos conceitos inerentes à qualidade de instrumentos relacionados às medidas em saúde, já que não são diretamente mensuráveis, a literatura apresenta uma diversidade de orientações em relação ao tema. Esse fato gerou a necessidade da iniciativa COSMIN (*COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments*). Trata-se de uma definição de normas e conceitos baseados em consenso de 57 especialistas de várias partes do mundo (MOKKINK *et al*, 2010).

O trabalho desenvolvido pela Iniciativa COSMIN objetivou melhorar a seleção de instrumentos de medição de saúde, com o desenvolvimento de uma lista de verificação contendo padrões para avaliar a qualidade metodológica dos estudos sobre propriedades de medição (MOKKINK *et al*, 2010). A figura 1 apresenta uma síntese da taxonomia utilizada pela Iniciativa COSMIN e será a referência metodológica para o presente estudo.

A taxonomia proposta pela Iniciativa COSMIN compreende três domínios: validade, confiabilidade, e responsividade, que também tiveram seus conceitos acordados internacionalmente (MOKKINK *et al*, 2010b). A validade de um instrumento refere-se à capacidade do mesmo em avaliar ou medir exatamente aquilo a que se propõe. É considerada a mais importante propriedade no processo de desenvolvimento de um instrumento de medida e envolve, entre outros aspectos o acúmulo de evidências científicas que auxiliam na interpretação do instrumento elaborado (PASQUALI, 1999, STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2003).



Figura 1: Taxonomia COSMIN das relações entre as propriedades das medidas para instrumentos relacionados à saúde (Fonte: Mokkink *et al*, 2010 – Adaptado).

Segundo a proposta da Iniciativa COSMIN, a validade envolve a validação de face, validação de conteúdo, a validação estrutural e o teste de hipótese, além da validação transcultural, quando pertinente. A validação de conteúdo e a validação de face estão muito intimamente relacionadas, sendo resultantes de julgamento mais qualitativo do que quantitativo. A primeira avalia o grau em que o conteúdo de um instrumento reflete de forma satisfatória o conteúdo a ser medido. A segunda avalia em que medida, um instrumento de fato parece ser um reflexo adequado do constructo a ser medido. Quase sempre tais medidas são definidas por julgamentos empíricos de especialistas e/ou de um painel de profissionais que avaliam a clareza, a compreensão e a redundância dos itens e das possíveis respostas (RAYMUNDO, 2009, SAKO *et al*, 2019) No processo de criação do instrumento, as fontes são diversas e devem ser, também, referendadas por especialistas da área (MOKKINK *et al*, 2010b).

A validade de construto inclui três dimensões: a validação estrutural, a validação transcultural e o teste de hipóteses. A validação estrutural avalia o grau em que as pontuações de um instrumento refletem adequadamente a as dimensões do constructo a ser medido. Para Pasquali (2009), a validade se relaciona ao fato da medida ser congruente com a propriedade mensurada e não com a exatidão da mensuração realizada. Pressupõe uma análise estatística mais complexa. Quando um instrumento possui muitos itens a análise fatorial é utilizada para validação de construto, buscando identificar a estrutura de correlações entre os diversos itens. A validação transcultural avalia o grau em que o desempenho dos itens em uma tradução ou instrumento culturalmente adaptado é um reflexo adequado da versão original. O teste de hipóteses avalia o grau em que as pontuações de um instrumento são coerentes com hipóteses estabelecidas a priori, com base no pressuposto de que o instrumento mede de forma coerente o construto que se propôs a medir.

A validade de critério ou validade concorrente mede o grau em que as pontuações de um determinado instrumento refletem de forma adequada de um “padrão-ouro”. Naturalmente, essa forma de validação só se aplica às condições que contam com esse “padrão-ouro” (MOKKINK *et al*, 2010b).

A confiabilidade se refere à reprodutibilidade do instrumento, isto é, sua capacidade de alcançar valores semelhantes ao longo do tempo para uma mesma medida. Assim, um instrumento é considerado confiável quando os valores mensurados não se modificam substancialmente se aplicados a uma mesma pessoa em diferentes momentos (em curto

intervalo), ou por dois diferentes avaliadores em um mesmo momento. Em outras palavras, a confiabilidade se refere à extensão em que as medidas alcançadas são consistentes. A confiabilidade deve refletir o grau de interrelação entre os itens de uma mesma medida (consistência interna), bem como a coerência das medidas ao longo do tempo (teste-reteste). Adicionalmente, a confiabilidade avalia ainda em que medida o erro sistemático e aleatório de uma medida não é atribuído a verdadeiras mudanças no construto a ser medido, o que também pode ser avaliado pelo teste-reteste, inter-avaliadores ou intra-avaliadores (MOKKINK *et al*, 2010b).

A responsividade representa a capacidade de um instrumento detectar mudanças no indivíduo avaliado ao longo do tempo, em relação ao construto mensurado. É um atributo mais fácil de ser compreendido quando utilizado para avaliar o crescimento do conhecimento de um paciente sobre sua doença ao longo do tempo, por exemplo ou para avaliar o desempenho de um grupo antes e após um curso ou capacitação (MOKKINK *et al*, 2010b).

A interpretabilidade também foi incluída no modelo do *Checklist* proposto, mas não foi considerada uma propriedade de medição. Representa a capacidade do instrumento em atribuir significado qualitativo às medidas quantitativas ou escores alcançados (a partir de pontos de corte, por exemplo). Não se trata de um atributo frequentemente identificado em estudos de validação de instrumentos.

1.3 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

Os cuidados primários são reconhecidos desde da Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam acolher satisfatoriamente (FHAEL; SILVA; XAVIER, 2018). Desde então, muitos países têm organizado ou reorganizado suas práticas assistências, com ênfase em modelos de saúde que valorizam a Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002).

Embora a APS tenha, para alguns autores, conceitos distintos, a maioria a define como o primeiro nível de um sistema de serviço de saúde. Nesse sentido, a APS deve representar a

porta de entrada preferencial para o indivíduo no sistema de saúde, ou seja, qualquer usuário deve, em princípio, ser reconhecido e incluído no sistema assistencial, a partir da APS. Quando a APS é bem organizada e forte, suas ações tendem a ser resolutivas para a maioria dos problemas de saúde, seja por meio de recursos próprios desse nível, seja por meio de uma articulação programada com os demais níveis de atenção à saúde (secundário e terciário) (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza a expressão Atenção Básica para se referir à Atenção Primária à Saúde. Embora alguns autores acreditem que possa existir diferenças conceituais, a maioria assume como expressões equivalentes ou sinônimos (GIOVANELLA, 2018)

Para Starfield (2002), a APS deve ser assumida como uma proposta que, a partir do primeiro contato, propicia e assegura um cuidado continuado ao paciente, com atenção integral oportuna e sistemática. Essa atenção pressupõe recursos humanos bem qualificados e capacitados e uma necessária interlocução com os demais níveis de atenção e até com outros setores da sociedade. Deve ainda ser organizada em consonância com as necessidades da comunidade, trabalhando para promover e reabilitar a saúde dos indivíduos e suas famílias (STARFIELD, 2002). Essa assistência proposta deve incluir os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando as pessoas ou grupos humanos, independentemente de sua condição econômica, sociocultural, étnica ou sexo (LAGO; CRUZ, 2001).

As características da APS têm grande afinidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, considerando a proposta de universalidade, resolutividade e interação com a comunidade, com reconhecimento dos macrodeterminantes da saúde (GIOVANELLA, 2018). Assim, a incorporação dos conceitos e princípios organizacionais da APS foram um processo praticamente natural dentro do SUS, se materializando com o Programa de Saúde da Família (PSF) (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF foi concebido a partir de experiências positivas em diferentes locais no país e teve sua proposta inicial rapidamente reconhecida como uma prática com potencial de mudar o modelo assistencial, adquirindo o status de Estratégia Saúde da Família (ESF) (ROSA; LABATE, 2005; RIBEIRO, 2004). Assim, a APS no Brasil é operacionalizada pelas equipes da ESF. São equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde

(GIOVANELLA *et al*, 2009, PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Um dos grandes desafios para a consolidação do novo modelo de saúde vinculado à ESF é a formação de recursos humanos (FAHEL; SILVA; XAVIER, 2018). Existe grande rotatividade entre os profissionais médicos, o que define uma situação complexa e multifatorial (PIERANTONI *et al*, 2015). Esse panorama fragiliza o potencial de impacto da ESF sobre os diversos indicadores de saúde da comunidade. Idealmente o médico desejável para atuação na ESF é o médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, mas existem poucos médicos com esta especialização no Brasil, em relação à demanda.

Não existem dúvidas sobre os benefícios dos sistemas de saúde que se orientam a partir de uma APS forte e de qualidade (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; STARFIELD, 2002). Contudo, decorridos mais de 20 anos da implementação da proposta de “Saúde da Família” (inicialmente como Programa e depois como Estratégia), ainda existem, no Brasil, fragilidades na oferta de serviços e cuidados aos pacientes (GIOVANELLA, 2018; PIERANTONI *et al*, 2015). Muitos profissionais assumem o trabalho nas equipes de saúde sem, efetivamente, apresentarem o perfil adequado ou a formação necessária para a função. Nesse sentido, é necessário maior interação entre os níveis de atenção para que o cuidado ao paciente seja adequado e oportuno.

É nesse contexto que se apresenta o presente estudo, com vistas a contribuir, em última instância, para se avaliar o conhecimento dos médicos, com vistas a capacitação. Espera-se que os conhecimentos adequados dos médicos que atuam na APS sejam transformados em assistência otimizada aos pacientes com hepatopatias crônicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar e aferir a validade e confiabilidade de um instrumento para avaliação do conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar questionário de avaliação de conhecimentos sobre transplante de fígado para médicos generalistas;
- Aferir validade e confiabilidade para o instrumento elaborado;
- Caracterizar o grupo de médicos generalistas atuantes na região e participantes do estudo;
- Estimar o conhecimento sobre o transplante de fígado dos profissionais participantes no processo de validade e confiabilidade do instrumento elaborado.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico, de elaboração e análises psicométricas de instrumento (aferição de validade e sensibilidade) para avaliar conhecimentos.

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Montes Claros, considerado como polo regional do norte do estado de Minas Gerais (MG). Trata-se de um grande centro urbano, com estimativa de, aproximadamente, 400 mil habitantes e que também representa o principal centro de atenção à saúde para a região, sendo referência para atendimentos de alta complexidade de uma macrorregião de aproximadamente 1,6 milhão de habitantes.

3.3 População-alvo

Foram elegíveis para este estudo os médicos generalistas e médicos de família e comunidade atuantes na cidade sede do estudo. Considerando a inexistência de um registro único de médicos na cidade, a alocação dos profissionais ocorreu a partir de informações da Secretaria Municipal de Saúde e de informações junto aos hospitais locais. Médicos gastroenterologistas que não atuavam em ambiente de cuidado primário também foram alocados para o estudo, na etapa do teste de hipóteses.

3.3.1 Critérios de inclusão:

- Ser médico generalista ou gastroenterologista (para o teste de hipóteses);
- Ser profissional ativo (atuante) no momento da coleta de dados;
- Aceitar participar da pesquisa mediante consentimento informado.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Estar afastado das atividades de trabalho, por motivo de férias, problemas de saúde ou em situações especiais que pudessem comprometer o desempenho dos profissionais durante a coleta de dados;

- Ser especialista em gastroenterologia que atenda na rede de atenção primária (para a aferição da confiabilidade interna);
- Não ser localizado para coleta de dados em seu local de trabalho em até três tentativas.

3.4 Construção e aferição de validade e especificidade do instrumento

A elaboração do instrumento e o processo de aferição de validade e confiabilidade obedeceram às seguintes etapas:

Etapa 01: Identificação da literatura fonte que define a legislação sobre transplante de fígado no Brasil e diretrizes mais recentes sobre o tema. A literatura investigada constou dos seguintes textos:

- BUSUTTIL R.; BUSUTTIL R.; KLINTMALM, G. **Transplantation of the liver**. Philadelphia: Elsevier, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema nacional de Transplantes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2009.

A primeira referência é um grande clássico da área, que foi recentemente atualizada, incluindo os mais recentes protocolos, abordagens cirúrgicas e mesmo técnicas utilizadas para o procedimento. É considerado um livro de referência médica mundial para a os profissionais da área. A segunda referência é a Portaria que regulamenta o sistema nacional de transplantes no Brasil. Uma revisão da literatura com pesquisa de artigos mais relevantes na área do conhecimento também foi realizada, porém os textos identificados não apresentavam aspectos adicionais para serem incluídos no instrumento de avaliação do conhecimento.

Etapa 02: Elaboração das questões pelos pesquisadores, considerando os pontos chave da literatura fonte. Foram elaboradas afirmativas sobre os principais aspectos da literatura pertinente ao tema, sobre as quais, os médicos generalistas deveriam manifestar seu nível de concordância, assinalando em escala tipo Likert: entre: concordo plenamente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo completamente.

Além do instrumento elaborado, foram coletados dados de variáveis de caracterização do respondente, incluindo sexo, idade, especialização, tempo de atuação, entre outras (Apêndice A).

Etapa 03: Validação de face e de conteúdo: Representada pela avaliação de especialistas dos itens criados. O instrumento em sua primeira versão foi avaliado por seis profissionais médicos, referências na área de atuação de transplante de fígado, com tempo mínimo de 10 anos como cirurgiões ou hepatologistas clínicos, pertencentes a centro de ensino universitários, com nível de titulação mínimo de doutor

Esses profissionais foram solicitados a avaliar cada um dos itens do instrumento assinalando: relevância do item em relação aos objetivos específicos do estudo, o nível de complexidade do item em relação ao conhecimento envolvido para a população do estudo e a clareza da redação. Foram mantidas, ao final, as questões em que, pelo menos 70% dos especialistas assinalarem positivamente sobre os aspectos abordados. Foi facultado aos profissionais especialistas a sugestão de modificação nas questões e alternativas e foram acolhidas pequenas sugestões na redação de alguns itens. Os itens que permaneceram no questionário foram sorteados para que cerca de 30% deles se transformassem em afirmativas incorretas (falsas) antes da aplicação.

Etapa 04: Para validação de construto conduziu-se um Teste de Hipóteses. O instrumento elaborado e validado pelos especialistas foi aplicado a médicos generalistas (e médicos de família e comunidade) que atuavam na atenção primária e médicos gastroenterologistas que atuavam em nível secundário de assistência. Para esse processo calculou-se os escores de acertos dos médicos generalistas e comparou-se com os escores de acertos de médicos especialistas em gastroenterologia, que também foram convidados a participarem do estudo, exclusivamente para esta etapa.

Na definição dos escores, foram consideradas respostas corretas aquelas que apresentavam concordância parcial ou plena para as afirmativas verdadeiras, bem como discordância parcial ou plena para as afirmativas falsas. Todas as respostas dos generalistas e dos gastroenterologistas foram transformadas em escores, por meio da soma dos valores atribuídos na escala *Likert* para os itens que integravam o instrumento (assumindo-se um ponto para cada resposta correta). O teste de hipótese se propôs a verificar se o instrumento é capaz de discriminar gastroenterologistas (que deveriam alcançar escores mais elevados) dos

generalistas (dos quais eram esperados escores mais baixos). Foram também calculados e comparados os escores médios dos respondentes, buscando associação com outras variáveis do grupo (formação profissional, sexo, idade e história pessoal ou familiar de doença hepática).

Etapa 05: Avaliação da consistência interna: Considerando a necessidade de um grande número de respondentes para uma adequada análise estatística, todos os médicos atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família no município sede do estudo foram convidados a participarem da pesquisa. Após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais foram convidados para uma capacitação sobre hepatopatias crônicas. Porém, antes do início das atividades foram informados sobre o estudo e orientados sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se concordassem em participar da pesquisa. Não houve nenhuma recusa entre os participantes.

Para ampliar o número de participantes, os médicos faltosos ao evento e médicos generalistas atuantes na própria cidade também foram convidados a participarem do estudo. Nesses casos, os profissionais foram abordados pessoalmente em seu local de trabalho ou em encontros e reuniões de trabalho, em pequenos grupos, e convidados a responder o questionário. Para essa etapa, considerando a necessidade de incluir o maior número de profissionais possível, todos foram convidados e não houve cálculo amostral.

Etapa 06: Análise de estabilidade temporal ou Teste-Reteste: Para uma amostra específica dos respondentes, aproximadamente 15%, o teste foi reaplicado com um intervalo médio de 12 dias. A comparação entre os dois testes foi realizada pela estatística *kappa* para cada um dos itens pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) depois da reaplicação. Assumiram-se os parâmetros de Landis e Koch (1977) para interpretação dos valores da estatística *kappa*. Assim, valores abaixo de 0,40 foram considerados como uma concordância pobre ou leve; valores entre 0,40 e 0,59 como concordância moderada; valores entre 0,60 a 0,79, como concordância substantiva e valores iguais ou acima de 0,80 como uma concordância quase perfeita.

A figura que se segue apresenta o fluxograma do processo de elaboração e análise de validade e confiabilidade do instrumento.

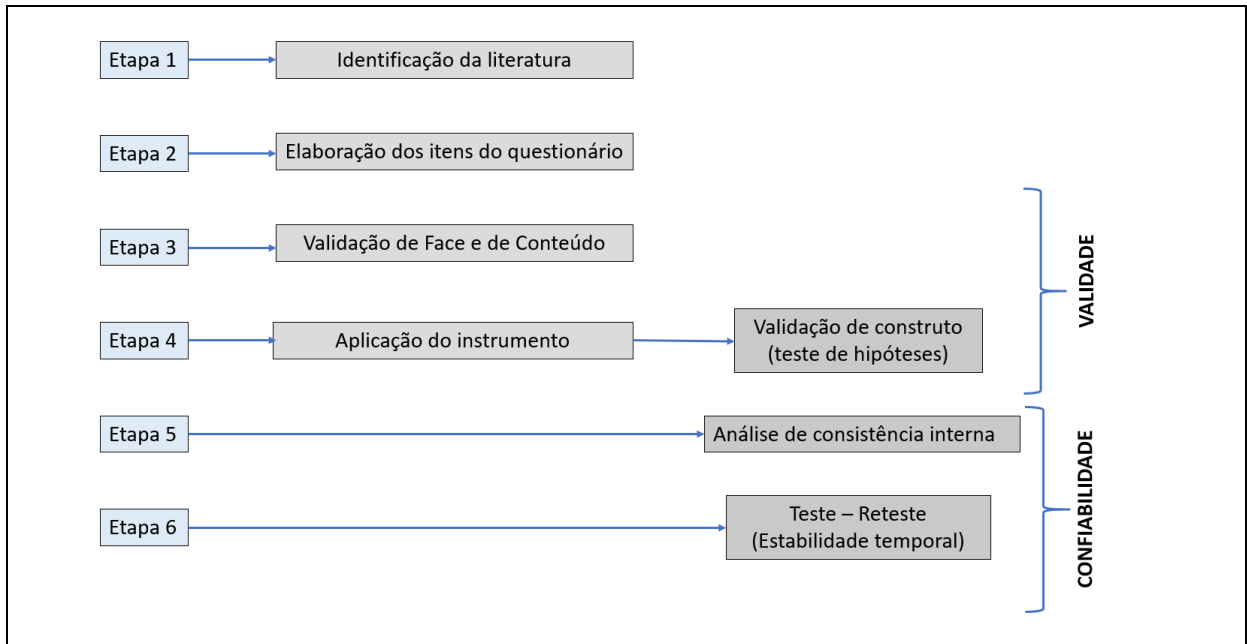


Figura 2: Fluxograma do processo de construção e análise de validade e confiabilidade de um instrumento para avaliar conhecimento de médicos generalistas sobre transplante hepático.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a setembro de 2018. O instrumento foi apresentado aos profissionais após aquiescência com a participação no estudo e respondido de forma autônoma (sem interferência da equipe de pesquisadores).

3.6 Análise dos dados

Após a coleta dos questionários, os dados foram analisados por meio do programa *IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Science) software*, versão 22.0 for Windows, com realização de análises descritivas de frequência e utilização de testes estatísticos específicos. A estatística *kappa* foi empregada para verificação da concordância na reprodutibilidade do teste. Na análise do teste de hipóteses, as médias dos escores de cada grupo comparado foi realizada por meio do teste U de Mann-Whitney, assumindo-se um o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. De modo geral, o valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70. Quando abaixo desse

valor, considera-se que a consistência interna da escala utilizada é baixa. Por outro lado, valores entre 0,80 e 0,90 são considerados desejáveis (STREINER, 2003).

3.7 Aspectos éticos

A coleta de dados foi precedida da concordância de todos os participantes, mediante assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Montes Claros (Apêndice C). Assegurou-se aos entrevistados a autonomia individual, o direito à informação, à privacidade, à confidencialidade das informações, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins científicos. Foi garantido ainda, o direito de revogar a decisão de participação da pesquisa a qualquer momento.

A pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada apenas após aprovação do projeto de pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, na data 29/09/2016 (parecer número 1.751.635, CAAE 60195316.3.0000.5109 – Anexo A).

4 PRODUTO

Em consonância com o Regimento Interno do Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde, os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de um artigo científico.

O artigo intitulado “**Validade e confiabilidade de um instrumento para avaliar os conhecimentos de médicos generalistas sobre transplante de fígado**”, está formatado segundo as normas do periódico ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva; Qualis B1 na área Interdisciplinar.

4.1 ARTIGO

Validade e confiabilidade de um instrumento para avaliar os conhecimentos de médicos generalistas sobre transplante de fígado

Validity and reliability of an instrument to evaluate the knowledge of general practitioners about liver transplantation

Walfredo Gonçalves de **Quadros Júnior**¹, Antônio Prates **Caldeira**¹

Trabalho oriundo do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Resumo

Racional: A cirrose hepática é o estágio terminal de muitas doenças hepáticas crônicas. É uma doença que apresenta relevância clínica e social devido a sua alta prevalência e incidência mundial. O transplante de fígado é a única modalidade terapêutica que possibilita a cura da cirrose e suas complicações. **Objetivo:** Elaborar e aferir a validade e confiabilidade de um instrumento para avaliar o conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado. **Métodos:** Estudo quantitativo e analítico que seguiu as seguintes etapas: 1) identificação da literatura fonte atualizada sobre o tema; 2) elaboração dos itens do questionário pelos pesquisadores, baseada na literatura fonte; 3) validação da face e de conteúdo por peritos; 4) aplicação do instrumento – validação de construto (teste de hipóteses); 5) análise de consistência interna; 6) análise de estabilidade temporal (teste-reteste). **Resultados:** Participaram do processo de validação 203 médicos generalistas e 10 gastroenterologistas. O instrumento elaborado contou em sua versão final com 47 itens, apresentando um alfa de Cronbach de 0,936. O teste de hipóteses mostrou que o instrumento é capaz de discriminar adequadamente profissionais com maior e menor conhecimento ($p < 0,001$) e o teste-reteste registrou uma concordância superior a 60% para a maioria dos itens. A avaliação de desempenho dos médicos generalistas nos resultados do questionário mostrou que a maioria alcançou escores abaixo da média. **Conclusão:** O instrumento elaborado mostrou-se válido, com boa consistência interna e boa reprodutibilidade. Foi possível identificar importantes lacunas de conhecimento entre profissionais participantes do estudo. O instrumento final pode ser considerado como uma ferramenta valiosa na identificação das lacunas de conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado, podendo servir de base na elaboração de estratégias formativas e educativas.

Palavras-chave: Transplante Hepático. Cirrose Hepática. Estudos de Validação. Atenção Primária à Saúde. Educação Médica.

Abstract:

Background: Liver cirrhosis is the terminal stage of many chronic liver diseases. It is a disease that presents clinical and social relevance due to its high prevalence and worldwide incidence. Liver transplantation is the only therapeutic modality that allows the cure of cirrhosis and its complications. **Aim:** To elaborate and to verify the validity and reliability of an instrument of assess the knowledge of general practitioners on liver transplantation. **Methods:** Quantitative and analytical study that developed the following steps: 1) identification of the updated source literature on the subject; 2) elaboration of the items of the questionnaire by the researchers, based on the source literature; 3) face and content validation by experts; 4) application of the instrument - construct validation (hypothesis test); 5) internal consistency analysis; 6) temporal stability analysis (test-retest). **Results:** A total of 203 general practitioners and 10 gastroenterologists participated in the validation process. The instrument elaborated in its final version with 47 items, presenting a Cronbach alpha of 0.936. The hypothesis test showed that the instrument can adequately discriminate professionals with greater and lesser knowledge ($p < 0.001$) and the test-retest registered an agreement rates above of 60% for most items. The performance evaluation of general practitioners in the questionnaire showed that the majority reached below-average scores. **Conclusion:** The instrument elaborated proved to be valid, with good internal consistency and good reproducibility. It was possible to identify important knowledge gaps among professionals participating in the study. The final instrument can be considered as a valuable tool in the identification of knowledge gaps of general practitioners about liver transplantation and can serve as a basis in the elaboration of formative and educational strategies.

Keywords: Liver Transplantation. Liver Cirrhosis. Validation Studies. Primary Health Care. Education, Medical.

Introdução

A cirrose hepática é o estágio final comum e irreversível de uma série de processos patológicos hepáticos crônicos^{15,25}. Ela traz consigo uma série de consequências, de modo a produzir importante impacto na qualidade e na expectativa de vida dos pacientes acometidos¹⁴. A doença apresenta distribuição global, independentemente de raça, idade e gênero e representa uma das mais importantes causas de morte no mundo².

O prognóstico da cirrose hepática, uma vez manifestados os sintomas, é bastante reservado e os custos econômicos são altos, gerando grandes repercussões em termos de saúde pública¹². No momento atual do conhecimento médico, não existe tratamento específico da cirrose hepática. A melhor intervenção proposta ao paciente é o tratamento da doença de base, objetivando redução do risco de descompensação da doença. Nesse contexto, para os pacientes com cirrose descompensada, além de tratar especificamente as complicações da hepatopatia, torna-se necessário, na maioria das vezes, o transplante de fígado^{14,15,21}.

O transplante de fígado é capaz de aumentar a expectativa e qualidade de vida de pacientes com doença hepática grave e irreversível^{1,20}. Apesar de ser o melhor tratamento disponível e ser responsável por resultados animadores, possui um fator limitante inerente ao seu conceito: o número de órgãos oferecidos é inferior ao número de pacientes listados para transplante, muitos deles falecendo sem que

recebam o enxerto^{16,23}. No Brasil, essa desproporção é ainda maior, fruto de captação de órgãos deficiente, quando comparada à de países cuja estrutura geral de assistência à saúde e de atividade de transplante é mais desenvolvida^{13,16}.

Além das diferenças regionais decorrentes do processo assimétrico de captação, existem ainda as diferenças decorrentes do número de pacientes inscritos¹³. A dificuldade em se diagnosticar cirrose hepática e a falta de conhecimento da indicação do transplante de fígado como única alternativa sabidamente efetiva são possíveis hipóteses que justificariam os números inferiores ao esperado. Acredita-se que a fila de espera para transplante de fígado no Brasil subestima a real necessidade dessa modalidade terapêutica.

O não encaminhamento do paciente ao centro transplantador no momento adequado pode ser um dos principais fatores para esse quadro. Considerando a morbimortalidade da cirrose hepática, os profissionais da área de saúde, notadamente da atenção primária, local da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) da maioria dos pacientes cirróticos, devem estar aptos a identificar suas manifestações e a, prontamente, adotar as medidas iniciais do seu manejo, além de reconhecer a indicação do tratamento definitivo – o transplante de fígado. Alguns autores destacam que os próprios pacientes candidatos ao transplante de fígado ou pós-transplantados relataram que médicos com especialidades diferentes demonstram equívocos ou lacunas de conhecimento sobre sua doença, resultando em qualidade deficiente dos cuidados⁹. Parece, então ser necessário, o aprimoramento de conhecimentos por meio de programas de atualização e de treinamentos específicos. Considerando a escassez de estudos sobre o tema, o presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento para avaliar o conhecimento de médicos generalistas que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre transplante hepático.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de elaboração e validação de um instrumento para avaliar o conhecimento de médicos que atuam na atenção primária à saúde sobre transplante hepático. O instrumento foi desenvolvido a partir da identificação da literatura, elaboração dos itens relacionados ao tema, validação de conteúdo e de face, por especialistas, aplicação do instrumento para validação de construto (teste de hipótese), análise de consistência interna e análise de estabilidade temporal ou teste-reteste.

Etapa 1: Identificação da literatura

Para o início do projeto, uma literatura fonte, baseada em livro texto de referência mundial sobre o tema transplante de fígado foi utilizada, além da legislação nacional que regulamenta os transplantes de órgãos^{3,4}. Outros textos foram também revisados, considerando a relevância da publicação para a área do conhecimento, mas não lograram acréscimos à literatura base^{2,7,8,16,21}.

Etapa 2: Elaboração dos itens do questionário

A partir desse material bibliográfico, foram elaborados 52 itens abrangendo os principais tópicos sobre o tema hepatopatias e transplante de fígado: epidemiologia, manifestações clínicas, complicações e condução do tratamento.

Todos os itens foram elaborados como afirmativas verdadeiras, buscando a construção de frases curtas, sempre que possível.

Etapa 3: Validação de face e de conteúdo

O instrumento elaborado para avaliação do conhecimento foi submetido à análise do conteúdo e da estrutura semântica de seis especialistas na área, hepatologistas ou cirurgiões transplantadores, professores de centros universitários de referências, com titulação de doutor, atuantes na área de transplante há mais de 10 anos. Eles avaliaram a relevância de cada item classificando-o como irrelevante, pouco relevante, relevante ou muito relevante. Também avaliaram a clareza e adequação da assertiva.

Após a análise dos especialistas, o instrumento foi reformulado, com manutenção dos itens considerados claros, adequados e relevantes ou muito relevantes por pelo menos quatro dos seis avaliadores. Nessa etapa foram retirados cinco itens que não alcançaram a avaliação proposta. Alguns itens passaram por adaptação na escrita, conforme sugestão dos *experts*.

Após a reelaboração do instrumento, aproximadamente um terço dos itens foram aleatoriamente, transformados em assertivas falsas. Cada afirmativa seguia-se de cinco opções de respostas em escala de *Likert* a serem assinaladas pelos respondentes (concordo plenamente; concordo parcialmente; não concordo, nem discordo; discordo parcialmente e discordo plenamente).

Etapa 4: Validação de construto

Para validação de construto, neste trabalho conduzida por meio do teste de hipótese, o instrumento foi aplicado a médicos atuantes na atenção primária à saúde (generalistas e médicos de família e comunidade) e gastroenterologistas. O instrumento incluiu alguns itens de caracterização do respondente, além dos itens de avaliação de conhecimento. Os profissionais foram solicitados a assinalar seu nível de concordância ou discordância em relação às afirmativas, segundo o nível de conhecimento sobre o tema, podendo registrar, inclusive, nenhum nível de concordância ou discordância (“não concordo, nem discordo”), assumindo desconhecimento sobre o item.

Foram consideradas respostas corretas aquelas que apresentavam concordância parcial ou plena para as afirmativas verdadeiras, bem como discordância parcial ou plena para as afirmativas falsas. Todas as respostas dos generalistas e também dos gastroenterologistas foram transformadas em escores, por meio da soma dos valores atribuídos na escala *Likert* para os itens que integravam o instrumento (um ponto para cada resposta correta).

O teste de hipótese se propôs a verificar se o instrumento era capaz de discriminar gastroenterologistas (que deveriam alcançar escores mais elevados) dos demais profissionais (para os quais eram esperados escores mais baixos). Foram também calculados e comparados os escores médios dos respondentes, buscando associação com outras variáveis do grupo (formação profissional, sexo, idade e história pessoal ou familiar de doença hepática). A comparação dos escores dos itens entre os grupos foi realizada utilizando-se o teste U de *Mann-Whitney*, considerando que os valores dos escores não tinha distribuição normal. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$).

Etapa 5: Análise de consistência interna

Todos os médicos atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família no município sede do estudo foram convidados a participarem da pesquisa. Após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais foram convidados para uma capacitação sobre hepatopatias crônicas. Porém, antes do início das atividades foram informados sobre o estudo e orientados sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se concordassem em participar da pesquisa. Todos concordaram.

Para ampliar o número de participantes, os médicos faltosos ao evento e médicos generalistas atuantes na própria cidade também foram convidados a participarem do estudo. Nesses casos, os profissionais foram abordados pessoalmente em seu local de trabalho ou em encontros e reuniões de trabalho e convidados a responder o questionário. Para essa etapa, considerando a necessidade de incluir o maior número de profissionais possível, todos os profissionais eletivos para o estudo foram convidados e não houve cálculo amostral.

Após a coleta dos questionários, os dados foram digitados e seguiu-se então a análise da consistência interna do instrumento por meio do alfa de *Cronbach*.

Etapa 6: Análise de estabilidade temporal (teste-reteste)

A análise de estabilidade temporal foi conduzida a partir da estatística *kappa*, depois da reaplicação do instrumento a cerca de 15% dos respondentes após um período médio de 12 dias. Assumiram-se os parâmetros de Landis e Koch¹¹ para interpretação dos valores da estatística *kappa*. Assim, valores abaixo de 0,40 foram considerados como uma concordância pobre ou leve; valores entre 0,40 e 0,59 como concordância moderada; valores entre 0,60 a 0,79, como concordância substantiva e valores iguais ou acima de 0,80 como uma concordância quase perfeita.

A figura 1 apresenta o fluxograma do processo de elaboração e validação do instrumento.

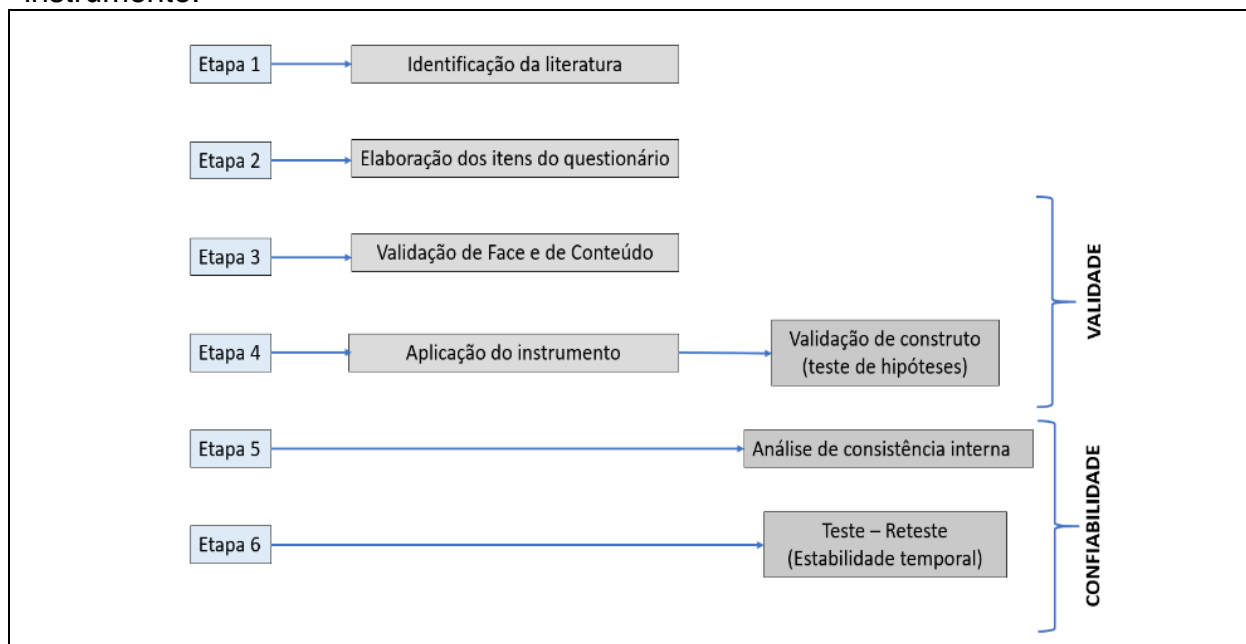


Figura 1: Fluxograma do processo de construção e validação de um instrumento para avaliar conhecimento de médicos generalistas sobre transplante hepático.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o uso do pacote estatístico *IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Science) software*, versão 22.0 for Windows.

Todos os aspectos éticos foram respeitados. Os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de responderem ao questionário. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, na data 29/09/2016 (Parecer nº: 1.751.635).

Resultados

Após análise do painel de especialistas, na validação de conteúdo, o instrumento, inicialmente com 52 itens, passou a contar com 47 itens. Para a análise de confiabilidade, o instrumento foi respondido por 203 profissionais. Havia a proposta de exclusão dos itens respondidos corretamente por mais de 90% dos profissionais (considerados muito fáceis) ou por menos de 10% dos respondentes (considerados muito difíceis), mas nenhum item apresentou esses percentuais.

As principais características do grupo de médicos que participaram do estudo são apresentadas na Tabela 1. Entre os respondentes, 41,9% eram do sexo masculino, 70,9% tinham até 30 anos de idade, mais da metade ainda não havia concluído um curso de especialização e 151 profissionais informaram atuar em equipes de Saúde da Família.

Tabela 1. Caracterização de médicos da atenção primária em saúde (generalistas e médicos de família e comunidade) participantes do estudo; 2018.

Variáveis	(n)	(%)
Sexo		
Masculino	85	41,9
Feminino	118	58,1
Idade (anos)		
≤ 25	66	32,5
26 – 30	78	38,4
31 – 35	31	15,3
36-40	14	6,9
≥ 41	14	6,9
Especialização		
Nenhuma/Em curso	111	54,7
Clínica médica	29	14,3
Medicina de Família e Comunidade	63	31,0
Atuação em equipe de Saúde da Família		
Sim	151	74,4
Não	52	25,6
História familiar de hepatopatia		
Sim	30	14,8
Não	173	85,2
Assiste ou já assistiu paciente com hepatopatia crônica		
Sim	53	26,1
Não	150	73,9

A análise de confiabilidade revelou um alfa de Cronbach de 0,936. Avaliando-se a correlação de cada item com o escore médio do questionário completo, registrou-se que a retirada de alguns itens poderia aumentar ligeiramente o valor observado para todos os itens em conjunto. Entretanto, os autores optaram pela manutenção dos itens considerando a relevância dos temas abordados.

A tabela 2 apresenta o conteúdo dos itens do instrumento, com destaque para o percentual de acerto de cada um deles.

Tabela 2. Conteúdo dos itens abordados em instrumento de avaliação do conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado e percentual de acerto para cada item; Montes Claros (MG), 2018.

Item	Conteúdo	Percentual de acerto
Q1	O transplante de fígado é o único tratamento capaz de trazer perspectiva de cura para doenças hepáticas crônicas terminais	69,4
Q2	São Sinais Clínicos de hepatopatias crônicas, na fase descompensada da doença: ascite, edema, icterícia, asterix, <i>flapping</i> , aranhas vasculares, eritema palmar, entre outros	72,9
Q3	Encefalopatia, perda de fâneros, desnutrição, hemorragia digestiva, atraso no desenvolvimento, epistaxe, ginecomastia e pele seca estão entre os sinais clínicos das hepatopatias crônicas	68,5
Q4	São sinais laboratoriais de hepatopatias crônicas, na fase descompensada da doença: distúrbio de coagulação, hiperbilirrubinemia e hipoalbuminemia	70,5
Q5	Anemia, distúrbios iônicos (sódio, potássio, cálcio) e aumento de escórias renais estão associados a cirrose	60,6
Q6	As doenças hepáticas crônicas, mesmo no estado de cirrose, podem apresentar longos períodos assintomáticos	65,1
Q7	Uma vez que os sinais e sintomas da cirrose ocorrem, a hepatopatia passa a ser classificada como descompensada	52,7
Q8	A cirrose hepática, uma vez estabelecida, tende a ser uma doença progressiva, mesmo quando a remoção do agente agressor é possível	53,7
Q9*	a cirrose hepática aumenta consideravelmente o risco de hepatocarcinoma, quando presente sinais de descompensação	28,1
Q10	Um critério utilizado para indicação do transplante de fígado em pacientes portadores de cirrose hepática é o score Child-Turcotte-Pugh	57,1
Q11	O score para indicação de transplante de fígado leva em consideração critérios clínicos e laboratoriais, como nível sérico de bilirrubina, de albumina e a atividade de protombina	58,6
Q12	Cada critério componente do score de Child-Pugh-Turcotte contribui individualmente com 1 a 3 pontos, de acordo com intensidade das alterações, podendo fazer um total de 5 a 15 pontos.	48,8
Q13*	Pacientes com classificação Child B, com boa qualidade de vida, ainda são portadores de cirrose compensada, segundo o escore de Child-Turcotte-Pugh.	18,3
Q14	Todo paciente portador de cirrose descompensada (Child B ou C), deve ser avaliado quanto à indicação de transplante de fígado.	60,6
Q15*	No Brasil, a ordem de prioridade para alocação de órgãos para pacientes em lista de espera por um enxerto hepático é definida por critério de tempo de espera em fila	43,4
Q16	O critério usado para alocação de órgãos para pacientes adultos (idade maior que 12 anos) é o MELD (Model for End-Stage Liver Disease), cujos parâmetros empregados são bilirrubina sérica, RNI ou tempo de protrombina e creatinina sérica	44,8
Q17*	Pacientes portadores de doenças metabólicas, que não evoluem com falência da síntese e depuração do fígado, podem ter a mortalidade avaliada pelos critérios habituais	21,7
Q18	São doenças que podem levar à necessidade de transplante: cirrose, doenças metabólicas, doenças colestáticas, neoplasias malignas, hepatite aguda fulminante, dentre outras	64,5
Q19	A cirrose pode ser de etiologia infecciosa (vírus da hepatite), autoimune, abuso de álcool, doenças metabólicas (doença de Wilson), criptogênica, dentre outras	71,4
Q20*	A cirrose associada à obesidade (NASH ou esteato hepatite não alcoólica) vem diminuindo na sociedade ocidental.	53,7
Q21	Algumas doenças metabólicas raras que não levam à cirrose podem receber indicação de transplante de fígado pelas desordens sistêmicas, como a hemocromatose, deficiência de alfa-1-antitripsina e a amiloidose.	43,4
Q22	Doença policística hepática, síndrome de Budd-Chiari, Doença de Caroli, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária são doenças que podem receber indicação de transplante hepático.	46,3
Q23*	A principal indicação de transplante de fígado é o hepatocarcinoma	46,3

Q24	O encaminhamento para o Serviço de Transplante de Fígado no Sistema de Saúde é um fator limitante ao acesso dos pacientes ao efetivo tratamento.	44,8
Q25	O tempo de espera por um órgão é uma das etapas limitantes ao acesso para a efetivação do transplante de fígado.	60,1
Q26	Diante da descompensação de doença crônica do fígado, todo paciente deve ser encaminhado para avaliação de transplante.	54,7
Q27	O transplante de fígado é uma opção de tratamento para portadores de seqüela de doença crônica do fígado, como hipertensão portal ou hepatocarcinoma.	52,2
Q28*	Pacientes com baixa qualidade de vida devido a doenças hepáticas (prurido, ascite, desnutrição) não podem ser tratados com transplante de fígado.	47,8
Q29*	O período mínimo de abstinência ao álcool para inscrição em fila de transplante é de 12 meses no Brasil.	26,6
Q30*	Após o transplante, a maioria dos pacientes transplantados devido a cirrose pós viral C tornam-se curados do vírus C.	37,5
Q31	A infecção do vírus da hepatite C tende a ser mais acelerada após o transplante.	24,2
Q32	Pacientes portadores de hepatite C têm sobrevida após transplante inferior quando comparada a outras causas de transplante.	25,2
Q33*	O tratamento de hepatite viral C pré transplante não altera o prognóstico pós transplante.	37,9
Q34	Cirrose biliar primária (CBP) e colangite esclerosante primária (CEP) são as duas doenças coelásticas que mais comumente levam a doença hepática terminal com indicação ao transplante nos pacientes adultos.	47,3
Q35	Paciente com cirrose biliar primária, além das complicações da cirrose, podem apresentar grave doença desmineralizante óssea ou prurido intratável que podem contribuir para a indicação do transplante.	50,2
Q36	O prurido intratável em decorrência de doença hepática pode comprometer intensamente a qualidade de vida e configurar, por si só, a indicação de transplante de fígado.	40,9
Q37	A cirrose biliar primária pode recorrer após o transplante, sem alterar a sobrevida.	28,1
Q38	A colangite esclerosante primária está frequentemente associada a retocolite ulcerativa idiopática.	42,4
Q39*	Pacientes com colangiocarcinoma são candidatos a transplante de fígado, apesar da alta probabilidade de recorrência do tumor após o transplante.	25,6
Q40	Pacientes com hepatocarcinoma inicial são candidatos a transplante de fígado.	44,3
Q41	Pacientes portadores de hepatocarcinoma com tamanho maior que o máximo permitido para transplante de fígado, desde que com doença confinada ao fígado, podem ser submetidos a várias modalidades de tratamento para redução do tumor, de modo a viabilizar o transplante, caso tenham boa resposta.	52,3
Q42	Pacientes portadores de hepatocarcinoma podem ser inscritos em lista e se beneficiarem de tratamentos paliativos que reduzirem o risco de perda da condição ao transplante por progressão do tumor.	48,3
Q43	Deficiência de alfa-1-antitripsina, hemocromatose, doença de Wilson e esteato-hepatite não alcoólica são as causas mais comuns de doenças metabólicas hepáticas que podem levar a cirrose e, conseqüentemente, ao transplante.	54,7
Q44	São contra-indicações relativas ao transplante: doença cardiopulmonar grave, hepatocarcinoma avançado e distúrbio psicossocial que impossibilite a adequada aderência aos cuidados pós-operatórios.	60,1
Q45	Neoplasia maligna sem critério de cura, dano cerebral irreversível, sepse em atividade são condições que contra-indicam o transplante de fígado.	65,6
Q46*	São contra-indicações absolutas ao transplante: idade maior 70 anos, obesidade mórbida, sorologia positiva para HIV, dentre outras.	22,7
Q47*	Os diagnósticos etiológicos mais frequentes de doenças que levam ao transplante de fígado no Brasil são cirrose pós viral B e cirrose medicamentosa.	34,9

(*) Itens com afirmativas falsas.

A avaliação dos escores dos respondentes revelou que o percentual de acertos dos médicos generalistas e médicos de família e comunidade variou de 6,4% (três pontos/acertos apenas) a 80,9% (38 pontos/acertos).

Para a análise do teste de hipóteses, as médias dos escores dos médicos que atuam na atenção primária foram comparados com as médias dos escores de médicos gastroenterologistas. A Tabela 3 apresenta as médias dos escores para esses dois grupos e compara também os escores em relação à outras características dos médicos generalistas.

Tabela 3. Comparação entre os escores médios dos médicos respondentes ao instrumento de avaliação do conhecimento sobre hepatopatias e transplante de fígado; 2018

Variável	Média	DP	p-valor*
Formação profissional 1			<0,001
Generalistas/Médicos de Família e Comunidade	25,10	8,08	
Gastroenterologistas	41,90	2,68	
Formação profissional 2			0,013
Qualquer especialização	26,8	7,01	
Nenhuma especialização	23,7	8,59	
Sexo			0,956
Masculino	25,3	7,69	
Feminino	24,9	8,38	
Idade			0,351
≤ 35 anos	24,8	8,34	
> 35 anos	26,8	5,97	
História familiar de hepatopatia			0,190
Sim	23,5	7,83	
Não	25,3	8,11	
Assiste ou já assistiu pacientes com hepatopatias crônicas			0,046
Sim	26,9	8,07	
Não	24,5	8,02	

(*) Teste U de Mann-Whitey

A tabela 4 apresenta o resultado da estatística *Kappa* no teste de reprodutibilidade do instrumento. A maioria dos itens apresentou concordância substantiva a quase perfeita.

Tabela 4. Estatística *kappa* para o teste de reprodutibilidade do instrumento em estudo; 2018.

Estatística kappa	Classificação da concordância	Itens (Questões)
≤ 0,40	Pobre ou leve	Q9, Q16, Q17, Q21, Q22.
0,41 – 0,60	Moderada	Q5, Q10, Q12, Q13, Q15, Q24, Q29, Q31, Q37, Q47.
0,61 – 0,80	Substantiva	Q6, Q7, Q11, Q20, Q23, Q26, Q28, Q30, Q32, Q33, Q36, Q38, Q39, Q40, Q41, Q45, Q46.
> 0,80	Quase perfeita	Q1, Q2, 3, Q4, Q8, Q18, Q19, Q25, Q27, Q34, Q35, Q42, Q43, Q44.

Discussão

A partir do presente estudo, foi possível desenvolver validar um questionário com objetivo de avaliar o conhecimento sobre transplante de fígado para médicos que atuam na atenção primária em saúde (generalistas e médicos de família e

comunidade). O questionário elaborado apresentou um nível satisfatório de consistência interna, conforme observado pelo alfa de *Cronbach*. A análise de confiabilidade do questionário foi aferida a partir do teste-reteste, e mostrou com um nível de concordância substantiva a quase perfeita para a maior parte das questões, conforme valores da estatística *kappa*. Em outras palavras, o questionário mostrou uma reprodutibilidade adequada. A análise discriminatória (ou teste de hipótese) revelou que o questionário é capaz de identificar adequadamente os profissionais com maior conhecimento sobre o tema (no caso gastroenterologistas). O fato de ter uma especialização ou de acompanhar pacientes com hepatopatias crônicas também foram variáveis que se mostraram associadas a melhor desempenho nos resultados do questionário, o que é compatível com a característica do instrumento de discriminar respondentes com maior nível de conhecimento. Outras características dos médicos participantes, como sexo e idade não tiveram influência nas médias dos escores finais.

O processo de validação de questionários para pesquisa científica é relativamente complexo e a literatura sobre o tema nem sempre é uniforme^{18,19}. No presente estudo, embora não tenha sido conduzida uma análise fatorial dos itens do instrumento, a consistência interna e a análise discriminatória apresentaram medidas satisfatórias para a validação de construto. A literatura nacional registra estudos que abordam o conhecimento de pacientes sobre o transplante de fígado^{17,22}. A literatura internacional aborda o conhecimento de profissionais de saúde e estudantes de medicina sobre transplantes de órgãos em geral^{6,10,24}. Todavia, não foram identificados instrumentos similares para avaliação do conhecimento de profissionais médicos sobre transplante de fígado.

É relevante destacar que existem publicações que apontam a necessidade de maior interação dos médicos da atenção primária com a temática de transplantes em geral. Para alguns autores, o aumento da sobrevida de pacientes transplantados de órgãos sólidos tende a fazer com esses pacientes representem uma parte não desprezível da prática de cuidados primários, com cada vez mais oportunidades de cuidados, educação e envolvimento desse grupo com médicos generalistas ou médicos de família e comunidade⁵. Seguindo a mesma linha, outros autores destacam que o avanço da ciência do transplante tem gerado maior número de transplantes e maior sobrevida. Como resultado, os médicos da atenção primária estão mais envolvidos no cuidado dos receptores de transplantes, o que implica na necessidade de maior capacitação desses profissionais^{9,26}.

De modo geral, a média de acertos dos médicos generalistas e médicos de família e comunidade pode ser considerada baixa, alcançando pouco mais de 50% do valor total do instrumento. As questões com maior percentual de acertos foram referentes ao comportamento da hepatite C pós-transplante (Q30 e Q33) e referentes ao quadro clínico das hepatopatias crônicas (Q2, Q3, Q4 e Q19). Considerando as questões que não atingiram pelo menos 50% de acerto, a maioria delas se refere a conhecimentos na área sobre indicações para o transplante de fígado (Q21, Q22, Q23, Q34, Q39, Q40 e Q42). Considerando que a porta de entrada do Sistema Único de saúde é a atenção primária, o conhecimento dos médicos alocados nesse setor é de primordial importância para aumento da sobrevida e melhoria da qualidade do paciente antes e após o transplante. Os médicos avaliados apresentaram ainda lacunas de conhecimentos na área de hepatologia e sobre as contraindicações ao transplante, o que também pode ter impacto em informações repassadas aos pacientes.

Os resultados observados não representam um fato novo. Educação em transplante ainda é uma abordagem do especialista, embora devesse fazer parte das estratégias de atenção primária, considerando que a cirrose hepática apresenta alta incidência e mortalidade. Além disso, a doença tem sido cada vez mais compreendida como um problema de saúde pública. O conhecimento sobre o momento preciso de encaminhamento do paciente ao centro de referência transplantador, pode ser um aspecto crucial no prognóstico e na qualidade de vida do paciente com hepatopatia crônica

O presente estudo possui algumas limitações. Não foi possível contar com um número suficientemente grande para conduzir uma análise fatorial, o que conferiria maior robustez ao instrumento elaborado. A inserção de um centro transplantador na cidade sede do estudo também pode ter tido influência no conhecimento dos profissionais avaliados. Todavia, as lacunas identificadas mostram que a realidade está longe do ideal.

Conclusão

Este estudo conclui com êxito a elaboração do instrumento para avaliação do Conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado, com boa consistência interna e boa reprodutibilidade. Importantes lacunas de conhecimento foram observadas entre profissionais participantes do estudo, médicos generalistas e médicos de família e comunidade. Essas lacunas deverão ser tomadas como ponto de partida para a capacitação desses profissionais e maior aproximação dos centros de especialidade e centros transplantadores para promover maior integração entre os níveis assistenciais. O instrumento poderá ser útil em outros espaços, podendo, inclusive, subsidiar estratégias formativas e educativas desde a graduação médica.

Referências

1. Aguiar MIF, Alves NP, Braga VAB, Souza AMA, Araújo MAM, Almeida PC. Aspectos psicossociais da qualidade de vida de receptores de transplante hepático. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e3730016
2. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla D, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *Journal of Hepatology*. 2013;58(3):593-608.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2009.
4. Busuttil R, Busuttil R, Klintmalm G. *Transplantation of the liver*. 3ª ed. Philadelphia, USA: Elsevier; 2015.
5. Cimino FM, Snyder KAM. Primary Care of the Solid Organ Transplant Recipient. *Am Fam Physician* 2016; 93(3):2013-10.

6. Dutra MMD, Bonfim TAS, Pereira IS, Figueiredo IC, Dutra AMD, Lopes AA. Knowledge about transplantation and attitudes toward organ donation: a survey among medical students in Northeast Brazil. *Transplant Proc* 2004; 36(4):818-20.
7. Farkas S, Hackl C, Schlitt H. Overview of the Indications and Contraindications for Liver Transplantation. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2014;4(5):a015602-a015602.
8. Fox AN, Brown RS Jr. Is the patient a candidate for liver transplantation? *Clin Liver Dis*. 2012;16(2):435-48.
9. Heller JC, Prochazka AV, Everson GT, et al. Long-term management after liver transplantation: primary care physician versus hepatologist. *Liver Transpl*. 2009;15:1330–5.
10. Kim JRT, Elliot D, Hyde C. Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(3):299-307.
11. Landis, J. and Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), p.159.
12. Lim Y, Kim W. The Global Impact of Hepatic Fibrosis and End-Stage Liver Disease. *Clinics in Liver Disease*. 2008;12(4):733-746.
13. Lima A, Martins K, Almeida F, Faria L. Migração de pacientes para transplante hepático. *Rev Med Minas Gerais*. 2011; 21 (4); 413-421.
14. Loria A, Escheik C, Gerber NL, Younossi ZM. Quality of life in cirrhosis. *Curr Gastroenterol Rep* 2013;15(1):301.
15. Low J, Davis S, Vickerstaff V, Greenslade L, Hopkins K, Langford A et al. Advanced chronic liver disease in the last year of life: a mixed methods study to understand how care in a specialist liver unit could be improved. *BMJ Open* 2017; 7(8): e016887.
16. Meirelles Júnior RF, Salvalaggio P, Rezende MB, Evangelista AS, Guardia BD, Matiolo CEL et al. Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. *Einstein*. 2015;13(1):149-52.
17. Mendes KDS, Rossin FM, Ziviani LC, Castro-e-Silva O, Galvão CM. Necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):94-102.

18. Mokkink, L., Terwee, C., Patrick, D., Alonso, J., Stratford, P., Knol, D., Bouter, L. and de Vet, H. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), pp.539-549.
19. Mokkink, L., Terwee, C., Patrick, D., Alonso, J., Stratford, P., Knol, D., Bouter, L. and de Vet, H. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*, 63(7), pp.737-745.
20. Onghena L, Develtere W, Poppe C, Geerts A, Troise R, Vanlander A et al. Quality of life after liver transplantation: State of the art. *World J Hepatol* 2016; 8(18): 749–756
21. Pinzani M, Rosselli M, Zuckermann M. Liver cirrhosis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2011;25(2):281-290
22. Sasso KD, Galvão CM, Silva Júnior OC, França AVC. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(4):481-8.
23. Silveira F, Silveira FP, Macri MM, Nicoluzzi JEL. Análise da mortalidade na lista de espera de fígado no Paraná, Brasil: o que devemos fazer para enfrentar a escassez de órgãos? *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2012;25(2):110-113.
24. Sobnach S, Borkum M, Hoffman R, Muller E, McCurdie F, Millar A et al. Medical Students' Knowledge About Organ Transplantation: A South African Perspective. *Transplant Proc* 2010; 42(9):3368-71.
25. Williams R. Global challenges in liver disease. *Hepatology* 2006;44:521–6. 10.1002/hep.21347
26. Wong CJ, Pagalilauan G. Primary Care of the Solid Organ Transplant Recipient. *Med Clin North Am* 2015; 99(5):1075-103.

5 CONCLUSÕES

Este estudo concluiu a elaboração do instrumento para avaliação de conhecimento de médicos generalistas sobre transplante de fígado, registrando no processo de validação uma boa consistência interna e boa reprodutibilidade, aferida pelo teste-reteste. Embora não tenha sido possível a aplicação de todas as etapas de um processo de validação (como por exemplo a análise fatorial), os itens avaliados se mostraram satisfatórios no processo de validação.

O instrumento final deve ser considerado como uma ferramenta valiosa na identificação das lacunas de conhecimento de generalistas sobre transplante de fígado, podendo servir de base na elaboração de estratégias formativas e educativas desses médicos em diferentes regiões.

Existem importantes lacunas do conhecimento na área de transplante de fígado entre os médicos avaliados, o que pode interferir no processo de identificação e encaminhamento oportuno dos pacientes, mas esse aspecto não foi avaliado no presente estudo. Educação em transplante ainda é uma abordagem do especialista, embora devesse fazer parte das estratégias de atenção primária, considerando que a cirrose hepática apresenta alta incidência e mortalidade. Além disso, a doença tem sido cada vez mais compreendida como um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, W. et al. Análise dos sistemas de alocação de órgãos para transplantes do aparelho digestivo no Brasil. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*, v. 46, n. 3, p. 237, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO. *Registro Brasileiro de Transplantes*, v. 21, n. 2, 2015.

BLACHIER, M. et al. The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data. *Journal of Hepatology*, v. 58, n. 3, p. 593-608, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *Sistema de informação de Mortalidade – SIM*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2009.

BUSUTTIL R.; BUSUTTIL R.; KLINTMALM, G. *Transplantation of the liver*. Philadelphia: Elsevier, 2015.

CHARLTON, M.R.; BURNS, J.M.; PEDERSEN, R.A.; WATT, K.D.; HEIMBACH, J.K.; DIERKHISING, R.A. Frequency and outcomes of liver transplantation for nonalcoholic steatohepatitis in the United States. *Gastroenterology*. 2011;141:1249–1253.

D'AMICO, G.; GARCIA-TSAO, G.; PAGLIARO, L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. *Journal of Hepatology*, v. 44, n. 1, p. 217-231, 2006.

DANI, R. *Gastroenterologia essencial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DURAND, F.; VALLA, D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child–Pugh versus MELD. *Journal of Hepatology*, v. 42, n. 1, p. S100-S107, 2005.

FAHEL, M.; SILVA, M. P.; XAVIER, D. O. *A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: de Alma Ata ao Programa Mais Médicos*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018.

FARKAS, S.; HACKL, C.; SCHLITT, H. Overview of the Indications and Contraindications for Liver Transplantation. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, v. 4, n. 5, p. a015602-a015602, 2014.

FUNG, J. J. et al. Conversion from cyclosporine to FK 506 in liver allograft recipients with cyclosporine-related complications. *Transplant Proceedings*., v. 22, n. 1, p. 6-12, 1990.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.
- GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. e00118816, 2017.
- GOLDBERG, D. A.; GILROY, R.; CHARLTON, M. New organ allocation policy in liver transplantation in the United States. *Clinical Liver Disease*, Hoboken, v. 8, n. 4, p. 108-112, oct 2016.
- JADLOWIEC, C. C.; TANER, T. Liver transplantation: current status and challenges. *World Journal of Gastroenterology*, v. 22, n. 18, p. 4438-4444, May 2016.
- KOFFRON, A.; STEIN, J. Liver Transplantation: Indications, Pretransplant Evaluation, Surgery, and Posttransplant Complications. *Medical Clinics of North America*, v. 92, n. 4, p. 861-888, 2008.
- LAGO, E. R. L.; CRUZ, R. R. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: SINTES, R. A. Temas de medicina general integral. *La Habana: Ciências médicas*, 2001. p.07-28.
- LANDIS, J.; KOCH, G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, v. 33, n. 1, p.159, 1977.
- LIM, Y.; KIM, W. The Global Impact of Hepatic Fibrosis and End-Stage Liver Disease. *Clinics in Liver Disease*, v. 12, n. 4, p. 733-746, 2008.
- LIMA A. et al. Migração de pacientes para transplante hepático. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 21, n. 4, p. 413-421, 2011.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; ALMEIDA, V.V. Texto para discussão nº 1317: *Os transplantes de órgãos nos estados brasileiros*. 2007. Apresenta resultados de estudos desenvolvidos pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1317.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2015.
- MARTINS, G. Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios – RBGN*, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.
- MATHERS, C.; EZZATI, M.; LOPEZ, A. Measuring the Burden of Neglected Tropical Diseases: The Global Burden of Disease Framework. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 1, n. 2, p. e114, 2007.
- MEIRELLES JÚNIOR, R. F. et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. *Einstein, São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 149-152, jan-mar 2015.
- MOKKINK, L. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010.

- MOKKINK, L. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010.
- MURRAY, C.; LOPEZ, A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, v. 349, n. 9064, p. 1498-1504, 1997.
- PASQUALI, L. *Instrumentos psicológicos: Manual para elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L. Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009.
- PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate*, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência e saúde coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.
- PINZANI, M.; ROSSELLI, M.; ZUCKERMANN, M. Liver cirrhosis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, v. 25, n. 2, p. 281-290, 2011.
- RAI, R. Liver Transplantation - an Overview. *Indian Journal of Surgery*, v. 75, n. 3, p. 185-191, 2012.
- RAYMUNDO, V. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de hoje*, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.
- RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- SAKO, M. *et al.* Knowledge about precautions in Primary Health Care: tool validation. 2019.
- SANTA CASA DE MONTES CLAROS. Registro interno do Serviço de Transplante de Fígado Papa João Paulo II. 2019.
- SCHIFF, E. *et al.* *Schiff's diseases of the liver*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, v. 80, p. 217-222, 2003.

STREINER, D.; NORMAN, G.; CAIRNEY, J. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

THULUVATH, P. et al. Liver Transplantation in the United States, 1999-2008. *American Journal of Transplantation*, v. 10, n. 4p2, p. 1003-1019, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Prezado profissional,

Este questionário está sendo aplicado como etapa do processo de análise da validade e confiabilidade de um instrumento de pesquisa. Não é preciso identificar-se.

Responda aos itens assinalando as respostas que caracterizam você.

I. PERFIL DO PROFISSIONAL QUE RESPONDE O QUESTIONÁRIO		
QUESTÃO	ASSERTIVA	RESPOSTA
1	Sexo	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
2	Idade	_____ anos
3	Especialização	<input type="checkbox"/> nenhuma/Em curso <input type="checkbox"/> clínica geral <input type="checkbox"/> saúde da família <input type="checkbox"/> outras
4	Atuação em equipes de Saúde da Família	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5	Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família	_____ anos _____ meses (se < 1 ano) <input type="checkbox"/> Não atuo
6	História familiar de hepatopatia crônica ou de transplante hepático	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
7	Assiste ou já assistiu algum paciente que se submeteu a transplante hepático	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS GENERALISTAS SOBRE TRANSPLANTE DE FÍGADO

ITENS	ASSERTIVAS					
		Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo plenamente
1	O transplante de fígado é o único tratamento capaz de trazer perspectiva de cura para doenças hepáticas crônicas terminais.					
2	São sinais clínicos de hepatopatias crônicas, na fase descompensada da doença: ascite, edema, icterícia, asterix, flapping, aranhas vasculares, eritema palmar, entre outros					
3	Encefalopatia, perda de fâneros, desnutrição, hemorragia digestiva, atraso no desenvolvimento, epistaxe, ginecomastia e pele seca estão entre os sinais clínicos das hepatopatias crônicas.					
4	São sinais laboratoriais de hepatopatias crônicas, na fase descompensada da doença: distúrbio de coagulação, hiperbilirrubinemia e hipoalbuminemia,					
5	Anemia, distúrbios iônicos (sódio, potássio, cálcio) e aumento de escórias renais estão associados a cirrose.					
6	As doenças hepáticas crônicas, mesmo no estado de cirrose, podem apresentar longos períodos assintomáticos.					
7	Uma vez que os sinais e sintomas da cirrose ocorrem, a hepatopatia passa a ser classificada como descompensada.					
8	A cirrose hepática, uma vez estabelecida, tende a ser uma doença progressiva, mesmo quando a remoção do agente agressor é possível.					
9	A cirrose hepática aumenta consideravelmente o risco de hepatocarcinoma, quando presente sinais de descompensação.					
10	Um critério utilizado para indicação do transplante de fígado em pacientes portadores de cirrose hepática é o score Child-Turcotte-Pugh.					
11	O score para indicação de transplante de fígado leva em consideração critérios clínicos e laboratoriais, como nível sérico de bilirrubina, de albumina e a atividade de protombina.					
12	Cada critério componente do score de Child-Pugh-Turcotte contribui individualmente com 1 a 3 pontos, de acordo com intensidade das alterações, podendo fazer um total de 5 a 15 pontos.					
13	Pacientes com classificação Child B, com boa qualidade de vida, ainda são portadores de cirrose compensada, segundo o escore de Child-Turcotte-Pugh.					
14	Todo paciente portador de cirrose descompensada (Child B ou C), deve ser avaliado quanto à indicação de transplante de fígado					
15	No Brasil, a ordem de prioridade para alocação de órgãos para pacientes em lista de espera por um enxerto hepático é definida por critério de tempo de espera em fila.					
16	O critério usado para alocação de órgãos para pacientes adultos (idade maior que 12 anos) é o MELD (Model for End-Stage Liver Disease), cujos parâmetros empregados são bilirrubina sérica, RNI ou tempo de protrombina e creatinina sérica.					
17	Pacientes portadores de doenças metabólicas, que não evoluem com falência da síntese e depuração do fígado, podem ter a mortalidade avaliada pelos critérios habituais.					
18	São doenças que podem levar à necessidade de transplante: cirrose, doenças metabólicas, doenças colestáticas, neoplasias malignas, hepatite aguda fulminante, dentre outras.					
19	A cirrose pode ser de etiologia infecciosa (vírus da hepatite), autoimune, abuso de álcool, doenças metabólicas (doença de Wilson), criptogênica, dentre outras.					
20	A cirrose associada à obesidade (NASH ou esteato hepatite não alcoólica) vem diminuindo na sociedade ocidental.					

21	Algumas doenças metabólicas raras que não levam à cirrose podem receber indicação de transplante de fígado pelas desordens sistêmicas, como a hemocromatose, deficiência de alfa-1-antitripsina e a amiloidose.					
22	Doença policística hepática, síndrome de Budd-Chiari, Doença de Caroli, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária são doenças que podem receber indicação de transplante hepático.					
23	A principal indicação de transplante de fígado é o hepatocarcinoma.					
24	O encaminhamento para o Serviço de Transplante de Fígado no Sistema de Saúde é um fator limitante ao acesso dos pacientes ao efetivo tratamento.					
25	O tempo de espera por um órgão é uma das etapas limitantes ao acesso para a efetivação do transplante de fígado.					
26	Diante da descompensação de doença crônica do fígado, todo paciente deve ser encaminhado para avaliação de transplante.					
27	O transplante de fígado é uma opção de tratamento para portadores de seqüela de doença crônica do fígado, como hipertensão portal ou hepatocarcinoma					
28	Pacientes com baixa qualidade de vida devido a doenças hepáticas (prurido, ascite, desnutrição) não podem ser tratados com transplante de fígado.					
29	O período mínimo de abstinência ao álcool para inscrição em fila de transplante é de 12 meses no Brasil.					
30	Após o transplante, a maioria dos pacientes transplantados devido a cirrose pós viral C tomam-se curados do vírus C.					
31	A infecção do vírus da hepatite C tende a ser mais acelerada após o transplante.					
32	Pacientes portadores de hepatite C têm sobrevida após transplante inferior quando comparada a outras causas de transplante					
33	O tratamento da hepatite viral C pré transplante não altera o prognóstico pós transplante.					
34	Cirrose biliar primária (CBP) e colangite esclerosante primária (CEP) são as duas doenças coleostáticas que mais comumente levam a doença hepática terminal com indicação ao transplante nos pacientes adultos.					
35	Paciente com cirrose biliar primária, além das complicações da cirrose, podem apresentar grave doença desmineralizante óssea ou prurido intratável que podem contribuir para indicação do transplante.					
36	O prurido intratável em decorrência de doença hepática pode comprometer intensamente a qualidade de vida e configurar, por si só, a indicação de transplante de fígado.					
37	A cirrose biliar primária pode recorrer após o transplante, sem alterar a sobrevida.					
38	A colangite esclerosante primária está frequentemente associada a retocolite ulcerativa idiopática.					
39	Pacientes com colangiocarcinoma são candidatos a transplante de fígado, apesar da alta probabilidade de recorrência do tumor após o transplante.					
40	Pacientes com hepatocarcinoma inicial são candidatos a transplante de fígado.					
41	Pacientes portadores de hepatocarcinoma com tamanho maior que o máximo permitido para transplante de fígado, desde que com doença confinada ao fígado, podem ser submetidos a várias modalidades de tratamento para redução do tumor, de modo a viabilizar o transplante, caso tenham boa resposta.					
42	Pacientes portadores de hepatocarcinoma podem ser inscritos em lista e se beneficiarem de tratamentos paliativos que reduzem o risco de perda da condição ao transplante por progressão do tumor.					
43	Deficiência de alfa-1-antitripsina, hemocromatose, doença de Wilson e esteato hepatite não alcoólica são as causas mais comuns de doenças metabólicas hepáticas que podem levar a cirrose e, conseqüentemente, ao transplante.					
44	São contra-indicações relativas ao transplante: doença cardiopulmonar grave, hepatocarcinoma avançado e distúrbio psicossocial que impossibilite a adequada aderência aos cuidados pós-operatórios.					
45	Neoplasia maligna sem critério de cura, dano cerebral irreversível, sepse em atividade são condições que contra-indicam o transplante de fígado.					
46	São contra-indicações absolutas ao transplante: idade maior 70 anos, obesidade mórbida, sorologia positiva para HIV, dentre outras.					
47	Os diagnósticos etiológicos mais frequentes de doenças que levam ao transplante de fígado no Brasil são cirrose pós viral B e cirrose medicamentosa.					

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Título da pesquisa: Elaboração e validação de instrumento de avaliação do conhecimento de profissionais da atenção primária de saúde sobre indicação de transplante de fígado

Instituições promotoras: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/ Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador: Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Elaborar e validar um questionário de avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária de saúde de Montes Claros – MG sobre indicação de transplante de fígado.

2- Metodologia/procedimentos: Um instrumento de avaliação de conhecimentos específicos essenciais ao reconhecimento das complicações da cirrose hepática, seus impactos prognósticos e sua relação com a indicação do transplante de fígado será desenvolvido. Esse questionário apresenta questões com todo espectro de complexidade, claras e relevantes, contemplando os seguintes objetivos específicos: reconhecimento dos sinais e sintomas de doenças hepáticas crônicas, dos sinais de descompensação da cirrose hepática, do impacto prognóstico da descompensação da cirrose hepática e de seus tratamentos sintomáticos e profiláticos e da relação entre ocorrência da descompensação da cirrose e seleção do tratamento adequado – transplante de fígado. O instrumento será respondido por vários profissionais para alcançar validação plena. Profissionais especialistas e médicos da Estratégia de Saúde da Família participarão do processo de validação. Análise estatísticas do questionário definirão, ao final, a validade do instrumento elaborado e avaliará se há um déficit de conhecimento na atenção primária sobre indicação de transplante de fígado. Para a participação de todos os profissionais, será garantido o anonimato durante as atividades.

3- Justificativa: O transplante de fígado é a opção terapêutica eficaz e definitiva no tratamento de hepatopatias em fase terminal, sendo capaz de aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Torna-se, portanto, útil e relevante compreender a atual capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária responsáveis pelo atendimento dos pacientes portadores de hepatopatia crônica e determinar se há necessidade de programas de treinamento e o impacto dos mesmos nos serviços.

4- Benefícios: O estudo proposto será capaz de detectar o nível de compreensão dos profissionais de saúde da atenção primária sobre indicação de transplante de fígado dos pacientes portadores de hepatopatia crônica, permitindo a elaboração de programas contínuos de treinamento.

5- Desconfortos/riscos/danos: Poderá ocorrer casos de desconforto de alguns participantes por estarem sendo submetidos a uma avaliação de conhecimento e *performance*. O tempo despendido para responder ao instrumento também pode ser considerado um aspecto que gera desconforto. Porém, os autores garantem a confidencialidade das avaliações e desenvolverão todos os recursos necessários para minimizar tais desconfortos, inclusive com flexibilização de horários para coleta dos dados. Em qualquer momento da condução do trabalho, os participantes poderão abandonar a pesquisa sem qualquer constrangimento ou prejuízo aos mesmos.

6- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não serão necessários.

7- Confidencialidade das informações: Todas as informações obtidas durante o estudo serão sigilosamente arquivadas sob os cuidados dos pesquisadores e somente estes terão acesso às mesmas, com o objetivo exclusivo de análise científica e social.

8- Compensação/Indenização: Não há previsão de compensação ou indenização.

9- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Recebi uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante
_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha
_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura

ENDEREÇO E TELEFONE DO PESQUISADOR:

Avenida Maria das Dores Barreto, 1080, Casa 157, Condomínio Vivendas do Lago – Ibituruna, Montes Claros/MG. CEP: 39401-330

Tel: (38) 988341125

PROJETO DE PESQUISA: Elaboração e validação de instrumento de avaliação do conhecimento de profissionais da atenção primária de saúde sobre indicação de transplante de fígado

MESTRANDO: Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior

APÊNDICE C – TERMO DE CONCORDÂNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Título da pesquisa: Elaboração e validação de instrumento de avaliação do conhecimento de profissionais da atenção primária de saúde sobre indicação de transplante de fígado

Instituição onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/ Unidades Básicas de Saúde.

Pesquisador: Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior - Contato: (38) 98834-1125

Atenção: Antes de concordar e autorizar a pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Elaborar e validar um questionário de avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária de saúde de Montes Claros – MG sobre indicação de transplante de fígado.

2- Metodologia/procedimentos: Um instrumento de avaliação de conhecimentos específicos essenciais ao reconhecimento das complicações da cirrose hepática, seus impactos prognósticos e sua relação com a indicação do transplante de fígado será desenvolvido. Esse questionário apresenta questões com todo espectro de complexidade, claras e relevantes, contemplando os seguintes objetivos específicos: reconhecimento dos sinais e sintomas de doenças hepáticas crônicas, dos sinais de descompensação da cirrose hepática, do impacto prognóstico da descompensação da cirrose hepática e de seus tratamentos sintomáticos e profiláticos e da relação entre ocorrência da descompensação da cirrose e seleção do tratamento adequado – transplante de fígado. O instrumento será respondido por vários profissionais para alcançar validação plena. Profissionais especialistas e médicos da Estratégia de Saúde da Família participarão do processo de validação. Análise estatísticas do questionário definirão, ao final, a validade do instrumento elaborado e avaliará se há um déficit de conhecimento na atenção primária sobre indicação de transplante de fígado. Para a participação de todos os profissionais, será garantido o anonimato durante as atividades.

3- Justificativa: O transplante de fígado é a opção terapêutica eficaz e definitiva no tratamento de hepatopatias em fase terminal, sendo capaz de aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Torna-se, portanto, útil e relevante compreender a atual capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária responsáveis pelo atendimento dos pacientes portadores de hepatopatia crônica e determinar se há necessidade de programas de treinamento e o impacto dos mesmos nos serviços.

4- Benefícios: O estudo proposto será capaz de detectar o nível de compreensão dos profissionais de saúde da atenção primária sobre indicação de transplante de fígado dos pacientes portadores de hepatopatia crônica, permitindo a elaboração de programas contínuos de treinamento.

5- Desconfortos/riscos/danos: Poderá ocorrer casos de desconforto de alguns participantes por estarem sendo submetidos a uma avaliação de conhecimento e *performance*. O tempo despendido para responder ao instrumento também pode ser considerado um aspecto que gera desconforto. Porém, os autores garantem a confidencialidade das avaliações e desenvolverão todos os recursos necessários para minimizar tais desconfortos, inclusive com flexibilização de horários para coleta dos dados. Em qualquer momento da condução do trabalho, os participantes poderão abandonar a pesquisa sem qualquer constrangimento ou prejuízo aos mesmos.

6- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não serão necessários.

7- Confidencialidade das informações: Todas as informações obtidas durante o estudo serão sigilosamente arquivadas sob os cuidados dos pesquisadores e somente estes terão acesso às mesmas, com o objetivo exclusivo de análise científica e social.

8- Compensação/Indenização: Não há previsão de compensação ou indenização.

9- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando minha concordância e autorização para a realização da pesquisa..

____/____/____

Nome do participante e cargo e carimbo

____/____/____

Nome do coordenador da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO

Pesquisador: Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60195316.3.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.751.635

Apresentação do Projeto:

em razão do baixo número de pacientes inscritos na fila de transplante de fígado na cidade de Montes Claros, os pesquisadores aventam a possibilidade de baixo encaminhamento dos pacientes cirróticos terminais pelos médicos da atenção primária. Dessa forma, o presente projeto propõe elaborar e validar um instrumento de avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária de saúde sobre transplante de fígado.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar e validar um instrumento de avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária de saúde sobre transplante de fígado através de:

- 1- Caracterização do grupo de profissionais da atenção primária do município de Montes Claros (MG) envolvidos no processo de atendimento ao paciente hepatopata;
- 2 - Elaboração de um questionário de avaliação do conhecimento sobre indicação do transplante de fígado para médicos da atenção primária;
- 3 - Validação do questionário elaborado;
- 4 - Avaliação do conhecimento dos profissionais participantes do processo de validação sobre indicação para o transplante de fígado.

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80

Bairro: ibituruna

CEP: 39.408-007

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3214-7100

Fax: (38)3212-1002

E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 1.751.635

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios suplantam os riscos e não há qualquer entrave ético para execução da pesquisa. A saber, os pesquisadores assumem que poderá ocorrer desconforto dos participantes que se submetem a uma avaliação de conhecimento e performance, além do tempo gasto para responder ao instrumento. Todavia, estão garantidos a confidencialidade das avaliações e o desenvolvimento de recursos necessários para minimizar os riscos. Como benefícios, tem-se a viabilização do transplante de fígado, única modalidade terapêutica existente na atualidade para pacientes com hepatopatia em fase terminal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente, necessária, fundamentada em referencial teórico consistente e atual e desenhada de forma a responder ao objeto de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequadamente apresentados.

Recomendações:

Nas Informações básicas do projeto, no item Resumo, não apenas apresentar o contexto da pesquisa, mas também breves Objetivo, Metodologia e Hipóteses, caso existam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado para execução.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767710.pdf	20/09/2016 09:45:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.doc	26/08/2016 08:18:50	Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_projeto_plataforma_Brasil2.pdf	26/08/2016 08:16:11	Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/08/2016 10:08:28	Walfredo Gonçalves de Quadros Júnior	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 1.751.635

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 29 de Setembro de 2016

Assinado por:

José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com