

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNO HENRIQUE FIORIN

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MYOCARDIAL INFARCTION
DIMENSIONAL ASSESSMENT SCALE (MIDAS) PARA
LÍNGUA PORTUGUESA BRASILEIRA**

VITÓRIA
2014

BRUNO HENRIQUE FIORIN

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MYOCARDIAL INFARCTION
DIMENSIONAL ASSESSMENT SCALE (MIDAS) PARA
LÍNGUA PORTUGUESA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira.

VITÓRIA

2014

Catálogo na publicação elaborada por Elisângela Terra – CRB 12/608

F521a Fiorin, Bruno Henrique.

Adaptação transcultural do myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS) para a Língua Portuguesa Brasileira / Bruno Henrique Fiorin. – 2014.

124 f. : il.

Orientadora: Elizabete Regina Araújo de Oliveira.

Dissertação (mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo.

Inclui bibliografias.

1. Coração – doenças - prevenção. 2. Coração - doenças - pacientes. 3. Infarto do miocárdio. 4. Coração – estudo e tratamento. I. Oliveira, Elizabete Regina Araújo de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. III. Título.

CDD 616.12

ESPAÇO reservado

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Ele toda honra e toda Glória.
Aos meus pais e irmãos.
A professora Elizabete.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter sido o meu guia e ter me permitido viver cada dia em busca da minha realização pessoal e profissional.

Aos meus pais pelo apoio incessante, já que, mesmo com a distância, encontro neles as palavras de apoio de que preciso. Mesmo eles não tendo concluído o Ensino Fundamental, sempre me apoiaram para que eu saísse da roça e viesse para a cidade estudar, conquistar o meu espaço.

Aos meus irmãos que, apesar de tudo, sempre me acompanham e me ajudam nos momentos de dificuldades.

Aos meus irmãos que me adotaram e que eu os adotei na vida, Marcos e Richarles, por sempre serem os motivadores das mudanças e estarem presentes nas horas de maior turbulência, oferecendo o ombro amigo.

Ao meu grande amigo Fernando, por entender os momentos de estresse e por me ajudar e incentivar a continuar nessa caminhada, sempre com palavras sábias e proporcionando momentos impar.

A minha orientadora Elizabete, que na verdade é mais que minha orientadora, é minha mãe, que, apesar de nossas diferentes formas de pensar, sempre encontrávamos um ponto de equilíbrio. Se existe uma pessoa bondosa, verdadeira e justa, é minha professora que, desde o segundo período, tem me instruído, não somente na vida acadêmica e profissional, mas também na pessoal.

Ao Programa de Pós-Graduação de Atenção à Saúde Coletiva (PGASC) pela possibilidade de estar dentro do Programa de Mestrado.

Aos meus colegas do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) pela ajuda e compreensão pelos momentos de ausência do plantão para realizar as disciplinas.

A todos os colegas e professores que me ajudaram e se fizeram presentes até aqui.
Aos meus pacientes, estudantes e orientandos, por serem a motivação de me transformar em alguém com excelência.

*“Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei.”*

Almir Sater

*“São só dois lados
Da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem da partida
A hora do encontro
É também de despedida
A plataforma dessa estação
É a vida desse meu lugar
É a vida desse meu lugar
É a vida.”*

Maria Rita

RESUMO

Para avaliar a qualidade de vida nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), utilizando o referencial teórico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), versando da língua inglesa para língua portuguesa brasileira. Para execução do estudo foi feita uma revisão sistemática acerca dos processos de adaptação transcultural dos instrumentos de qualidade de vida, destacando os principais referenciais teóricos e a forma com que essa metodologia é executada. A adaptação do MIDAS foi realizada cumprindo as seguintes etapas: tradução, retradução, avaliação dos autores, banca de juízes e pré-teste, com as quais se almejou as equivalências semântica, conceitual, idiomática e cultural. A escala mostrou-se de fácil aplicação e de importância clínica. Porém, necessita-se ainda avaliar as propriedades psicométricas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Estudos de validação. Questionário.

ABSTRACT

To assess the quality of life in patients with Acute Myocardial Infarction, cross-cultural adaptation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) was performed using the theoretical framework of Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), dealing with the English language to Brazilian Portuguese. For the implementation of a systematic review study about the processes of cross-cultural adaptation of the quality of life was taken, highlighting key theoretical frameworks and the way this methodology is implemented. The adaptation of MIDAS was performed in compliance with the following steps: translation, back translation, review authors, panel of judges and pre-test, with which they craved the semantic, conceptual, and cultural idiomatic equivalences. The scale is easily applied and clinical importance. Thus, it requires further evaluate the psychometric properties.

Keywords: Quality of life. Validation studies. Questionnaire.

LISTA DE SIGLAS

CLASP - Cardiovascular Limitation sand Symptoms Profile
DECs - Descritores de Assunto em Ciências da Saúde
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia
HUCAM - Hospital das Clínicas Cassiano Antônio de Moraes
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
MIDAS - Miocardial Infarction Dimensional Assessment Scale
OMS - Organização Mundial da Saúde
PPGASC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PET - Programa Ensino e Trabalho
QLMI - Quality Life after Myocardial Infarction
QV - Qualidade de vida
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI - Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	18
1.2 QUALIDADE DE VIDA	19
1.2.1 Avaliação da Qualidade de Vida em Infartados	21
1.3 INSTRUMENTO MIDAS	26
1.3.1 Pontuação do MIDAS	27
1.4 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	28
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO	34
3.1.1 Tradução do Instrumento	34
3.1.2 Back-translations	35
3.1.3 Avaliação por um grupo de juízes	35
3.1.4 Pré-teste	36
3.2 PRINCÍPIOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 BANCA DE JUÍZES	42
4.2 PRÉ-TESTE	45
5 CONCLUSÃO	48
6 REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – ARTIGO 1	56
APÊNDICE B – ARTIGO 2	73
APÊNDICE C – AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA CULTURAL E	

CONCEITUAL	93
APÊNDICE D – AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA	101
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	109
ANEXOS	110
ANEXO A – MIDAS VERSÃO ORIGINAL	111
ANEXO B – MIDAS VERSÃO T12	113
ANEXO C – MIDAS VERSÃO APÓS REVISÃO DOS AUTORES	115
ANEXO D – MIDAS VERSÃO APÓS REVISÃO DOS JUÍZES – T12j	118
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES	121
ANEXO F – PARECERES DO CEP	122

MOTIVAÇÃO

O interesse pelas doenças crônicas e pela qualidade de vida dos pacientes acometidos por elas surge bem antes que o próprio Mestrado, haja vista que na Graduação, desde o segundo período, eu já estava inserido no grupo de pesquisa de Qualidade e Estilo de Vida, no qual discutimos, sobretudo, o perfil epidemiológico e a qualidade de vida dos pacientes com problemas cardiovasculares.

Nesse grupo surgiu a oportunidade de participar do Programa de Iniciação Científica na Universidade, no qual pesquisei acerca da qualidade de vida dos pacientes após o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), na região de Maruípe, em Vitória (ES), durante um ano.

No ano seguinte fui aprovado no Programa Ensino e Trabalho (PET) vigilância epidemiológica, no qual avaliamos os fatores de risco para doenças cardiovasculares em escolares na Região de Maruípe. Um trabalho muito interessante que me permitiu não somente avaliar os fatores de riscos, mas também propor atividades de promoção e prevenção de saúde.

No Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), meu objetivo já era o de avaliar a qualidade e o estilo de vida dos pacientes infartados, e determinar os fatores que impactam para a construção geral desses indicadores. Porém, o aprofundamento nos instrumentos de mensuração surgiu apenas durante uma oficina em nosso grupo, cujo tema era adaptação transcultural. Nessa mesma semana de estudos, a investigação dos instrumentos de pesquisa que ainda não haviam sido validados e a discussão acerca dos processos metodológicos despertaram em mim o desejo de trabalhar com instrumentos de pesquisas, além da necessidade de obter mais instrumentos específicos de qualidade de vida para a área de cardiologia.

Após a conclusão da graduação, me especializei em Unidade Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica e trabalhei um período na emergência cardiovascular, para depois assumir a supervisão do serviço de oncologia. Durante esse período, esses

campos, tanto na assistência, quanto na docência e na pesquisa, me inquietaram muito para que eu pudesse potencializar a execução desse trabalho.

Vale destacar também que outra motivação para esse trabalho é o desejo de disseminar a avaliação da qualidade de vida, como sendo um indicador de saúde que possa refletir acerca das práticas assistenciais. Vale ressaltar que esse meu desejo só foi possível graças ao aceite e apoio da minha orientadora, e a minha aprovação no mestrado em Saúde Coletiva, na área de epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida (QV), bem como a preocupação pela investigação desses indicadores, podem ser considerados relativamente recentes e decorrem, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas de saúde nas últimas décadas. A melhoria da qualidade e do estilo de vida passou a ser um dos resultados esperados tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas para o setor da promoção de saúde e prevenção de doenças (GÓIS; DANTAS; TORRATI, 2009).

O termo qualidade de vida é amplo e inclui uma maior variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo em relação aos seus sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento diário de seu organismo (CAETANO; SOARES, 2007). Trata-se de um conceito multidimensional que envolve o grau de satisfação atingido no âmbito físico, emocional e social, e que pode ser tratado do ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A qualidade de vida (QV) é um tema de grande importância para a saúde coletiva, principalmente por envolver aspectos inerentes ao indivíduo e considerar a percepção da pessoa acerca do seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida. Portanto, faz-se necessária uma avaliação mais pontual acerca do estado de saúde dos indivíduos, inserindo a qualidade de vida como indicador de eficácia e de avaliação das intervenções, e não somente os dados estatísticos da efetividade de uma técnica ou intervenção em específico (DANTAS *et al.*, 2010; MINAYO; HARTZ; BUTZ, 2000).

A manifestação de problemas cardíacos é impulsionada pelo estilo de vida proposto pela modernidade, no qual a globalização vem modificando as condições de vida da população, tornando-a mais propícia aos problemas cardíacos. O estresse, a má alimentação, os hábitos sedentários e outros diversos fatores podem ser considerados fatores de risco para problemas cardiovasculares (REZENDE *et al.*, 2006; SILVA JUNIOR, 2006).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por grande parte da morbidade e mortalidade que há no mundo, sendo consideradas uma das maiores endemias que ocorreram no século passado, ainda de grande prevalência em nossa atualidade. E, apesar dos avanços na terapêutica dos últimos anos, essas doenças são consideradas as principais causas de mortalidade na população brasileira, sendo responsáveis por 35% dos casos (THOMAS *et al.*, 2007).

Nesse contexto, nota-se que o processo de transição demográfica e epidemiológica vem ocorrendo de forma acelerada no Brasil, aumentando ainda mais a ameaça das condições crônicas. No atual cenário, percebe-se que a população brasileira está cada vez tornando-se mais idosa, devido ao aumento da expectativa de vida, e mais propícia a desenvolver problemas cardiovasculares, sendo esse campo o principal desafio da saúde pública: desenvolver ações que contemplem a promoção, a prevenção e a reabilitação dos pacientes com problemas cardíacos, reduzindo a mortalidade e a morbidade por essas doenças (SCHIMIDT *et al.*, 2011; MENDES, 2011).

Nota-se também que há um aumento rápido da incidência de problemas cardiovasculares, sendo manifestados frequentemente pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), formas instáveis de angina e a morte súbita (SILVA JUNIOR, 2006), cuja explicação é a maior expectativa de vida da população, permitindo maior tempo para as doenças começarem se manifestar (TIMERMAM *et al.*, 2000).

É de grande importância, pois, compreender a percepção dos pacientes em relação aos seus conhecimentos acerca das limitações, impossibilidades e restrições que a doença pode impactar em seu cotidiano (BROWN *et al.*, 1999).

Dessa forma, avaliar tais condições em pessoas infartadas tem sido uma eficaz maneira de determinar o impacto do cuidado com a saúde, quando a cura não é possível, sendo essas consideradas importantes fatores de avaliação dos resultados dos procedimentos terapêuticos, não apenas nos aspectos relacionados à redução dos sintomas e ao prolongamento da vida, mas também no que se refere à sobrevivência do doente e a sua percepção sobre a QV (DANTAS; SALWADA; MALERBO; 2003; DANTAS *et al.*, 2010).

Demonstra-se, portanto, a necessidade de se utilizar instrumentos que mensurem e quantifiquem essas características para melhor compreensão do impacto da doença e do efeito do tratamento em todas as dimensões que circundam o processo saúde-doença (THOMPSON; YU, 2003). Haja vista que a partir da avaliação dos mecanismos que incidem negativamente na qualidade de vida, é possível o planejamento de intervenções que possam proporcionar a melhoria do bem-estar do paciente (NOVATO; GROSSI, KIMURA, 2007). Assim, ao criarmos medidas educativas que estimulem a alteração do estilo de vida, incentivando a adoção de hábitos saudáveis, estaremos atuando sobre os fatores condicionantes, causais e predisponentes para doença cardíaca, podendo assim influenciar nas estatísticas de mortalidade e morbidade da população.

Tal investigação quantitativa da qualidade de vida está tendo um grande avanço nos últimos anos com a adaptação e validação de diversos instrumentos genéricos para a língua portuguesa. Porém, apesar das vantagens e de sua aplicabilidade, tais instrumentos apresentam a desvantagem de não poderem focalizar a área de interesse e de não serem sensíveis a determinadas mudanças por serem de caráter genérico, não levando em consideração as especificidades de cada doença abordada (WINKELMANN; MANFROI, 2008).

Os instrumentos específicos possuem a vantagem de serem mais responsivos a mudanças que ocorrem em um determinado tempo e mais sensíveis para discriminar o padrão dos prejuízos das doenças sobre a qualidade de vida, porque focalizam em aspectos relevantes da qualidade de vida para problemas avaliados (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; DANTAS; SALWADA; MALERBO, 2003).

Dentre os instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida em pacientes com IAM, possuem destaque o QLMI/Mac New (Quality Life after Myocardial Infarction) e o Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) (THOMPSON; YU, 2003), sendo que apenas o QLMI/Mac New foi traduzido e adaptado para língua portuguesa, em 2001, sendo o único instrumento específico de qualidade de vida para pacientes infartados até o momento (WINKELMANN; MANFROI, 2008; BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001).

1.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Mudanças nos comportamentos da população e alterações no perfil epidemiológico de incidência e prevalência de doenças, bem como de mortalidade, têm ocorrido em diferentes países. Essas se caracterizaram por uma evolução gradual dos problemas de saúde, em que as doenças infecciosas deixam de ser a principal causa da mortalidade geral, sendo substituídas pelas doenças cardiovasculares, câncer e causas externas (SILVA FILHO; COSTA, 2008; SCHRAMM *et al.*, 2004).

Tal processo de transição epidemiológica compreende três alterações básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM *et al.*, 2004; DUARTE; BARRETO, 2012).

A transição epidemiológica nos países desenvolvidos é impulsionada predominantemente pela melhoria das condições de vida da população, em função da melhoria dos níveis de escolaridade e de renda, e por condições propícias de alimentação, emprego, moradia e saneamento ambiental, enquanto a transição dos países em desenvolvimento é influenciada significativamente pelo advento dos antibióticos, pela realização de vacinação de rotina, pelo estímulo ao aleitamento materno, pela vigilância do crescimento de crianças e pela suplementação alimentar (DUARTE; BARRETO, 2012).

Porém, no Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido conforme o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados. O que observamos aqui é uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera, e o recrudescimento de outras como a malária, a hanseníase e a leishmanioses, o que indica uma natureza não unidirecional denominada contra transição (BARATA, 1997).

O envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 fez com que a sociedade se deparasse com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restritos aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, levando muitas vezes a uma perda de autonomia do paciente e de sua qualidade de vida (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; NOGUEIRA *et al.*, 2008; ROSSET *et al.*, 2011).

Dessa forma, configura-se, assim, o “mosaico epidemiológico” ou “polarização epidemiológica”, em virtude da distribuição desigual dos riscos e agravos nos diversos grupos da população. Desigualdade essa que se expressa nas diferenças observadas entre taxas e coeficientes das diversas regiões do País ou entre microrregiões do mesmo Estado, ou ainda nas diferenças encontradas entre zonas de uma mesma cidade (ARAÚJO, 2012; TEIXEIRA, 2004).

1.2 QUALIDADE DE VIDA

As condições de vida e saúde têm melhorado constantemente e, como reflexo disso, pode-se notar o avanço da transição epidemiológica e o aumento da longevidade da população, isso graças aos recursos tecnológicos e terapêuticos disponíveis. Mas a grande discussão é não somente viver mais e sim viver bem, de maneira agradável e conquistando uma qualidade de vida (BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A QV, uma característica eminentemente humana, é a distância entre as expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor for essa distância melhor será a qualidade de vida. Assim, apesar de ser uma síntese da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, ela reflete a singularidade do ser perpassando pela subjetividade do indivíduo. Dessa forma, esse termo apresenta ainda uma significância ampla, pois

reflete vários conhecimentos, experiências e valores (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Nesse modelo, em que qualidade de vida remete ao nível individual, Minayo, Hartz e Buss (2000) apresentam três fóruns de referência que norteiam a relatividade da noção. O primeiro é histórico, logo a QV é dinâmica, mutável e está diretamente influenciada pelo momento em que o indivíduo se encontra e pela sociedade a que faz parte, por isso um grupo específico pode possuir parâmetros de QV diferentes ao longo da história. O segundo é cultural, já que sem dúvida a cultura e costumes de um determinado grupo interferem no processo de contemplação e na busca do bem-estar. Já o terceiro está ligado às desigualdades sociais, uma vez que populações em que há uma heterogeneidade econômica muito marcante podem desencadear a ideia de que a qualidade de vida é melhor nas classes mais ricas.

O parâmetro ou o peso de um grupo significa que a QV transita por um campo semântico polissêmico, no sentido de buscar um equilíbrio, pois de um lado está o modo de vida do indivíduo e como ele encara o seu dia-a-dia, e de outro os pensamentos mais macros e sociais, incluindo o desenvolvimento sustentável, os ambientes saudáveis e agradáveis de viver. Por isso, para melhor compreender essa temática, é necessário adotar um modelo conceitual que seja complexo em relação ao mundo, pois se expressa na relação entre homem, natureza e ambiente (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; DANTAS; SALWADA; MALERBO, 2003; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A QV é um universo de conhecimento que se expressa com uma área transdisciplinar e engloba uma série de ciências e de empirismos, conceitos que transpassam a vida das pessoas como um todo. Lida-se, assim, com inúmeros fatores do cotidiano que vão desde a subjetividade do ser até as questões mais objetivas, como a tomada de decisão diante de um problema (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; DANTAS; SALWADA; MALERBO, 2003).

O emprego do termo "qualidade de vida" é facilmente percebido na linguagem da sociedade contemporânea, sendo que a população lhe denota como algo bom,

mesmo que não se tenha o conceito exato de tal termo. Assim, apesar de haver uma busca pelo real conceito de QV, sabe-se que tal campo de conhecimento está sendo construído a todo o momento e que esse conceito esbarra numa compreensão social, ou seja, depende da carga de conhecimento do sujeito, do ambiente em que ele vive, de seu grupo de relacionamento, da sociedade, do momento histórico e de suas próprias perspectivas em relação ao conforto e bem-estar (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1998), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida e no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Na perspectiva ocidental, a qualidade inicialmente está relacionada com uma visão aristotélica, a qual descreve a felicidade como certo tipo de atividade íntegra da alma, algo como se sentir completo e realizado, enquanto na visão oriental a qualidade de vida está relacionada às questões do equilíbrio, logo, para alcançar uma qualidade de vida "boa", é necessário ter um equilíbrio entre as energias negativas e positivas que compõem o ser (GORDIA *et al.*, 2011).

Por fim, apesar do termo QV já existir há algumas décadas, foi somente a partir do final do século XX que ele passou a incorporar de forma mais intensa os discursos informais entre as pessoas e por meio da mídia, além disso observou-se um aumento no número de produção científica nesse campo. Atualmente, o termo é utilizado constantemente em ambientes diferenciados, com sentidos e significados variados, o que demonstra a complexidade do constructo, ressaltando sua multidimensionalidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; GORDIA *et al.*, 2011; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

1.2.1 Avaliação da Qualidade de Vida em Infartados

Para avaliação da QV, em uma determinada amostra é necessária a aplicação de instrumentos que sejam capazes de ser sensíveis e específicos para o fenômeno a

ser estudado, pois eles precisam contemplar uma série de critérios de avaliação e não somente uma variável. Com isso, esses possuem um aspecto multidimensional, abrangendo uma gama de domínios (GORDIA *et al.*, 2011; BUSS, 2000).

Pelo caráter multifatorial da condição de vida, como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, é necessário entender que a doença física pode ser contrabalanceada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global do indivíduo seja de bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Silva *et al.* (2011), em seu estudo acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, apontam as justificativas que tornam os estudos de QV aos portadores de cardiopatias “inquestionáveis”. O primeiro argumento trata do dilema das intervenções que, embora prolonguem a vida, comprometem sua qualidade; o segundo aponta a relação que há entre os efeitos de uma droga sobre a qualidade de vida e a aderência do paciente à prescrição; e o terceiro da aferição da validade, do ponto de vista econômico de uma dada intervenção (CAETANO; SOARES, 2007).

A mensuração da qualidade de vida em pacientes com infarto do miocárdio está mais relacionada com os benefícios que com os possíveis prejuízos durante o desfecho e o tratamento. O que se deseja avaliar é o quanto o infarto impede ou dificulta a vida do paciente, pois os instrumentos desenvolvem mecanismos para tentar diminuir os desconfortos que o tratamento lhes ocasiona e, dependendo da intensidade, acabam por afetar o seu estilo de vida. Logo, a escolha de um instrumento holístico para avaliar a QV nessa clientela é importante (GALLANI *et al.*, 2003; DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005; SILVA *et al.*, 2011).

Os instrumentos de qualidade de vida ao paciente infartado possuem o objetivo de avaliar o efeito da patologia sobre o indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções e os desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, no planejamento e na avaliação de determinados tipos de tratamentos (LEAL *et al.*, 2005). Assim, o valor real dos instrumentos é mostrar as mudanças significativas

que possam ser representadas não somente estatisticamente, mas também clinicamente.

Tais instrumentos podem ser divididos em genéricos e específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos domínios, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais, e saúde mental. Geralmente são aplicados na população geral, em sua diversidade cultural e social, não sendo influenciados pela doença envolvida (AGUIAR *et al.*, 2008). Já os instrumentos específicos, apesar de também avaliarem diversos fatores, preservando a multidimensionalidade que perpassa a QV, têm como foco principal os fatores limitantes e as características específicas que a patologia ocasiona no dia-a-dia do paciente (LEAL *et al.*, 2005; AGUIAR *et al.*, 2008).

Os específicos abrangem domínios específicos para a doença em questão, sendo mais sensíveis e clinicamente mais calibrados para detecção de mudanças. Esses se preocupam intimamente com as áreas da vida que são exploradas e precisam ser trabalhadas pelos profissionais de saúde (DEMPSTER; DONELLY, 2000).

Por meio de avaliação com instrumentos específicos para paciente infartados, utilizando o QLMI Mac New, estudos vêm demonstrando que a qualidade de vida dos pacientes teve uma piora significativa. Na caracterização, os pacientes apresentaram uma qualidade de vida “regular” e “ruim” (VASCONCELOS, 2007; ALCÂNTARA, 2006; SIVIEIRO, 2003).

Em estudo similar aos citados acima, proposto por Caetano e Soares (2007), utilizando um instrumento genérico de QV, foram encontrados resultados de maior índice de resposta nos níveis “indiferentes” a “pouco-satisfeito” em sua qualidade de vida, sendo a relação interpessoal a que mostra maior nível de satisfação, se contrapondo ao bem-estar físico e material, com pior índice de satisfação. Nesse ponto, vale destacar que o IAM, de certa forma, não acomete somente o paciente, mas toda a família e pessoas próximas. Logo, quando essas pessoas estão presentes dando apoio, as angústias, medos e inquietações do paciente são compartilhadas e diluídas (CAETANO; SOARES, 2007; OLDRIDGE *et al.*, 1999).

Brown *et al.* (1999) descrevem que a dificuldade de retornar às atividades comuns diárias, o retorno ao trabalho e a experiência das sintomatologias após o IAM, bem como a vivência de comorbidades, apresentam impactos negativos sobre a concepção de QV pelos pacientes em longo prazo, sendo ainda mais impactantes para pacientes mais jovens.

Dessa forma, os pacientes que sofreram infarto precisam ser acompanhados e os fatores que afetam sua qualidade de vida monitorados, uma vez que a chance de recorrência e de complicações é significativa. Lane *et al.* (2001) mostram que a taxa de mortalidade nos pacientes após IAM, nos primeiros 12 meses, é de 10,8% e, após 18 meses, essa taxa se reduz para 8,6%, sendo que tais valores podem ainda ser maiores, se não for realizado o controle e o acompanhamento desses pacientes. Nesses casos, as principais causas de óbitos foram causas cardíacas, recorrência do IAM, falência cardíaca e arritmias.

Há vários fatores que afetam a qualidade de vida do paciente após o IAM. As principais variáveis são a depressão, a ansiedade e a presença de outras doenças ou comorbidades. Por isso é importante considerar esses fatores ao planejar e gerenciar o atendimento ao paciente e, em particular, no planejamento de programas de reabilitação cardíaca. Vale destacar que há também outros fatores que afetam a qualidade de vida relacionados com o meio ambiente e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como vizinha, condição socioeconômica, capital, moradia, relações interpessoais e condição de trabalho (LEE; CARRINGTON, 2007).

Durante a última década, a prevalência de depressão na população em geral tem aumentado abruptamente e é sabido que esse é um fator de risco importante para as coronariopatias, tanto primário quanto secundário para a morbidade e mortalidade, sendo independente dos fatores de risco tradicionais, como tabagismo, hipertensão e dislipidemia (LICHTMAN, 2008).

Dentre os instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida em pacientes com problemas cardiovasculares, os principais são o Seattle Angina Questionnaire, Quality of Life after Myocardial Infarction questionnaire / Mac New questionnaire,

Minnesota Living with Heart Failure questionnaire e Cardiovascular Limitation and Symptoms Profile (CLASP) (THOMPSON; YU, 2003).

Em revisão sistemática com metanálise, Silva *et al.* (2011), cujo objetivo principal era identificar instrumentos traduzidos para o português que foram utilizados para mensurar a QV de pacientes com síndrome coronariana aguda, utilizaram mais amplamente os seguintes questionários de qualidade de vida: SF-36, Mac New, WHOQOL, Seattle, IPQ e NHP. Desses, somente o Mac New é específico para pacientes infartados. Esse estudo faz uma síntese dos estudos feitos com instrumentos para avaliação de QV que foram traduzidos para o português, apresentando falhas nos métodos de validação e tornando claro que informações quanto à evolução da qualidade de vida em pacientes brasileiros ou portugueses que sofrem um evento coronariano agudo ainda são necessárias. Nesse estudo, houve um aumento significativo nos escores de qualidade de vida de 0,55 pontos para o questionário de Mac New e de 5,8 pontos para o questionário SF-36.

A versão original do QLMI Mac New foi projetada para avaliar a eficácia de um programa de reabilitação para pacientes após os problemas cardíacos, tendo sua eficácia e maior sensibilidade no processo após o evento cardiovascular (THOMPSON; JUNIPER; MELTZER, 2000; ALCÂNTARA, 2006). Essa característica não é comum no Brasil, pois não possuímos programas de reabilitação que consigam dar cobertura a toda população (MENDES, 2011). O Mac New é um instrumento autoaplicável, projetado para avaliar o efeito da doença cardíaca coronária durante o tratamento, desde a angina até o enfarte, abrangendo a capacidade do paciente para as atividades cotidianas, físicas, emocionais e seu funcionamento social. Ele é composto por 27 itens agrupados em três dimensões: as limitações físicas, o funcionamento emocional e o funcionamento social (OLDRIDGE *et al.*, 1999).

Já o MIDAS proporciona uma análise holística dos resultados do tratamento e não se concentra apenas no componente físico. Ele foi criado no Reino Unido para preencher as lacunas dos outros instrumentos (THOMPSON *et al.*; 2002), sendo comumente usado hoje em dia. É um questionário auto administrado, que abrange sete dimensões relacionadas com o estado de saúde, quais sejam, atividade física,

insegurança, reação emocional, dependência, dieta, medicamentos e preocupações com efeitos colaterais. O MIDAS demonstra validade excelente, conteúdo, validade de critério com boa consistência interna e sensibilidade à mudança, sendo o mais indicado para avaliar a qualidade de vida após infarto (THOMPSON *et al.*, 2002; THOMPSON; WATSON, 2011).

1.3 INSTRUMENTO MIDAS

O MIDAS é um instrumento específico de qualidade de vida, desenvolvido e validado especificamente para medir o estado de saúde dos indivíduos que sofreram um infarto do miocárdio (IAM), mas também apresenta boa resposta no uso em pacientes com angina e com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) (THOMPSON *et al.*, 2002; THOMPSON; WATSON, 2011).

O MIDAS foi desenvolvido em resposta aos instrumentos genéricos, que não eram capazes de medir todos os aspectos específicos que envolvem o IAM, como por exemplo, o nível de confiança do paciente e as mudanças em seu estilo de vida. Dessa forma, o MIDAS é mais sensível na avaliação clínica e na sequência de alterações após a mudança, podendo ser usado para medir prontamente o resultado de qualquer intervenção terapêutica (THOMPSON; YU, 2003; THOMPSON *et al.*, 2002).

Ele foi projetado e desenvolvido a partir da colaboração entre especialistas da Universidade de Oxford (Professor Crispin Jenkinson) e da Universidade de New York (Professor David Thompson), para melhorar a sensibilidade da avaliação da qualidade de vida dos pacientes infartados e a percepção da mudança do status de saúde em pacientes com IAM.

Segundo observação dos autores, esse instrumento pode ser aplicado desde logo após o problema cardíaco até o período de recuperação, mesmo que esse seja longo. É ainda um instrumento altamente confiável, tanto em termos de confiabilidade interna no nível do grupo paciente quanto, dada a magnitude dos

resultados de confiabilidade, potencialmente também a nível individual (THOMPSON *et al.*, 2002).

É composto de um questionário de 35 questões fechadas, que apresentam sete dimensões (atividade física; insegurança; reação emocional e dependência; dieta; preocupações com a medicação e efeitos colaterais), e por isso trata de uma combinação de preocupações distintamente associadas aos doentes com IAM. É de fácil uso, curto e simples no formato, de modo que é aplicável em uma ampla gama de cenários da saúde e resulta em taxas de resposta elevadas. Ainda, embora predominantemente utilizado como questionário, pode ser também considerado um formulário sem prejuízos nas avaliações (THOMPSON *et al.*, 2002).

As 35 questões do questionário são divididas em sete domínios ou subclasses. Assim, as questões de 01 a 12 se referem à atividade física, de 13 a 21 à insegurança, de 22 a 25 à emoção, de 26 a 28 à dependência, de 29 a 31 à dieta, de 32 e 33 ao domínio de preocupação com medicação e 34 e 35 ao domínio de efeitos colaterais.

O MIDAS tem boa validade e confiabilidade, com coeficiente α de Cronbach, variando de 0,74-0,95 para os sete domínios (THOMPSON *et al.*, 2002), tendo sido traduzido e validado para o chinês mandarim e para o turco (WANG; LOPEZ; THOMPSON, 2006; UYSAL; OZCAN, 2011).

1.3.1 Pontuação do MIDAS

Cada uma das 35 perguntas que compõem o MIDAS é marcada na mesma direção, com a pontuação aumentando à medida que o estado de saúde relatado torna-se pior. Assim, todas as questões dispõem de cinco possibilidades de resposta, que denotam desde a ausência de sintomas, caracterizado pela opção "nunca" (pontuando 0), até os que representam maior gravidade, pontuando de 1 a 4, nas opções de resposta para cada item (THOMPSON *et al.*, 2002).

Como a função do MIDAS é indicar a extensão dos problemas de saúde em cada domínio avaliado, cada sub-escala é transformada para ter um intervalo de 0 (o melhor estado de saúde como medida no questionário) até 100 (o pior estado de saúde como medida no questionário). Nesse ponto vale destacar que cada sub-escala é calculada como se segue: a pontuação de cada subclasse ou domínio é o total de escores brutos de cada item da escala dividido pelo escore bruto máximo possível, que é 4, multiplicado por 100. E a pontuação total do instrumento pode ser calculada pela soma dos sete domínios, dividindo o somatório por 7.

1.4 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Vários estudos propõem a realização da adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, porém, não existe um consenso acerca de qual amparo metodológico utilizar como guia e de qual o modo mais adequado para realização desse processo, uma vez que se trata de uma metodologia explorada por vários autores. Outro ponto importante é que, em alguns casos, não é possível a concretização de todas as etapas do processo devido a peculiaridades do delineamento (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER, BEATON, 1993; WILD *et al.*, 2005; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

O instrumento uma vez adaptado estará apto a ser utilizado em uma população específica, porém, deve ser apreciado por profissionais interessados, já que o aperfeiçoamento do instrumento adaptado depende de discussões e críticas contínuas entre os profissionais e a população participante, para que seja alcançada a sua eficácia, ou seja, apresente sensibilidade e especificidade ao que se deseja avaliar (FERRAZ, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Diante do avanço nas pesquisas que avaliam a QV ao redor do mundo, há uma necessidade de medidas especificamente conhecidas para serem comparadas entre as nações, uma vez que as doenças possuem significados distintos entre as diversas culturas, e a percepção de QV e as formas em que os problemas de saúde

são manifestados variam de cultura para cultura (DANTAS, SALWADA; MALERBO, 2003; GORDIA *et al.*, 2011).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propõem as seguintes etapas que precisam ser seguidas para que se possa realizar a adaptação transcultural: tradução, retradução ou "back-translation", comitê de revisão/juízes, pré-teste, avaliação da pontuação e checagem dos escores.

O objetivo da primeira etapa, a tradução, é produzir várias traduções, sendo que a qualidade dessas é tida como superior quando são realizadas por pelo menos dois tradutores, de maneira independente, pois isso permite a identificação de erros e discordâncias que podem ser ocasionadas pelas ambiguidades linguísticas. Por recomendação do autor, é interessante que elas sejam realizadas por indivíduos separadamente e não por grupo de pessoas. Além disso, esses tradutores precisam ser qualificados para executar tal etapa, um deles deve saber acerca do objetivo do estudo e dos conceitos envolvidos, enquanto o outro deve ser leigo e desconhecer os objetivos do estudo, inclusive sendo um tradutor que não possui experiência na área de investigação para que traduções inesperadas ou re-significados possam ser sinalizados (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A Tradução reversa é uma ferramenta que auxilia na melhora da qualidade da versão final do instrumento. Essa retradução deve ser feita de maneira independente, para que termos mal definidos ou mal compreendidos possam ser detectados e corrigidos, além disso, para que a falha de tradução e a duplicidade dos termos também possam ser discutidas. Esses tradutores de preferência não devem estar cientes do objetivo do estudo e nem serem experientes na área, para que preconceitos e inferências não permeiem essa etapa.

A terceira etapa, o comitê de juízes, tem a missão de avaliar a versão em relação à versão original e as coerências e discrepâncias do processo de adaptação. O comitê avaliará todas as versões produzidas, para que se possa chegar à versão final traduzida. Vale destacar que a comissão não avalia somente as questões, mas tudo que esteja ligado com o instrumento, como as orientações, as escalas e a formatação.

Esse comitê deve ser constituído por uma equipe multidisciplinar que possua experiência na área, para que possam ser explorados os domínios a serem avaliados. Os juízes precisam ser bilíngues, com domínio no idioma original do instrumento a ser adaptado, já que isso garante um instrumento melhor adaptado em termos de expressões idiomáticas e coloquiais. É necessário também que preserve o conceito dos termos em ambas as línguas, sendo esse ponto indispensável para garantir que a versão final mantenha a validade de conteúdo.

Os juízes em sua avaliação buscam as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Assim, essa comissão deve garantir que não haja erros de compreensão pelos pacientes, eliminando ou modificando termos que sejam inadequados ou ambíguos. É indicado ainda que o instrumento possa ser compreendido por uma criança de 10 a 12 anos, logo, para isso, devem-se privilegiar frases curtas, palavras chaves em cada item, sentenças mais simples possíveis, voz ativa nos verbos em lugar de passiva e ausência de metáforas, palavras coloquiais, advérbios e preposições (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A etapa do pré-teste permite a verificação se realmente foi possível alcançar as equivalências diante do cenário de estudo. Nessa etapa é detectado se há erros e desvios de tradução, verificando-se a validade de face e analisando a relutância ou hesitação do sujeito diante da aplicação do instrumento. Caso não seja alcançada a compreensão nessa etapa, o instrumento precisa ser avaliado novamente pelo comitê. Nesse método o paciente precisa ser questionado em relação ao entendimento do instrumento, se houve alguma questão que lhe causou dúvida em relação aos termos ou às situações apresentadas (BEATON *et al.*, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Existem controvérsias em relação à verificação das propriedades psicométricas de instrumento, ou seja, as variáveis que demonstram a qualidade do instrumento, dentre elas podendo destacar a confiabilidade e a validade. Se a tradução e a adaptação transcultural forem realizadas de maneira correta, o instrumento traz consigo todas as propriedades de medidas do instrumento original, alcançando

assim a equivalência funcional (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O termo confiabilidade, fidedignidade ou precisão geralmente é utilizado para se referir à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto. Está relacionado ao quanto o instrumento é livre do erro randomizado e o quanto é consistente e estável ao longo do tempo. Também se pode considerar a confiabilidade como a "robustez" do instrumento em relação ao aferidor e ao ser aferido. Para avaliar tal confiabilidade de um instrumento pode-se utilizar a medida da consistência interna e a reprodutibilidade ou confiabilidade do teste (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2008; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A consistência interna avalia se há homogeneidade entre os domínios, ou seja, se as questões que compõem o instrumento conseguem mensurar o mesmo fenômeno, reconhecendo isso como um atributo (ARTES, 1998). Dessa forma, a consistência interna infere acerca da análise de cada item do instrumento separadamente, considerando sua representatividade no escore total do instrumento. O alfa de Cronbach é um teste estatístico utilizado para avaliar essa propriedade, sendo que sua escala varia de zero a um, logo quanto maior o valor mais consistência apresenta o instrumento e mais homogênea é a escala (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; WILD *et al.*, 2005).

A reprodutibilidade faz inferência ao grau em que as medidas repetidas em indivíduos estáveis fornecem respostas semelhantes. Uma forma de se avaliar a reprodutibilidade é por meio do teste e do "reteste", cujo foco é a estabilidade ao longo do tempo. O intervalo de aplicação dos instrumentos e os momentos exatos não são consenso na literatura, mas o importante é que não seja nem curto demais, para que o participante decore as respostas, e nem longo demais (REICHENHEIM; MORAES, 2007; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Outra forma de se avaliar a confiabilidade por essa medida é a concordância inter observador, ou seja, dois ou mais observadores realizam a mesma medida de forma concomitante e independente. Assim, quanto maior a concordância entre eles, maior

é a reprodutibilidade do instrumento (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Independente da forma por que se optar, intra ou inter observador, é possível utilizar como métodos estatísticos o coeficiente de correlação de Pearson, o Spearman, o de correlação intraclasse e o Kappa de Cohen (ARTES, 1998; FERRAZ, 1997).

A validade é a capacidade de um instrumento medir o fenômeno em exame, isto é, a adequação entre os itens dos instrumentos e o conceito teórico a ser medido. Refere-se dessa forma a acuraria da medida. Existem várias formas de se avaliar a validade, mas vale ressaltar que esses indicadores são raramente únicos e decisivos, pois as evidências se acumulam no decorrer das pesquisas em que se utiliza o mesmo instrumento e, somente depois de grande aplicação e análise, fala-se em validade de um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DEVON *et al.*, 2007; GRANT; DAVIS, 1997).

A versão final do instrumento traduzido e adaptado deve reter tanto as características de cada item como as correlações do item com a escala e com a consistência interna, além das características de confiabilidade e de validade dos resultados obtidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; WILD *et al.*, 2005; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A validade de face retrata a percepção que as pessoas têm do que está sendo medido, ou seja, reflete acerca da compreensão e aceitação dos itens pelos pesquisadores e pelos participantes do estudo. Para tal, durante o pré-teste, é analisada a compressibilidade de cada item ao ser aplicado. Já a validade de conteúdo é o consenso de que a escala está medindo exatamente aquilo que se propõem em medir. Esse julgamento em relação à clareza, à compreensibilidade, à redundância de itens, à concordância e à relevância dos itens será feita pelo comitê de juízes em observação às equivalências e sugestões (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação transcultural do instrumento específico de qualidade de vida do "Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale" (MIDAS) para a Língua Portuguesa Brasileira.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- realizar a tradução e retradução do instrumento;
- avaliar a validade de conteúdo;
- avaliar a equivalências semânticas, conceituais, idiomáticas e culturais; e
- executar o pré-teste.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa, com o intuito de adaptar o instrumento de qualidade de vida, o Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), para que esse possa ser aplicado em nossos ambientes de saúde.

A realização da tradução e adaptação transcultural do instrumento seguirá as orientações propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

3.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

3.1.1 Tradução do instrumento

Após obter a autorização do autor original do instrumento (ANEXO E), esse foi encaminhado para dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos possuíam experiência com processos de tradução. O Tradutor 1 (t1) foi considerado o tradutor especialista, pois possuía experiência no manejo de textos na área da saúde, bem como em processo de tradução e na docência de inglês instrumental para área da saúde. Porém, apesar de ser familiarizado com temática, ainda não havia tido contato com o instrumento. O outro tradutor (t2) foi considerado leigo, uma vez que faz traduções de maneira geral, porém não possuía conhecimento instrumental na língua inglesa voltada para o campo da saúde. Ambos possuíam proficiência em língua inglesa e desenvolviam trabalhos de versões de artigos e materiais científicos do inglês para o português e vice-versa, e estavam cientes dos objetivos do estudo.

As versões traduzidas foram comparadas pelo pesquisador e sua orientadora, e o índice de concordância entre as traduções foi de 90%. Os itens traduzidos de forma diferente foram discutidos para alcance de um consenso entre os tradutores e pesquisadores, obtendo-se assim a versão inicial traduzida do MIDAS - T12 (ANEXO B).

3.1.2 Back-translations

A tradução reversa ou retro tradução para língua de origem foi realizada por outros dois tradutores, também de maneira independente. Esses eram naturais de países de língua inglesa e possuíam proficiência em língua portuguesa. Ambos possuíam vasta experiência em traduções, uma vez que prestavam serviços para empresas de traduções. Vale destacar aqui que os tradutores receberam apenas a T12 e o mesmo processo de comparação dos dados foi realizado pelos pesquisadores.

Essa é uma das etapas de validação do instrumento, a qual verifica se a versão obtida reflete o mesmo conteúdo da versão original, permitindo verificar as inconsistências e os erros conceituais cometidos durante as traduções. Assim, após a avaliação pelos pesquisadores, obteve-se uma versão unificada. Essa versão final foi submetida à apreciação dos autores do instrumento, para devida apreciação da conservação do sentido original do instrumento. Após a avaliação dos autores foram realizadas as alterações necessárias na versão T12 para preservação do sentido, obtendo-se assim a versão final do processo de tradução da T12 (ANEXO C).

3.1.3 Avaliação por um grupo de juízes

Após consolidar as versões e ter o parecer favorável dos autores do instrumento, o instrumento e suas versões, obtidas nos processos de tradução, foram avaliados por um grupo de juízes, composto por pessoas da área da saúde, com experiência na área de pesquisa, os quais tinham fluência na língua original do instrumento. Os juízes tiveram a incumbência de julgar individualmente e avaliar as equivalências semânticas e idiomáticas, e as equivalências culturais e conceituais do instrumento, orientados para que, caso discordassem da tradução, sugerissem mudanças ou mesmo a exclusão do item.

Para realização das avaliações de equivalência do instrumento traduzido, foram entregues a cada juiz os seguintes materiais:

a) o instrumento do MIDAS em sua versão original (ANEXO A);

- b) a versão adaptada após sugestão dos autores (T12) (ANEXO C);
- d) instrumento para avaliação semântica e idiomática (APÊNDICE C); e
- e) instrumento para avaliação conceitual e cultural (APÊNDICE B).

Foram aceitos como equivalentes os itens que obtiveram 80% de concordância entre os juízes. Os itens com um índice de concordância menor seriam modificados de acordo com as sugestões propostas pelos juízes. Para isso foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC) utilizado nos instrumentos de avaliação da equivalência semântica, conceitual, cultural e idiomática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990). Para avaliar a relevância e representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; e 4= item relevante ou representativo.

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” deveriam ser revisados ou eliminados, baseando-se nas sugestões do comitê. Dessa forma, o IVC foi definido como a proporção de itens que receberam uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes.

Após essa avaliação, na concretização desse processo obteve-se a versão traduzida denominada MIDAS.

3.1.4 Pré-teste

O pré-teste constituiu a última etapa do processo de tradução e adaptação cultural. Nesse ponto, a versão final do instrumento foi submetida a um pré-teste para análise da compreensibilidade dos itens. Participaram dessa etapa 20 pacientes que faziam acompanhamento a nível ambulatorial no Hospital das Clínicas Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Para analisar a compreensibilidade da escala traduzida e adaptada foi utilizada a técnica da prova, na qual, após a leitura de cada pergunta, o pesquisador irá arguir o

entrevistado para que esse explique o questionamento, buscando assim a validade de face do instrumento, ou seja, uma avaliação subjetiva por aqueles que utilizam a escala a fim de verificar a consistência na mensuração do fenômeno que se propõe (GUILLEMIN; BOMBARDIER, BEATON, 1993).

A partir desses resultados obteve-se a versão traduzida do MIDAS para sua versão em português brasileiro.

3.2 PRINCÍPIOS ÉTICOS

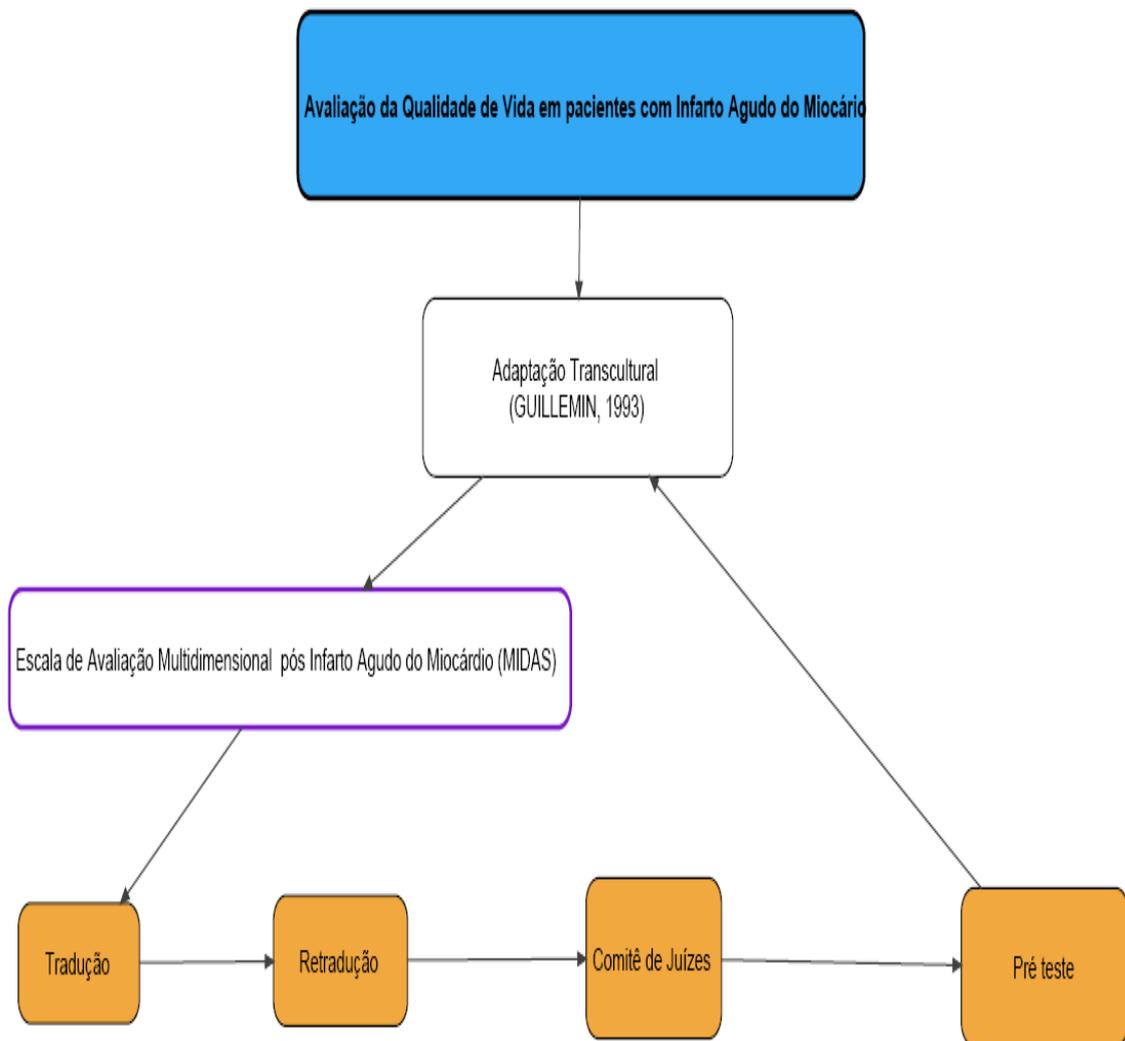
Todos os princípios éticos da pesquisa foram respeitados e observados ao longo de todo o estudo, cumprindo-se todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todo participante assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de se iniciar o processo, foi solicitada junto aos autores do instrumento a autorização para a execução do estudo, a qual se encontra no Anexo E. Após tal aprovação, o trabalho foi também submetido ao comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado com o nº 191425/2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo metodológico para adaptação transcultural do MIDAS seguiu o esquema teórico abaixo apresentado na Figura 1 - Mapa teórico para construção do estudo de adaptação transcultural do MIDAS.

Figura 1 - Mapa teórico para construção do estudo de adaptação transcultural do MIDAS



Fonte: O autor (2013).

Após a autorização dos autores (ANEXO E) e responsáveis pelo desenvolvimento do MIDAS, iniciou-se o processo de adaptação transcultural do mesmo, buscando-se por meio das etapas apontadas pelo referencial teórico de Guillemin, Bombardier

e Beaton (1993) encontrar as equivalências necessárias para sua aplicabilidade em nossa cultura.

A primeira etapa buscou a equivalência semântica, sendo essa imprescindível para o estudo. A tradução foi realizada por dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos eram fluentes na língua inglesa, nativos do Brasil e com experiência em tradução. O primeiro tradutor conhecia o objetivo do estudo e era da área da saúde coletiva, sendo professor de inglês instrumental para área médica clínica e saúde coletiva, enquanto o outro desconhecia o objetivo do estudo e não possuía experiência em tradução de textos biomédicos. Nesse processo foram obtidas duas traduções, a T1 e a T2, e ambas foram avaliadas por dois pesquisadores e um professor de inglês (equipe de unificação), a fim de comparar as traduções, unificando-as em uma única denominada T12. Vale destacar que essa é a primeira versão em português do instrumento.

Ao comparar as duas traduções, houve concordância em mais de 90% dos termos traduzidos e os termos que estavam em discordância ou com traduções diferentes foram julgados pela equipe de unificação. Assim, como não houve grandes discrepâncias entre as traduções, os tradutores não foram contatados para discussão dos termos. Discrepâncias aqui seriam considerados os termos traduzidos que apresentassem sentidos totalmente diferentes ou destoantes em relação ao estudo.

Os termos/sentenças que tiveram traduções diferentes entre o T1 e T2 foram discutidos entre os pesquisadores e o Quadro 1 destaca os termos que foram considerados pela equipe de unificação.

Quadro 1 - Termos que foram discutidos pela equipe de unificação no processo de Tradução do Midas

TERMO ORIGINAL (MIDAS)	TRADUÇÃO PELO TRADUTOR 1	TRADUÇÃO PELO TRADUTOR 2	TERMO ESCOLHIDO PELA EQUIPE DE UNIFICAÇÃO
Dimensional	Dimensional	Multidimensional	Multidimensional
How often	Quantas vezes	Com que frequência	Com que frequência
House work	Tarefas domésticas	Limpar a casa	Tarefas domésticas
Felt slowed down	Sentiu-se devagar	Sentiu-se fazendo suas atividades de maneira lenta	Sentiu-se desanimado
Felt you have a reduced social life	Sentiu que você tem uma vida social reduzida	Diminui seu ritmo de vida social	Sentiu que diminui seu ritmo de vida social
Felt anxious about travelling	Sentiu-se ansioso em viajar	Sentiu ansiedade com relação a qualquer probabilidade de viajar	Sentiu-se ansioso em viajar
Felt anxious about dying	Sentiu-se ansioso sobre morrer	Teve pensamentos sobre morte	Sentiu-se ansioso em relação à morte
Felt your family or friends are over protective	Sentiu que sua família ou amigos estão mais proteção	Achou que sua família e seus amigos se preocupavam demais	Percebeu que sua família ou amigos estão lhe superprotegendo
Felt you have to rely on others	Sentiu que você precisa confiar em outras pessoas	Sentiu-se dependentes dos outros	Sentiu que você tem que confiar em outras pessoas
Tablets	Comprimidos	Remédio	Remédio
Experienced	Experimentou	Sentiu	Experimentou

Fonte: O Autor (2013).

Em meio ao processo de consolidação da T1 e da T2, alguns aspectos foram discutidos para uniformidade do instrumento. As perguntas que subsequências do instrumento começam em letra minúscula, pois se entende que sejam uma continuidade do texto evocativo: "Após seu ataque cardíaco, com que frequência **durante a última semana** você...". Essa foi uma consideração apontada pelo T1 e que os pesquisadores consideraram válida.

Ao traduzir o termo "Occasionally", em T1 obtivemos "raramente" e em T2 "ocasionalmente", então se optou pelo termo "raramente", pois o primeiro é utilizado de maneira sinônima com os termos "às vezes", que é a tradução de "sometimes".

Posteriormente a T12 foi submetida à "back-translation", ou tradução reversa para língua de origem. Esse processo foi realizado por dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos eram nativos de países que utilizam a língua inglesa, porém fluentes na língua portuguesa brasileira, além de possuírem experiência em tradução de textos acadêmicos. Nessa etapa foram produzidas duas traduções, a TR1 e a TR2.

A pedido dos autores, as duas traduções foram unificadas para que os mesmos pudessem realizar a avaliação da concordância nas traduções, com a preservação do sentido e a manutenção do objetivo do instrumento. A equipe de unificação novamente realizou a integração das traduções (TR1 e a TR2), obtendo uma nova versão, a TR12, em língua inglesa. Como não houve discrepâncias entre as traduções, os itens não equivalentes foram apenas julgados pela equipe. A versão TR12 foi, portanto, encaminhada aos autores para avaliação.

Após obter as duas retraduições, essas foram unificadas e encaminhadas aos autores, os quais fizeram algumas considerações que surtiram em alterações na T12. É necessário frisar aqui que o instrumento avalia o último ataque cardíaco, ou seja, as alterações no quadro de saúde referem-se após o último infarto.

Em relação à questão 4, os autores sugeriram detalhar que o sentido de "felt slowed down" está relacionado ao desânimo em realizar a atividade física em si, pois somente utilizar o termo "desanimado" poderia deixar o entrevistado em dúvida.

O termo "breath less", que foi consolidado como "sem fôlego", tem um sentido mais amplo sendo melhor caracterizado como "falta de ar intensa", uma vez que os autores entendem que o indivíduo pode apresentar a perda do fôlego, mas o sintoma que caracteriza uma alteração na condição de qualidade de vida é a falta de ar intensa.

Outro termo discutido com os autores foi "irritable", o qual literalmente está vinculado à irritação, contudo, os mesmos afirmam que o sentido a ser explorado é um processo emotivo, uma alteração física que seja relacionada com sensibilização dos sentimentos em geral, sendo a melhor tradução algo que expresse a emotividade.

Outro ponto discutido foi em relação ao termo "independence", sendo que os autores apontaram que o sentido dessa pergunta é avaliar se o entrevistado está mais dependente de outras pessoas, mas não se ele perdeu sua independência. Apesar de os sentidos serem próximos, a reescrita favorece o entendimento do entrevistado.

Todas essas considerações foram acatadas e as modificações foram feitas na versão T12, obtendo uma nova versão que foi submetida à banca de juízes. Após esse processo, obtivemos a versão T12a com as modificações solicitadas pelos autores, criadores do instrumento.

4.1 BANCA DE JUÍZES

Após a avaliação pelos autores, a última versão adaptada foi encaminhada para uma banca de juízes a fim de que fossem verificadas as equivalências semântica, conceitual, cultural e idiomática. A banca de juízes foi constituída por um grupo de multiprofissionais, formado por cinco integrantes, sendo um médico, dois enfermeiros, um psicólogo e um fisioterapeuta. Todos os integrantes eram profissionais atuantes na área da cardiologia, tendo experiência no manejo e acompanhamento do paciente após infarto. O contato com eles foi feito via e-mail e telefone com um prazo de retorno de 30 dias.

A escolha da banca foi realizada de maneira aleatória, buscando-se na plataforma Lattes profissionais que, além da experiência de campo, também tinham desenvolvido trabalhos acadêmicos na área da cardiologia, envolvendo de preferência pacientes infartados. Além disso, todos eram mestres, com mais de dois anos de atuação profissional.

Para cada um deles foi enviado o instrumento na sua versão original, a primeira versão traduzida, a versão modificada após avaliação dos autores e o Instrumento para avaliação semântica e idiomática, juntamente com o instrumento para avaliação conceitual e cultural.

Esses instrumentos quantificaram a impressão dos juízes acerca da adaptação do MIDAS. Para isso foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), utilizado nos instrumentos de avaliação da equivalência semântica, conceitual, cultural e idiomática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990), buscando assim a relevância e a representatividade de cada item para que se possa trabalhar em sua reprodutividade.

A maioria dos itens do instrumento foi considerada equivalente, uma vez que o grau de concordância entre os juízes foi superior a 80%, ou seja, a pontuação em relação ao IVC foi de 3 e 4.

Os conceitos de equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual foram trabalhados baseando-se nos direcionamentos propostos por Reichenheim e Moraes (2007) e Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998).

Dessa forma, a avaliação da equivalência conceitual e cultural consiste na exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios constituintes no local (país, região, cidade) de origem e na população-alvo, com a qual o instrumento será utilizado.

Nesse sentido, a equivalência cultural refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que correspondem a situações vivenciadas em nosso dia-a-dia, enquanto a equivalência conceitual representa a coerência em relação àquilo que se propõe a medir (GUILLEMIN; BOMBARDIER, BEATON, 1993; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Já a avaliação da equivalência semântica e idiomática envolve a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão traduzida, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas

culturas, sendo que a equivalência semântica diz respeito à correspondência no significado das palavras, enquanto a idiomática ao uso de expressões que sejam comuns em ambos os países ou que retratem situações compatíveis (GUILLEMIN; BOMBARDIER, BEATON, 1993; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Vale destacar que alguns itens sofreram mudança após a avaliação dos juízes para proporcionar melhor equivalência, pois não alcançaram a concordância de 80%, como explicado acima. Em relação ao item da questão cinco "felt without energy", que havia sido traduzido como "se sentiu sem energia", foi sugerido pelos juízes que esse fosse substituído por "sem forma", por ser culturalmente mais adequado.

Na questão sete, "had chest pain or tight ness when doing physical activity", cuja tradução era "teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física", foi sugerida a modificação para "teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer suas atividades diárias".

Ao item 12, em que se questiona "perceived that the ambient temperature caused your pain toworsen", cuja tradução era "percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior", foi sugerido que tentasse melhor o entendimento acerca de como a temperatura ambiental pode afetar a dor. Dessa forma, o item foi modificado para "percebeu que a mudança de temperatura fez com que sua dor piorasse".

No item 15 "feltisolated", foi apresentada a ideia de que o isolamento é um estado muito complexo, assim, como o instrumento aborda questões cotidianas, seria interessante a substituição por um termo mais comum e que pudesse expressar uma situação que anteceda o isolamento, sendo assim esse termo substituído por "sozinho".

Quanto ao item 21 "was concerned or felt anxious or worried about the future", a tradução havia sido "se preocupou ou sentiu ansiedade ou preocupado sobre o futuro", mas os juízes julgaram que a repetição de palavras poderia trazer confusão ao paciente, com isso houve o seguinte rearranjo: "se preocupou ou sentiu-se ansioso com o futuro".

O item 22 também foi questionado, pois quatro dos cinco juízes não concordaram em a versão original "feltirritable" ter sido traduzida como "sentiu-se emotivo", mas, como foi uma sugestão dos autores, essa modificação de tradução não foi feita, uma vez que a primeira preserva o sentido do instrumento original e se caracteriza por um termo que possui equivalência na língua portuguesa brasileira.

Na questão 28 "felt you have to depend anothers", a tradução traz o termo confiança, porém, 3 membros do comitê julgaram que confiança é algo muito complexo, sendo um estado de muito envolvimento entre as pessoas, e que a tradução deveria expressar mais o sentido de dependência. Assim sendo, a tradução foi "sentiu que precisava mais das outras pessoas".

Após todas essas alterações, obtivemos a versão T12 (ANEXO D), a qual foi submetida ao pré-teste.

4.2 PRÉ-TESTE

Após a realização da avaliação da banca de juízes, o instrumento foi considerado satisfatório em relação às equivalências apresentadas e foi submetido ao pré-teste, no qual o principal objetivo foi analisar sua aplicabilidade em campo e a compressibilidade diante do público alvo.

O pré-teste foi realizado no ambulatório de cardiologia do HUCAM e, para participar dessa etapa do estudo, os participantes teriam que aceitar participar e deveriam ter sofrido um ataque cardíaco. Para isso, os pacientes foram abordados e questionados acerca de terem sofrido IAM. Caso sim, para confirmação do quadro clínico, após a aplicação do instrumento era consultado o prontuário para confirmar se existia história pregressa de infarto.

No total, participaram dessa etapa do estudo 20 pacientes, sendo 14 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A idade desses variou de 42 a 89 anos e o nível de escolaridade predominante na amostra foi a de ter estudado menos de 5 anos do

Ensino Fundamental, com seis pacientes. Vale destacar que nenhum dos sujeitos da amostra possuía curso superior.

Além do IAM, onze pacientes também eram hipertensos, dois possuíam diabetes, um possuía valvulopatia, outro aterosclerose e outro insuficiência cardíaca.

De acordo com Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) um instrumento adaptado é aquele que pode ser compreendido por uma criança de 12 anos, o que nos faz perceber algo positivo nessa etapa, visto que a amostra, apesar do baixo grau de escolaridade e da característica heterogênea em relação à patologia, não apresentando somente pacientes infartado, se mostrou eficaz, não apresentando qualquer questionamento acerca das questões por parte dos entrevistados. Afinal, como já discutido anteriormente, o MIDAS foi criado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes infartados, mas também já esta sendo aplicado em outras condições patológicas de base cardiovascular (THOMPSON; WATSON, 2011).

Para essa etapa do processo foi utilizada a técnica de sondagem, cujo objetivo era, após cada questão, solicitar ao paciente que esse explicasse o que ele havia entendido da pergunta. Além disso, ao terminar todo o questionário, questionava-se ao paciente se, durante a pesquisa, houve alguma dificuldade para responder o instrumento, sendo que, caso houvesse alguma dúvida, era questionado ao paciente em qual palavra ou sentença e se ele teria algo a mudar no instrumento.

Nesse processo, o instrumento foi aplicado em todos os 20 participantes e nenhum desses fizeram qualquer questionamento acerca das questões. Portanto, após cada pergunta, todos os participantes conseguiram sintetizar de maneira satisfatória o sentido de cada item questionado. O tempo médio para responder o questionário foi de 19,15 min.

O Quadro 2 apresenta o score obtido por cada paciente nos sete domínios do MIDAS.

Quadro 2 - Apresentação dos scores do MIDAS aplicado na população de pré-teste, por domínios

	DOMÍNIO 1	DOMINIO 2	DOMINIO 3	DOMINIO 4	DOMINIO 5	DOMINIO 6	DOMINIO 7	Score de QV
Pct 1	29,2	25,0	100,0	100,0	33,3	87,5	0	53,6
Pct 2	83,3	38,9	50,0	91,7	33,3	50,0	0,0	49,6
Pct 3	37,5	5,6	0,0	41,7	91,7	87,5	0,0	37,7
Pct 4	8,3	11,1	43,8	0,0	16,7	50,0	0,0	18,6
Pct 5	0,0	0,0	0,0	25,0	91,7	37,5	0,0	22,0
Pct 6	43,8	44,4	62,5	58,3	33,3	25,0	0,0	38,2
Pct 7	4,2	2,8	0,0	0,0	33,3	50,0	0,0	12,9
Pct 8	12,5	22,2	0,0	75,0	91,7	100,0	0,0	43,1
Pct 9	43,8	38,9	18,8	66,7	100,0	50,0	0,0	45,4
Pct 10	27,1	0,0	0,0	66,7	16,7	25,0	12,5	21,1
Pct 11	70,8	61,1	56,3	100,0	25,0	0,0	50,0	51,9
Pct 12	64,6	47,2	43,8	66,7	75,0	75,0	25,0	56,7
Pct 13	56,3	27,8	12,5	91,7	66,7	37,5	25,0	45,3
Pct 14	8,3	5,6	0,0	16,7	58,3	75,0	0,0	23,4
Pct 15	6,3	2,8	12,5	0,0	83,3	0,0	0,0	15,0
Pct 16	35,4	19,4	0,0	25,0	66,7	50,0	0,0	28,1
Pct 17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	7,1
Pct 18	66,7	36,1	50,0	16,7	91,7	50,0	25,0	48,0
Pct 19	45,8	11,1	0,0	100,0	100,0	50,0	0,0	43,8
Pct 20	43,8	22,2	0,0	100,0	33,3	0,0	0,0	28,5
MÉDIA POR DOMINIO	34,4	21,1	22,5	52,1	57,1	47,5	6,9	

Fonte: Dados de pesquisa (2013).

Com isso, além das equivalências afirmadas pelos juízes, o MIDAS apresentou validade de face, uma vez que foi de fácil aplicação na população alvo, não havendo dúvida em relação ao sentido dos termos e dificuldades para responder cada item. Assim sendo, o MIDAS encontra-se adaptado transculturalmente para a língua portuguesa brasileira. Porém, vale ressaltar que, para sua maior eficácia e acurácia, faz-se necessária a avaliação das propriedades psicométricas, a qual será realizada em um estudo posterior.

5 CONCLUSÃO

Após as etapas realizadas de validação de conteúdo e de face os processos metodológicos executados, podemos afirmar que o MIDAS está adaptado culturalmente para ser aplicado na população de língua portuguesa brasileira.

Esse demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação, útil para clínica e de bom entendimento pela população, tendo abrangência de vários domínios que perpassam a qualidade de vida do paciente após o IAM.

Dessa forma, é considerado adequado e adaptado no que se refere às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, porém, faz-se necessário para melhor avaliação e aplicabilidade do instrumento a realização das propriedades psicométricas, que será tema do próximo estudo.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. T. *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.

ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de Vida após Infarto Agudo do Miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36.** 2006. 107 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev. Psiq. Clin.** v. 25, n. 5, p. 223-228, 1998.

BARATA, R. C. B., O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.5, p.531-7, 1997.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. Reproducibility and validity of a brazilian version of the Mac New quality of life after myocardial infarction (Mac New QLMI) questionnaire. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 33, n. 5, 2001. Disponível em: <<http://www.acsm-msse.org>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

BROWN, N. et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. **Heart**, Texas, v. 81, n. 4, p. 352-358, 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 30-37, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DANTAS, R. A. S.; GÓIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-20, 2005.

DANTAS, R. A. S. et al. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 163-168, 2010.

DEMPSTER, M.; DONELLY, M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. **Heart**, v. 83, n. 6, p. 641-644, 2000.

DEVON, H. A. *et al.* A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **J NursScholarsh**, v. 39, n. 2, p. 155-64, 2007.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.4, p. 529-532, 2012.

FERRAZ, M. B. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? **J Rheumatol**. v.11, p. 2066-2068, 1997.

GALLANI, M. C. et al. Quality of life in coronary patients. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 1, p. 40-43, 2003.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **JournalofClinicalEpidemiology**, v. 46, p. 1417-1432, 1993.

GÓIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto, v. 30, n. 4, p. 700-707, 2009.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**, v. 7, p. 323-335, 1998.

LANE, D. et al. Mortality and Quality of the life 12 months after Myocardial Infarction: effects of Depression and Anxiety. **Psychosomatic Medicine**, United Kingdom, v. 63, p. 221-230, 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LEAL, A. et al. Evaluative and discriminative properties of the Portuguese Mac New Heart Disease Health-related Quality of Life questionnaire. **Qual Life Res.**, v. 14, n. 10, p. 2335-2341, 2005.

LEE, G.; CARRINGTON, M. Tackling heart disease and poverty. **Nursing and Health Sciences**, v. 9, n. 4, p. 290-294, 2007.

LICHTMAN, J. H. Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment: A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. **Circulation.**, v. 118, n. 17, p. 1768-1775, 2008.

MENDES, E. V. As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In:_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 25-59, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NOGUEIRA, C. R. S. R. et al. Qualidade de Vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. **Arq. Bras. Cardio.**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 238-244, 2008.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Instrumento de qualidade de vida para jovens com diabetes (IQVJD). **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 4, p. 512-519, 2007.

OLDRIDGE, N. et al. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. **J Cardiopulm Rehabil**, United Kingdom, v. 19, n. 1, p. 29-34, 1999.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: um debate necessário. **RBECT**, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

REICHENHEIM, M., E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bral. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 45, n. 1, p. 264-271, 2011.

SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil 4. **The Lancet**, p. 61-74, maio, 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 05 set. 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA FILHO, E. A. da; COSTA, A. M. da. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n.3, p.113-20, 2008.

SILVA JUNIOR, A. B. et al. Fatores de risco para síndromes coronarianas e descrição dos questionários de vida mac new QLMI e SF-36. **Arq. Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 49-54, 2006.

SILVA, S. A. da et al. Quality of life assessment after acute coronary syndrome: systematic review. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 97, n. 6, p. 526-540, 2011.

SIVIEIRO, I. M. P. S. **Saúde Mental e qualidade de vida de enfartado**. 2003. 109 f. Tese (Dourado em Saúde Coletiva) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G. M. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 38-45, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil:problematizando tendências e opções políticas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.

TILDEN, V.P.; NELSON, C.A.; MAY, B.A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

THOMAS, C. V. et al. Avaliação Ambulatorial de qualidade de vida em pacientes pós infarto agudo do miocárdio. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007.

THOMPSON, A. K.; JUNIPER, E.; MELTZER, E. O. Quality of life in patients with allergic rhinitis. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 85, n. 5, p. 338-348, nov. 2000.

THOMPSON, D. et al. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). **Quality of Life Research**, v. 11, p. 535-543, 2002.

THOMPSON, D. R.; YU, C. M. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. **Health Qual Life Outcomes**, United Kingdom, v. 1, n. 42, 2003.

THOMPSON, D.; WATSON, R. Mokken scaling of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, p.156-159, 2011.

TIMERMAN, A. et al. **Manual de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000.

UYVAL, H.; OZCAN, Ş. A Turkish Version of Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (TR-MIDAS): Reliability–Validity Assesment. **Eur J CardiovascNurs**, Oxford. v. 10, n. 2, p. 115-123, 2011.

VASCONCELOS, C. B. **Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão após Infarto Agudo do Miocárdio**. 2007. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

WANG, W.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D.R. Psychometric testing of the Chinese-Mandarin version of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale. **Qual Life Res**. v. 15, p. 1243-1249, 2006.

WILD, D. et al. ISPOR Task Force for Translation and cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

WINKELMANN, E. R.; MANFROI, W. C. Qualidade de Vida em Cardiologia. **Rev HCPA**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 49-53, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, v. 28, p. 551-558, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Artigo 1

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS EM QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DO MÉTODO

CROSS-CULTURAL ADAPTATION IN QUALITY OF LIFE INSTRUMENT: SYSTEMATIC REVIEW METHOD

RESUMO

Introdução: A adaptação transcultural de um instrumento de qualidade de vida requer um único método para que todas as equivalências possam ser obtidas.

Objetivo: Descrever o processo de adaptação transcultural em estudos de qualidade de vida. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, sendo que, como estratégia de busca, foi realizada a associação entre os seguintes descritores:

adaptação transcultural, qualidade de vida, questionário; adaptação transcultural, qualidade de vida, instrumento; instrumento, validação, qualidade de vida; questionário, validação, qualidade de vida. **Resultados e discussão:** Após seguir as etapas metodológicas, foram incluídos 17 artigos na revisão. O referencial mais utilizado nos artigos foi o de Guillemin (1993), seguido de Beaton (2000) e de Herdman (1998) ressaltando que dois artigos não apresentaram referencial teórico detalhado. As propriedades psicométricas não foram realizadas em todos os estudos, sendo os testes alfa de Cronbach, ICC, correlação de Spearman e Pearson os mais utilizados. Nos quatro, os estudos em que não foram realizados os instrumentos foram considerados pelos seus autores validados. **Considerações**

Finais: Cada etapa da adaptação transcultural precisa ser devidamente respeitada e todos os aspectos e quesitos precisam ser cumpridos, já que uma etapa não realizada, um critério não cumprido ou um processo em desacordo pode fragilizar todo o processo, comprometendo a eficácia do instrumento.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Estudos de validação. Questionário. Revisão.

ABSTRACT

Introduction: Cross-cultural adaptation of an instrument of quality of life requires a single method for all equivalences can be obtained. **Objective:** To describe the

adaptation process in studies of quality of life. **Methodology:** This is an integrative review. As the search strategy was making the association between the following descriptors: Transcultural adaptation, quality of life, questionnaire, cultural adaptation, quality of life instrument, instrument, validation, quality of life, questionnaire, validation, quality of life. **Results and discussion:** After following methodological steps were 17 articles included in the review. The benchmark used in most articles was that of Guillemin (1993), followed by Beaton (2000) and Herdman (1998) and two articles did not present detailed theoretical. Psychometrics was not performed in all studies, and tests alpha cronbach, ICC, orrelação Spearman and Pearson tests most commonly used in the four studies was not performed, the instruments were considered by their authors validated. **Conclusion:** Every stage of cultural adaptation needs to be properly respected and all aspects and questions need to be met. One step is not performed, a criterion not met or a process in disagreement can undermine the whole process, compromising the effectiveness of the instrument.

Keywords: Qualityoflife. Validationstudies. Questionnaire. Review.

INTRODUÇÃO

A Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e, no que concerne à saúde, pressupõe uma síntese da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.¹Esse conceito é relativamente recente e decorre, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as práticas na área da saúde nas últimas décadas.

No plano conceitual, dois termos destacam-se: a subjetividade, que considera como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV, e a multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o constructo é formado por diferentes dimensões².

Um grande número de estudos tem se dedicado ao desenvolvimento de instrumentos para avaliar a QV ao longo dos anos³, já que, apesar de ser uma

concepção do indivíduo, cada vez mais se torna interessante a sua quantificação, uma vez que essa pode ser entendida como um indicador de saúde, que faz inferência direta sobre a concepção de saúde e doença do ser^{1,4}.

Os instrumentos de QV são classificados em dois grupos, quais sejam, específicos e inespecíficos, também denominados instrumentos gerais. Vale ressaltar que, na Saúde Coletiva, a utilização de instrumentos específicos tem sido bastante discutida, pois se entende que cada processo perturbador da saúde acarreta alterações e percepções diferentes aos indivíduos³.

Torna-se, portanto, um grande desafio haver instrumentos capazes de avaliar tais condições e gerar informações nas diversas situações de saúde/doença. Porém, a construção de um novo instrumento não é uma opção muito adequada para resolução desse problema, posto que envolva um processo longo para a conceptualização da medida e da seleção dos itens⁵. Sendo assim, a opção menos dispendiosa, porém desafiadora, é a utilização de instrumentos construídos em outras culturas/países. Contudo, para que isso seja possível, é necessário que esse instrumento passe por um processo de adaptação transcultural, levando-se em conta que a percepção sobre saúde e o enfrentamento diante de disfunções orgânicas variam de acordo com a cultura e o ambiente em que o indivíduo está inserido^{6,7}.

A adaptação transcultural de um instrumento de QV requer um único método para que todas as equivalências possam ser obtidas. Para tal, os itens não devem apenas ser traduzidos satisfatoriamente no aspecto linguístico, mas também devem ser adaptados culturalmente para que se mantenha a validade. O termo "adaptação transcultural" é o mais recomendável para caracterizar esse procedimento, uma vez que abrange um processo que analisa tanto a linguagem (tradução) quanto as questões culturais e idiomáticas nessa técnica que objetiva verificar as equivalências necessárias do questionário para uso em outro ambiente⁶.

O objetivo deste artigo é, portanto, descrever como está sendo realizado o processo de adaptação transcultural de instrumentos de qualidade de vida, fazendo uma

inferência direta aos referenciais teóricos, com o intuito de poder elucidar um processo sintetizado para nortear novos estudos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada em julho de 2013, para qual se utilizou a biblioteca virtual em saúde (BVS), por meio das bases Medline, Lilacs e Scielo. Para a busca, foram utilizados descritores cadastrados nos Descritores de Assunto em Ciências da Saúde (DECS) da Bireme e de igual forma no Mesh. Na busca, os seguintes descritores, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, foram considerados: adaptação transcultural, qualidade de vida, questionário, instrumento e validação.

Como estratégia de busca, foi realizada a associação entre os descritores da seguinte forma: adaptação transcultural, qualidade de vida, questionário; adaptação transcultural, qualidade de vida, instrumento; instrumento, validação, qualidade de vida; questionário, validação, qualidade de vida. Totalizando quatro mecanismos de busca.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos que abordassem o processo de adaptação transcultural e avaliação de propriedade psicométrica, publicados entre janeiro de 2000 e abril de 2013, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Foram excluídos, assim, teses, dissertações, monografias e artigos de revisão com temática diferente da proposta ou que não contemplassem os critérios de inclusão estabelecidos.

A busca e a seleção foram feitas de maneira independente por dois pesquisadores com titulação de pós-graduação e maturidade científica. A busca dos artigos nas bases de dados ocorreu no mesmo dia e horário, sendo utilizado o mesmo programa de internet. Quando houve discordância sobre a inclusão de determinado artigo, foi organizada uma discussão acerca do trabalho, com base nos critérios definidos, até se chegar ao consenso da inclusão ou exclusão do mesmo.

Ao realizar a busca, foi obtido, após discussões entre os pesquisadores, um total de 402 artigos. A próxima etapa foi, por conseguinte, a leitura do título dos artigos e a análise da presença de um dos descritores no texto, o que garantiu a permanência de 108 artigos do montante. Seguiu-se, pois, para leitura dos resumos, a fim de se verificar se o processo metodológico estava correlacionado com a adaptação transcultural, o que garantiu a permanência 27 resumos.

Posteriormente, efetuou-se a leitura na íntegra desses artigos, para identificar se os trabalhos abordavam a temática de interesse. Após leitura dos estudos, foram excluídos 10 artigos, devido ao enfoque que não privilegiava a temática, totalizando nessa revisão 17 artigos.

Por fim, realizou-se a análise dos estudos a partir de informações relevantes que foram compiladas e analisadas, com intuito de sugerir uma proposta metodológica para realização de adaptação transcultural em instrumentos que tratem de avaliação da qualidade de vida. Para tal foi focado o referencial teórico citado e sua aplicabilidade no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a busca e a seleção dos artigos, permaneceu na revisão um total de 17 artigos, sendo que aproximadamente 29% dos artigos estavam disponíveis apenas na língua inglesa, dois artigos em espanhol e o restante de 10 artigos disponíveis em língua portuguesa brasileira e inglesa.

Como já pré-determinado na seleção, todos os artigos abordam o processo de adaptação transcultural, destacando todos os processos de equivalência recomendados, quais sejam, semântica, cultural, idiomática e conceitual. Esses modelos de estudo apresentam uma metodologia bem detalhada e trabalhada, já que tratam de estudos metodológicos e, como tal, precisam seguir um referencial teórico bem detalhado para que se obtenha sucesso no processo de adaptação.

Porém, apesar da necessidade de se ter um referencial teórico bem detalhado para tais estudos, dois dos artigos não discutem e nem apresentam tal referencial, sendo que apenas um esboça em sua metodologia o processo de adaptação; um terceiro artigo ainda apresenta o processo de adaptação do instrumento, porém, sua metodologia foi pautada em um modelo discutido com os autores do instrumento, não se amparando diretamente em um referencial teórico.

O referencial mais utilizado nos artigos foi o de Guillemin⁸ e Beaton⁶, modelo teórico apresentado a partir de uma revisão, sugerindo um Guidelines para adaptação transcultural de instrumentos que mensuram a qualidade de vida, publicado em 1993. Esse foi seguido do referencial de Beaton⁶, que também sugere um guia para adaptação transcultural, sendo publicado em 2000. Na realidade, os dois referenciais teóricos citados apresentam os autores como parceiros de estudos e colaboradores entre si. Assim, a publicação de Beaton⁶ veio reforçar e atualizar alguns dados propostos por Guillemin⁸.

Esses estudos^{6,8} apresentam modelo teórico a fim de propor a adaptação por meio de equivalências: Semântica, Idiomática, Conceitual e Cultural ou Experimental. Um dos processos extremamente discutidos nesse modelo é a Tradução. É proposto que essa ocorra em cinco fases. Em um primeiro momento a **tradução** deve ser realizada pelo menos por dois tradutores, nativos na língua para qual se deseja adaptar o instrumento, mas que sejam fluentes na língua original do mesmo. O recomendado é que um desses tradutores tenha ciência do estudo e outro seja leigo, pois dessa forma é garantida uma tradução literal sem um possível viés. Dessa forma se obtém duas traduções (T1 e T2), precisando essas passar por um processo de **síntese**, para que haja uma unificação, alcançando a versão T12. Tal processo de síntese deve ser realizado entre os pesquisadores e tradutores, posto que as discrepâncias precisam ser discutidas até se alcançar um consenso.

A etapa três trata-se da "**back-translation**", no qual a versão em português é re traduzida para o inglês. Esse processo deve ser realizado por dois tradutores que sejam nativos da língua original do instrumento, mas que possuam fluência no idioma a que se deseja adaptar o instrumento. Ao fim, teremos, então, duas traduções em inglês. A próxima etapa é a revisão de todos esses procedimentos por

um **comitê de especialista** ou experts. Nesse grupo deve haver profissionais bilíngues e representantes de diversas áreas de atuação.

Por fim, a quinta etapa trata-se do **pré-teste**. Nesse momento, o instrumento, que foi modificado e aprovado pelo comitê, deve ser aplicado a um grupo de pessoas. O objetivo dessa etapa é observar a compreensão do instrumento na população, logo se recomenda que seja utilizado um grupo de 30 a 40 pessoas, mas esse número pode variar de acordo com o grupo a ser estudado.

Baseado no modelo proposto pelos autores Guillemin e Beaton⁸ e seus colaboradores, os artigos utilizaram tais referenciais teóricos foram analisados a fim de observar a aplicação do método proposto. O Quadro 1 apresenta as informações mais importantes do processo de adaptação transcultural.

Quadro 1 - Etapas de equivalência verificadas nos artigos que utilizaram a metodologia de Guillemin e Beaton

Instrumento	Ano da adaptação	Nº de tradutores	Tradutores conscientes do objetivo do estudo	Síntese	Nº de retradutores	Retradutores conscientes do objetivo do estudo	Nº de integrantes no comitê expert	Nº de participantes do pré-teste
QOLI-89	2008	2	Sim	Sim	2	Não	*	21
AQUAREI	2006	3	*	Sim	2	*	6	23
MINICHAL	2008	2	Sim	Sim	1	Não	3	20
DQOL-Brasil	2008	2	Sim	Sim	1	Não	*	**
KIDSCREEN-52	2011	2	Sim	Sim	2	*	9	77
EHP-30	2008	2	Sim	Sim	1	Não	**	9
HAT-Qol	2009	2	*	Sim	2	*	*	10
KDQOL-SF	2003	*	Sim	**	2	*	*	**
VEINES/QOL-Sym	2011	2	*	Sim	2	*	*	30
EORT	2009	2	Sim	Sim	1	Não	Não	20
KIDSCREEN-52	2009	1	*	Sim	1	Não	*	*
HAT-QOL	2011	2	Apenas 1	Sim	2	Não	*	10

Fonte: O autor (2013).

*Realizou a etapa, mas não detalhou no artigo.

**Não foi possível inferir se realizou essa etapa.

Em todos os estudos seguidores desse método foi usado o termo de adaptação transcultural, respeitando as etapas pré-estabelecidas, porém, ao longo da descrição do artigo, permanecem algumas informações que vão de encontro ao modelo escolhido.

O processo de adaptação transcultural pode ser guiado por várias perspectivas, sendo que uma delas, discutida por Herdman⁹, é a universalista, assumindo uma postura em que há uma diferença conceitual do instrumento em várias culturas e que essas precisam ser lapidadas e trabalhadas a fim de se poderem atingir os objetivos de mensuração. Nesse ponto, Guillemin e Beaton^{6,8} recomendam que no processo de adaptação sejam obtidas várias traduções a fim de se poder analisar as discrepâncias semânticas e idiomáticas contidas.

A primeira etapa do processo, após já se ter escolhido o instrumento e se ter feito uma revisão sobre seus conceitos e objetivos, é a Tradução, para qual é aconselhável à presença de pelo menos dois tradutores.

No que se refere a essa etapa, a maioria dos estudos apresentaram dois tradutores, exceto na validação do KIDSCREEN-52¹⁰, para língua espanhola, para a qual foi apresentado somente um tradutor, e do KDQOL-SF¹¹, a qual, apesar de citar que houve a concretização dessa etapa, não especificou a quantidade de tradutores envolvidos. Todos os estudos seguiram um padrão no qual o tradutor deveria ser nativo da língua em que o instrumento seria adaptado e fluente no idioma de origem. Vale destacar também que na maioria dos estudos todos os tradutores sabiam do objetivo do trabalho e eram da área da saúde, sendo apenas o HAT-QOL¹² traduzido por um tradutor considerado leigo, isso de acordo com o texto apresentado no artigo.

Segundo os autores^{6,8}, é recomendado que o tradutor 1 esteja ciente dos conceitos e objetivos que estão sendo examinados no questionário a ser traduzido, posto que sua tradução visa à equivalência em uma perspectiva mais clínica e pode produzir uma tradução também mais clínica. Já o tradutor 2 não deve estar ciente dos conceitos que estão sendo quantificados e, de preferência, não deve ser da área da saúde, sendo conhecido como tradutor ingênuo, uma vez que por meio dessa tradução é mais provável detectar significados diferentes do original que a do

primeiro tradutor. Isso porque esse tradutor será menos influenciado por sua formação e vai oferecer uma tradução que reflete a linguagem utilizada por essa população, muitas vezes destacando significados ambíguos ou discrepantes.

A etapa 2 foi realizada objetivando a síntese das traduções, de forma que as duas ou mais traduções obtidas foram equiparadas, buscando-se a equivalência entre as mesmas, sendo esse procedimento sempre realizado por um grupo de especialistas, que muitas das vezes incluía os próprios pesquisadores. Destaque para a adaptação do KDQOL-SF¹¹, na qual não fica claro se essa etapa foi realizada.

A próxima etapa é a de retradução, tendo todos os estudos a realizado, a qual garante a análise de que o instrumento traduzido mantém o sentido do instrumento original. Por meio disso, muitos termos podem ser alterados com objetivo de garantir a adequação do sentido do instrumento⁷⁻⁹.

Conforme o Quadro 1, cinco instrumentos só tiveram um tradutor. Porém, o ideal é que a retradução seja realizada por duas pessoas nativas de países que tenham como língua materna o idioma original do instrumento, mas que sejam fluentes no idioma a ser adaptado. Os dois tradutores ainda não devem estar cientes dos conceitos explorados e não devem ter, de preferência, formação na área da saúde^{6,8,9}, uma vez que isso evita viés de informação e extrai significados inesperados dos itens do questionário traduzido, aumentando a probabilidade de se encontrar imperfeições ou discrepâncias idiomáticas.

Apesar de todos os estudos serem conduzidos tendo a inclusão da etapa 3, apenas sete instrumentos deixaram claro em sua redação o perfil dos tradutores. Como já apresentado, é importante que esses sejam "cegos" no que se referem a esse processo e ao objetivo do instrumento, aumentando a sua confiabilidade.

O comitê de expert tem um papel ímpar nesse procedimento, já que é nesse momento que as equivalências são realizadas efetivamente e é feita uma discussão mais profunda em relação ao verdadeiro sentido do instrumento e sua aplicabilidade. Nesse ponto, apenas três artigos apresentaram o número de participantes desse

comitê. Vale ressaltar que para tal não existe um número exato, mas é desejável que se tenha um conjunto de participantes suficientes para aumentar tal discussão⁸.

O papel do comitê de especialistas é consolidar todas as versões do questionário e desenvolver o que seria considerada a versão pré-final do questionário para testes de campo. A comissão, formada por profissionais bilíngues de diversas áreas, como metodologia, línguas e os profissionais de saúde, revê, portanto, todas as traduções e chega a um consenso sobre qualquer discrepância.

Em sete estudos é discutida no texto a formação do comitê, mas não fica clara qual foi a real composição desse. Apesar de na validação do EHP-30¹³ e do EORT¹⁴ não ser possível inferir se o comitê foi realizado, é necessário que seja feita tal discussão no estudo, uma vez que tal etapa tem um valor importantíssimo e a composição adequada do comitê é imprescindível para a adaptação transcultural.

Após a versão ser aprovada pelo comitê, o que temos é a versão pré-final. Para concluir esse primeiro processo se orienta, então, a realização do pré-teste. Porém, nessa etapa o objetivo não é caracterizar a população no sentido de expor os resultados do instrumento ou realizar psicometria, mas sim observar a aplicabilidade do instrumento no grupo alvo e seu entendimento, pois dessa forma realmente o instrumento terá sua adaptação exequível.

Beaton⁶ recomenda que se use um grupo de 30 a 40 pessoas, mas na realidade não existe um padrão estabelecido e nem é necessário o cálculo amostral, já que o objetivo é realmente aplicar o instrumento para captar a percepção dos questionamentos pelos participantes. Nove instrumentos foram validados utilizando o grupo pré-teste, sendo esse informado no artigo, variando de nove a 77 participantes. Contudo, a validação do KIDSCREEN-52¹⁵, em 2009, apesar de informar que realizou essa etapa, não deixou claro o seu total de participantes. Já na validação do DQOL-Brasil¹⁶ e do KDQOL-SF¹¹, não foi informado como foi realizado o pré-teste e nem se esse foi feito junto com a amostra para análise psicométrica.

O P-CPQ¹⁷ denominou o processo de tradução e adaptação transcultural, no qual em um primeiro momento o instrumento foi traduzido por dois tradutores, sendo

apenas um nativo na língua para qual se desejava adaptar o instrumento, não ficando claro o conhecimento do estudo. Essa versão foi analisada e discutida por um grupo de 5 profissionais e depois aplicada em um grupo teste composto por 20 pacientes. Após essa etapa, o instrumento foi retraduzido para língua de origem e apreciado por um grupo de avaliadores, profissionais da área de aplicabilidade do estudo, seguindo depois para a avaliação da mensuração.

O HRQL¹⁸ também passou por um processo denominado de adaptação transcultural, seguindo o referencial de Herdman⁹. Em um primeiro momento foi feita a discussão de métodos de avaliação em equivalência, sendo o próximo passo a busca da equivalência semântica, com o instrumento sendo traduzido por três pesquisadores. Posteriormente, tudo foi consolidado por um grupo de pesquisadores em uma versão única, sendo essa retraduzida para o idioma de origem por apenas um tradutor nativo na língua de origem. Logo após, todas as discrepâncias e discussões foram realizadas até se propor a versão final, seguindo assim para equivalência de mensuração.

A validação dos instrumentos QOL-AD¹⁹, VSP-A²⁰, PFI²¹, apesar de não citar o amparo metodológico, seguiu etapas que caracterizam uma preocupação em realizar todo o processo para alcançar a versão adaptada, seguindo etapas de traduções, retraduições, comitês e testes, buscando as equivalências necessárias. Vale ressaltar que esses artigos trazem em suas referências autores que consagram tal metodologia, mas não fica claro no texto a sua forma de utilização.

Herdman⁹, apesar de não detalhar cada etapa do processo de adaptação transcultural, reforça a necessidade de se ter um modelo universal para validação de instrumentos de qualidade de vida. É reforçada em seu estudo também a necessidade de se alcançar as equivalências de item, de semântica, operacional e de mensuração.

Já Guillemin e colaboradores⁸ apontam que há uma controvérsia em relação à verificação das propriedades de medidas do instrumento, uma vez que, se o processo de tradução e equivalências for realizado de maneira adequada, o instrumento mantém a psicometria, mas em contraposição afirma também que o

instrumento adaptado é considerado um novo instrumento e precisa ter suas psicométricas avaliadas. Logo, entende-se que a equivalência de mensuração inclui a avaliação dessas informações e consiste em uma etapa a ser incluída no processo²².

No processo de adaptação transcultural dos instrumentos EORT¹⁴, KIDSCREEN¹⁵, QOLIE-89²³ e VSP-A²⁰ não foi realizado nenhum tipo de teste psicométrico ou que avaliasse a psicométrica, dessa forma a equivalência de mensuração não foi priorizada. Como já discutido anteriormente, existe uma corrente que propõe que uma vez alcançada as outras equivalências, a de mensuração é dada por consequente²².

Não há um consenso entre os estudos acerca da psicométrica a ser utilizada, o necessário é que a confiabilidade, a reprodutividade e a validade possam ser avaliadas, para isso os pesquisadores utilizam o amparo da estatística. No Quadro 2, apresentam-se os testes estatísticos utilizados para validação de cada instrumento que inferiu a utilização da equivalência de mensuração.

Quadro 2 - Métodos estatísticos utilizados para obtenção da psicométrica

INSTRUMENTO	TESTES ESTATÍSTICOS
HAT-QOL	Alfa cronbach, ICC*, correlação de Spearman
VEINES-QOL	Alfa cronbach, ICC, correlação de Pearson
QOL-AD	Alfa cronbach, Kappa, correlação de Pearson
HRQL	Alfa cronbach, ICC
PFI	Alfa cronbach, ICC
P-CPQ	Alfa cronbach, ICC
KDQOL-SF	Alfa cronbach, ICC
HAT-QoI	Alfa cronbach, ICC
DQOL	Alfa cronbach, Spearman, Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis
KIDSCREEN-52	Análise fatorial, alfa cronbach
EHP-30	Teste de Kolmogorov-Smirnov, Alfa cronbach, correlação de Spearman e Pearson
MINICHAL	Análise fatorial, t-student, Alfa cronbach
AQUAREL	Alfa cronbach, correlação de Pearson

Fonte: O autor (2013).

*Coeficiente de Correlação Intraclasse

A utilização dos testes estatísticos é justificada desde que se respondam os itens que incluem a avaliação da equivalência. Algumas questões já estão bem consolidadas e são utilizadas rotineiramente nesses tipos de estudos, por exemplo, a consistência interna sendo avaliada pelo alfa de cronbach, a reprodutividade utilizando o Coeficiente de correlação intraclase (ICC) por meio da avaliação inter e intra observador, que é condizente com estatística K, a avaliação de validade com análise fatorial e outras características que são verificadas pela correlação de Pearson e de Sperman. Mas, tão importante quanto a escolha do teste estatístico adequado é a aplicabilidade do instrumento de forma adequada, na população adequada e no momento correto^{3,7-9,22}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adaptação transcultural se mostra uma ferramenta conhecida e utilizada para os instrumentos de qualidade de vida. Porém, sua utilização precisa ser pensada e realizada de maneira a suprir os aspectos metodológicos envolvidos nesse processo.

Apesar de existirem na literatura referenciais metodológicos bem delimitados, muitos estudos não seguem as etapas propostas, podendo dessa forma, estar cometendo alguns erros na adaptação transcultural. Por isso, cada etapa precisa ser devidamente respeitada e todos os aspectos e quesitos precisam ser cumpridos, posto que uma etapa não realizada, um critério não cumprido ou um processo em desacordo pode fragilizar todo o processo, comprometendo a eficácia do instrumento.

A psicometria é uma ferramenta importante para avaliação do novo instrumento adaptado para uma nova cultura, mas para proceder com o processo de equivalência de mensuração, é imprescindível que todas as demais equivalências tenham sido também alcançadas.

O processo de adaptação transcultural precisa ser devidamente planejado, sendo que o primeiro passo é buscar se em literatura nacional existe um instrumento

específico e sensível para o fenômeno que se quer avaliar. Caso não haja, devem-se traçar os objetivos que se quer alcançar, tendo discernimento na escolha do instrumento a ser validado, do método a ser utilizado e da psicometria a ser adotada para efetividade do processo.

REFERÊNCIAS

- 1 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 1 (7): 7-18.
- 2 Seidl EMF, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Publica*. v. 20, n. 2, 580-8.
- 3 landeiro, GMB; Pedrozo, CCR; Gomes, MJ and Oliveira, ERAO. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2011, vol.16, n.10, pp. 4257-4266.
- 4 Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta paul. enferm*. 2010; 23 (2): 163-168.
- 5 Azevedo, A M et al. Adaptação transcultural do instrumento para avaliação da qualidade de vida "Quality of Life in Epilepsy-89 (QOLIE-89)" para o Brasil. *J. epilepsy clin. neurophysiol. [online]*. 2008, vol.14, n.1, pp. 39-43.
- 6 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000; 25(24): 3186-91.
- 7 Ferraz MB. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? *J Rheumatol*. 1997; 11: 2066-8.
- 8 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural adaptation of Health-Related Quality of Life Measures. Literature Review and Proposed Guidelines. *J ClinEpidemiol*. 1993; 46: 1417-32.
- 9 Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7:323-35.
- 10 Guedes, Dartagnan Pinto and Guedes, Joana Elisabete R. P. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the KIDSCREEN-52 for the Brazilian population. *Rev. paul. pediatr. [online]*. 2011, vol.29, n.3, pp. 364-371.

- 11 Duarte OS, Miyazaki, MCOS, CICONELLI, RM and Sessor R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). Rev. Assoc. Med Bras. [online]. 2003, vol.49, n.4, pp. 375-381.
- 12 Holmes WC, Shea JA. A new HIV/AIDS-target quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. MedCare 1998; 36:138-54.
- 13 Mengarda, Cláudia Vieira et al. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2008, vol.30, n.8, pp. 384-392.
- 14 Sánchez R, Venegas M, Otero J, Sánchez O. Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2009;13:205-12.
- 15 Berra S. et al. Adaptación transcultural del cuestionario IDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. Arch Argent Pediatr 2009;107(4):307-314.
- 16 Correr CJ et al. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2008, vol.52, n.3, pp. 515-522.
- 17 Goursand D et al. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life. Braz. Dent. J. [online]. 2009, vol.20, n.2, pp. 169-174.
- 18 Costa L, Scarlazzari L, Maria RDO, Hearst N and Marques HHS. Health Related Quality of Life Assessment questionnaire for children aged 5 to 11 years with HIV/AIDS: cross-cultural adaptation for the Portuguese language. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.7, pp. 1445-1449.
- 19 Novelli, Marcia Maria Pires Camargo; ROVERE, Heloisa Helena Dal; NITRINI, Ricardo and CARAMELLI, Paulo. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. Arq. Neuro-Psiquiatr. [online]. 2005, vol.63, n.2a, pp. 201-206.
- 20 Aires, Mariana Tschoepke and WERNECK, Guilherme Loureiro. Equivalências semântica e de itens da edição em português do Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent: questionário de avaliação da qualidade de vida do adolescente. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.10, pp. 1993-2001.
- 21 Boza, Juliana Catucci et al. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the psoriasis family index. An. Bras. Dermatol. [online]. 2013, vol.88, n.3, pp. 482-484.
- 22 Wild D, Grove A, Martin M, et al. ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR

Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health 2005;8(2):94-104.

- 23 Azevedo, Auro Mauro et al. Adaptação transcultural do instrumento para avaliação da qualidade de vida "Quality of Life in Epilepsy-89 (QOLIE-89)" para o Brasil. J. epilepsyclin. neurophysiol. [online]. 2008, vol.14, n.1, pp. 39-43.

APÊNDICE B – ARTIGO 2

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MYOCARDIAL INFARCTION DIMENSIONAL ASSESSMENT SCALE (MIDAS) PARA LÍNGUA PORTUGUESA BRASILEIRA

CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF DIMENSIONAL MYOCARDIAL INFARCTION ASSESSMENT SCALE (MIDAS) FOR BRAZILIAN PORTUGUESE LANGUAGE

Bruno Henrique Fiorin: Enfermeiro, Mestrando em Saúde Coletiva

Elizabete Regina Araújo de Oliveira: Enfermeira, Pós doutora em Epidemiologia

RESUMO

A partir da avaliação dos mecanismos que incidem negativamente na qualidade de vida (QV), é possível o planejamento de intervenções que possam proporcionar a melhoria do bem estar do paciente. Para melhorar esse processo de avaliação da QV nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento Miocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), utilizando o referencial teórico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), versando da língua inglesa britânica para língua portuguesa brasileira. A adaptação do MIDAS foi realizada cumprindo as seguintes etapas: tradução, retradução, avaliação dos autores, banca de juízes e pré-teste, com as quais se almejou as equivalências semântica, conceitual, idiomática e cultural. A escala mostrou-se de fácil aplicação e de importância clínica. Porém, necessita-se ainda avaliar as propriedades psicométricas.

Palavras chaves: Qualidade de vida. Estudos de validação. Questionário.

ABSTRACT

From the review of the mechanisms that adversely affect the quality of life (QOL), you can plan interventions that can provide improved patient well being. To improve this process of assessment of QOL in patients with Acute Myocardial Infarction, the cross-cultural adaptation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) was performed using the theoretical framework of Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), dealing with the British English language to Portuguese Brazilian. The adaptation of MIDAS was performed in compliance with the following steps: translation, back translation, review authors, panel of judges and pre-test, with which they craved the semantic, conceptual, and cultural idiomatic equivalences. The scale is easily applied and clinical importance. However, it requires further evaluate the psychometric properties.

Keywords: Quality of life. Validation studies. Questionnaire.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é um tema a de grande importância para a saúde coletiva, principalmente por envolver aspectos inerentes ao indivíduo e considerar a percepção da pessoa acerca do o seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida. Portanto, faz-se necessária uma avaliação mais pontual acerca do estado de saúde dos indivíduos, inserindo a qualidade de vida como indicador de eficácia e de avaliação das intervenções, e não somente os dados estatísticos da efetividade de uma técnica ou intervenção em específico (DANTAS *et al.*, 2010; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A melhoria da qualidade e do estilo de vida passou a ser um dos resultados esperados tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas para o setor da promoção de saúde e prevenção de doenças (GÓIS; DANTAS; TORRATI, 2009). A partir da avaliação dos mecanismos que incidem negativamente na qualidade de vida, é possível o planejamento de intervenções que possam proporcionar a melhoria do bem-estar do paciente (NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2007).

Demonstra-se, dessa forma a necessidade de se utilizar instrumentos que mensurem e quantifiquem essas características para melhor compreensão do impacto da doença e do efeito do tratamento em todas as dimensões que circundam o processo saúde-doença (THOMPSON; YU, 2003).

Os instrumentos de qualidade de vida ao paciente infartado possuem o objetivo de avaliar o efeito da patologia sobre o indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções e os desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, no planejamento e na avaliação de determinados tipos de tratamentos (LEAL *et al.*, 2005). Assim, o valor real dos instrumentos é mostrar as mudanças significativas que possam ser representadas não somente estatisticamente, mas também clinicamente.

Tais mecanismos podem ser divididos em genéricos e específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos feitos, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais, e saúde mental. Geralmente são aplicados na população geral, em sua diversidade cultural e social, não sendo influenciados pela doença envolvida (AGUIAR *et al.*, 2008). Já os instrumentos específicos, apesar de também avaliarem diversos fatores, preservando a multidimensionalidade que perpassa a QV, têm como foco principal os fatores limitantes e as características específicas que a patologia ocasiona no dia-a-dia do paciente. (LEAL *et al.*, 2005; AGUIAR *et al.*, 2008).

Vários estudos propõem a realização da adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa, porém não existe um consenso acerca de qual amparo metodológico utilizar como guia e de qual o modo mais adequado para realização desse processo, uma vez que se trata de uma metodologia explorada por vários autores. Outro ponto importante é que, em alguns casos, não é possível a concretização de todas as etapas do processo devido a peculiaridades do delineamento. (BEATON, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993); WILD *et al.*, 2005; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

O instrumento uma vez adaptado estará apto a ser utilizado em uma população específica, porém, deve ser apreciado por profissionais interessados, já que o aperfeiçoamento do instrumento adaptado depende de discussões e críticas contínuas entre os profissionais e a população participante, para que seja alcançado a sua eficácia, ou seja, apresente sensibilidade e especificidade ao que se deseja avaliar (FERRAZ, 1997; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Em revisão sistemática com metanálise, Silva *et al.* (2011), cujo objetivo principal era identificar instrumentos traduzidos para o português que foram utilizados para mensurar a QV de pacientes com síndrome coronariana aguda, utilizaram mais amplamente os seguintes questionários de qualidade de vida: SF-36, Mac New, WHOQOL, Seattle, IPQ e NHP. Desses, somente o Mac New é específico para pacientes infartados. Esse estudo faz uma síntese dos estudos feitos com instrumentos para avaliação de QV que foram traduzidos para o português, apresentando falhas nos métodos de validação e tornando claro que informações quanto à evolução da qualidade de vida em pacientes brasileiros ou portugueses que sofrem um evento coronariano agudo ainda são necessárias. Nesse estudo, houve um aumento significativo nos escores de qualidade de vida de 0,55 ponto para o questionário de Mac New e de 5,8 pontos para o questionário SF-36.

A versão original do QLMI Mac New foi projetada para avaliar a eficácia de um programa de reabilitação para pacientes após os problemas cardíacos, tendo sua eficácia e maior sensibilidade no processo após o evento cardiovascular (THOMPSON; JUNIPER; HELTZER, 2000; ALCÂNTARA, 2006). Essa característica não é comum no Brasil, pois não possuímos programas de reabilitação que consigam dar cobertura a toda população (MENDES, 2011). O Mac New é um instrumento autoaplicável, projetado para avaliar o efeito da doença cardíaca coronária durante o tratamento, desde a angina até o enfarte, abrangendo a capacidade do paciente para as atividades cotidianas, físicas, emocionais e seu funcionamento social. Ele é composto por 27 itens agrupados em três dimensões: as limitações físicas, o funcionamento emocional e o funcionamento social (OLDRIDGE *et al.*, 1999).

Diante desse cenário, propõem-se a adaptação transcultural do Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) para língua portuguesa brasileira, o qual proporciona uma análise holística dos resultados do tratamento e não se concentra apenas no componente físico. Ele foi criado no Reino Unido para preencher as lacunas dos outros instrumentos (THOMPSON *et al.*, 2002), sendo comumente usado hoje em dia. É um questionário auto administrado, que abrange sete dimensões relacionadas com o estado de saúde, quais sejam, atividade física, insegurança, reação emocional, dependência, dieta, medicamentos e preocupações com efeitos colaterais. O MIDAS demonstra validade excelente, conteúdo, validade de critério com boa consistência interna e sensibilidade à mudança, sendo o mais indicado para avaliar a qualidade de vida após infarto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa, com o intuito de adaptar o instrumento de qualidade de vida para o Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS), para que esse possa ser aplicado em nossos ambientes de saúde.

Para realização da tradução e adaptação transcultural do instrumento, seguir-se-ão as orientações propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Após obter a autorização do autor original do instrumento, esse foi encaminhado para dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos possuíam experiência com processos de tradução. O Tradutor 1 (t1) foi considerado o tradutor especialista, pois possuía experiência no manejo de textos na área da saúde, bem como em processo de tradução e na docência de inglês instrumental para área da saúde. Porém, apesar de ser familiarizado com temática, ainda não havia tido contato com o instrumento. O outro tradutor (t2) foi considerado leigo, uma vez que faz traduções de maneira geral, porém não possuía conhecimento instrumental na língua inglesa voltado para o campo da saúde. Ambos possuíam proficiência em língua inglesa e desenvolviam trabalhos de versões de artigos e materiais científicos do inglês para o português e vice-versa, e estavam cientes dos objetivos do estudo.

As versões traduzidas foram comparadas pelo pesquisador e sua orientadora, e o índice de concordância entre as traduções foi de 90%. Os itens traduzidos de forma diferente foram discutidos para alcance de um consenso entre os tradutores e pesquisadores, obtendo-se assim a versão inicial traduzida do MIDAS- T12.

A tradução reversa ou retro tradução para língua de origem foi realizada por outros dois tradutores, também de maneira independente. Esses eram naturais de países de língua inglesa e possuíam proficiência em língua portuguesa. Ambos possuíam vasta experiência em traduções, uma vez que prestavam serviços para empresas de traduções. Vale destacar aqui que os tradutores receberam apenas a T12 e o mesmo processo de comparação dos dados foi realizado pelos pesquisadores.

Essa é uma das etapas de validação do instrumento, a qual verifica se a versão obtida reflete o mesmo conteúdo da versão original, permitindo verificar as inconsistências e os erros conceituais cometidos durante as traduções. Assim, após a avaliação pelos pesquisadores, obteve-se uma versão unificada. Essa versão final foi submetida à apreciação dos autores do instrumento, para devida apreciação da conservação do sentido original do instrumento. Após a avaliação dos autores, foram realizadas as alterações necessárias na versão T12 para preservação do sentido, obtendo-se assim a versão final do processo de tradução da T12.

Após consolidar as versões e ter o parecer favorável dos autores do instrumento, o instrumento e suas versões, obtidas nos processos de tradução, foram avaliados por um grupo de juízes, composto por pessoas da área da saúde, com experiência na área de pesquisa, os quais tinham fluência na língua original do instrumento. Os juízes tiveram a incumbência de julgar individualmente e avaliar as equivalências semânticas e idiomáticas, e as equivalências culturais e conceituais do instrumento, orientados para que, caso discordassem da tradução, sugerissem mudanças ou mesmo a exclusão do item.

Foram aceitos como equivalentes os itens que obtiveram 80% de concordância entre os juízes. Os itens com um índice de concordância menor seriam modificados de acordo com as sugestões propostas pelos juízes. Para isso foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC) utilizado nos instrumentos de avaliação da equivalência

semântica, conceitual, cultural e idiomática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990). Para avaliar a relevância e representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4= item relevante ou representativo.

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” deveriam ser revisados ou eliminados, baseando-se nas sugestões do comitê. Dessa forma, o IVC foi definido como a proporção de itens que receberam uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes.

O pré-teste constituiu a última etapa do processo de tradução e adaptação cultural. Nesse ponto, a versão final do instrumento foi submetida a um pré-teste para análise da compreensibilidade dos itens. Participaram dessa etapa 20 pacientes que faziam acompanhamento a nível ambulatorial no Hospital das Clínicas Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Para analisar a compreensibilidade da escala traduzida e adaptada foi utilizada a técnica da prova, na qual, após a leitura de cada pergunta, o pesquisador irá arguir o entrevistado para que esse explique o questionamento, buscando assim a validade de face do instrumento, ou seja, uma avaliação subjetiva por aqueles que utilizam a escala a fim de verificar a consistência na mensuração do fenômeno que se propõe (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A partir desses resultados, obteve-se a versão traduzida do MIDAS para sua versão em português brasileiro, a qual se encontra em anexo.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo com o nº 191425/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a autorização dos autores e responsáveis pelo desenvolvimento do MIDAS, iniciou-se o processo de adaptação transcultural do mesmo, buscando-se por meio das etapas apontadas pelo referencial teórico de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) encontrar as equivalências necessárias para sua aplicabilidade em nossa cultura.

A primeira etapa buscou a equivalência semântica, sendo essa imprescindível para o estudo. A tradução foi realizada por dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos eram fluentes na língua inglesa, nativos do Brasil e com experiência em tradução. O primeiro tradutor conhecia o objetivo do estudo e era da área da saúde coletiva, sendo professor de inglês instrumental para área médica clínica e saúde coletiva, enquanto o outro desconhecia o objetivo do estudo e não possuía experiência em tradução de textos biomédicos. Nesse processo foram obtidas duas traduções, a T1 e a T2, e ambas foram avaliadas por dois pesquisadores e um professor de inglês (equipe de unificação), a fim de comparar as traduções, unificando-as em uma única denominada T12. Vale destacar que essa é a primeira versão em português do instrumento.

Ao comparar as duas traduções, houve concordância em mais de 90% dos termos traduzidos e os termos que estavam em discordância ou com traduções diferentes foram julgados pela equipe de unificação. Assim, como não houve grandes discrepâncias entre as traduções, os tradutores não foram contatados para discussão dos termos. Discrepâncias aqui seriam considerados os termos traduzidos que apresentassem sentidos totalmente diferentes ou destoantes em relação ao estudo.

Os termos/sentenças que tiveram traduções diferentes entre o T1 e T2 foram discutidos entre os pesquisadores e o quadro “Termos que foram discutidos pela equipe de unificação no processo de Tradução do Midas” destaca os termos que foram considerados pela equipe de unificação.

Quadro 1: Termos que foram discutidos pela equipe de unificação no processo de Tradução do Midas.

TERMO ORIGINAL (MIDAS)	TRADUÇÃO PELO TRADUTOR 1	TRADUÇÃO PELO TRADUTOR 2	TERMO ESCOLHIDO PELA EQUIPE DE UNIFICAÇÃO
Dimensional	Dimensional	Multidimensional	Multidimensional
Howoften	Quantas vezes	Com que frequência	Com que frequência
Housework	Tarefas domésticas	Limpar a casa	Tarefas domésticas
Feltsloweddown	Sentiu-se devagar	Sentiu-se fazendo suas atividades de maneira lenta	Sentiu-se desanimado
Felt you have a reduced social life	Sentiu que você tem uma vida social reduzida	Diminui seu ritmo de vida social	Sentiu que diminui seu ritmo de vida social
Feltanxiousabouttravelling	Sentiu-se ansioso em viajar	Sentiu ansiedade com relação a qualquer probabilidade de viajar	Sentiu-se ansioso em viajar
Feltanxiousaboutdying	Sentiu-se ansioso sobre morrer	Teve pensamentos sobre morte	Sentiu-se ansioso em relação à morte
Felt your family or friends are over protective	Sentiu que sua família ou amigos estão mais proteção	Achou que sua família e seus amigos se preocupavam demais	Percebeu que sua família ou amigos estão lhe superprotegendo
Felt you have to rely on others	Sentiu que você precisa confiar em outras pessoas	Sentiu-se dependentes dos outros	Sentiu que você tem que confiar em outras pessoas
Tablets	Comprimidos	Remédio	Remédio
Experienced	Experimentou	Sentiu	Experimentou

Fonte: O autor (2013).

Em meio ao processo de consolidação da T1 e da T2, alguns aspectos foram discutidos para uniformidade do instrumento. As perguntas que subsequências do instrumento começam em letra minúscula, pois se entende que sejam uma continuidade do texto evocativo: "Após seu ataque cardíaco, com que frequência **durante a última semana** você...". Essa foi uma consideração apontada pelo T1 e que os pesquisadores consideraram válida.

Ao traduzir o termo "Occasionally", em T1 obtivemos "raramente" e em T2 "ocasionalmente", então se optou pelo termo "raramente", pois o primeiro é utilizado de maneira sinônima com o termos "às vezes", que é a tradução de "sometimes".

Posteriormente a T12 foi submetida à "back-translation", ou tradução de volta para língua de origem. Esse processo foi realizado por dois tradutores de maneira independente, sendo que ambos eram nativos de países que utilizam a língua inglesa, porém fluentes na língua portuguesa brasileira, além de possuírem experiência em tradução de textos acadêmicos. Nessa etapa foram produzidas duas traduções, a TR1 e a TR2.

A pedido dos autores, as duas traduções foram unificadas para que os mesmos pudessem realizar a avaliação da concordância nas traduções, com a preservação do sentido e a manutenção do objetivo do instrumento. A equipe de unificação novamente realizou a integração das traduções (TR1 e a TR2), obtendo uma nova versão, a TR12, em língua inglesa. Como não houve discrepâncias entre as traduções, os itens não equivalentes foram apenas julgados pela equipe. A versão TR12 foi, portanto, encaminhada aos autores para avaliação.

Após obter as duas retraduições, essas foram unificadas e encaminhadas aos autores, os quais fizeram algumas considerações que surtiram em alterações na T12. É necessário frisar aqui que o instrumento avalia o último ataque cardíaco, ou seja, as alterações no quadro de saúde referem-se após o último infarto.

Em relação à questão 4, os autores sugeriram detalhar que o sentido de "feltsloweddown" está relacionado ao desânimo em realizar a atividade física em si, pois somente utilizar o termo "desanimado" poderia deixar o entrevistado em dúvida.

O termo "breathless", que foi consolidado como "sem fôlego", tem um sentido mais amplo sendo melhor caracterizado como "falta de ar intensa", uma vez que os autores entendem que o indivíduo pode apresentar a perda do fôlego, mas o sintoma que caracteriza uma alteração na condição de qualidade de vida é a falta de ar intensa.

Outro termo discutido com os autores foi "irritable", o qual literalmente está vinculado à irritação, contudo, os mesmos afirmam que o sentido a ser explorado é um processo emotivo, uma alteração física que seja relacionada com sensibilização dos sentimentos em geral, sendo a melhor tradução algo que expresse a emotividade.

Outro ponto discutido é em relação ao termo "independence" os autores apontam que o sentido desta pergunta é avaliar se ele está mais dependente de outras pessoas, mas não se ele perdeu sua independência, apesar do sentido serem próximos a reescrita favorece o entendimento do entrevistado.

Outro ponto discutido foi em relação ao termo "independence", sendo que os autores apontaram que o sentido dessa pergunta é avaliar se o entrevistado está mais dependente de outras pessoas, mas não se ele perdeu sua independência. Apesar de o sentidos serem próximos, a reescrita favorece o entendimento do entrevistado.

Todas essas considerações foram acatadas e as modificações foram feitas na versão T12, obtendo uma nova versão que foi submetida à banca de juízes. Após esse processo, obtivemos a versão T12a com as modificações solicitadas pelos autores, criadores do instrumento.

Banca de Juízes

Após a avaliação pelos autores, a última versão adaptada foi encaminhada para uma banca de juízes a fim de que fossem verificadas as equivalências semântica, conceitual, cultural e idiomática. A banca de juízes foi constituída por um grupo de multiprofissionais, formado por cinco integrantes, sendo um médico, dois enfermeiros, um psicólogo e um fisioterapeuta. Todos os integrantes eram profissionais atuantes na área da cardiologia, tendo experiência no manejo e acompanhamento do paciente após infarto. O contato com eles foi feito via e-mail e telefone.

A escolha da banca foi realizada de maneira aleatória, buscando-se na plataforma Lattes, profissionais que, além da experiência de campo, também tinham

desenvolvido trabalhos acadêmicos na área da cardiologia, envolvendo de preferência pacientes infartados. Além disso, todos eram mestres, com mais de dois anos de atuação profissional.

Para cada um deles foi enviado o instrumento na sua versão original, a primeira versão traduzida, a versão modificada após avaliação dos autores e o Instrumento para avaliação semântica e idiomática, juntamente com o instrumento para avaliação conceitual e cultural.

Esses instrumentos quantificaram a impressão dos juízes acerca da adaptação do MIDAS. Para isso foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), utilizado nos instrumentos de avaliação da equivalência semântica, conceitual, cultural e idiomática (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TILDEN; NELSON; MAY, 1990), buscando assim a relevância e a representatividade de cada item para que se possa trabalhar em sua reprodutividade.

A maioria dos itens do instrumento foi considerada equivalente, uma vez que o grau de concordância entre os juízes foi superior a 80%, ou seja, a pontuação em relação ao IVC foi de 3 e 4.

Os conceitos de equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual foram trabalhados baseando-se nos direcionamentos propostos por Reichenheim e Moraes (2007) e Herdman (1998).

Dessa forma, a avaliação da equivalência conceitual e cultural consiste na exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios constituintes no local (país, região, cidade) de origem e na população-alvo, com a qual o instrumento será utilizado.

Nesse sentido, a equivalência cultural refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que correspondem a situações vivenciadas em nosso dia-a-dia, enquanto a equivalência conceitual representa a coerência em relação àquilo que se propõe a medir.

Já a avaliação da equivalência semântica e idiomática envolve a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão traduzida, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas, sendo que a equivalência semântica diz respeito à correspondência no significado das palavras, enquanto a idiomática ao uso de expressões que sejam comuns em ambos os países ou que retratem situações compatíveis.

Vale destacar que alguns itens sofreram mudança após a avaliação dos juízes, para proporcionar melhor equivalência, pois não alcançaram a concordância de 80%, como explicado acima.

Em relação ao item da questão cinco "felt with out energy", que havia sido traduzido como "se sentiu sem energia", foi sugerido pelos juízes que esse fosse substituído por "sem forma", por ser culturalmente mais adequado.

Na questão sete, "had chest pain or tightness when doing physical activity", cuja tradução era "teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física", foi sugerida a modificação para "teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer suas atividades diárias".

Ao item 12, em que se questiona "perceived that the ambient temperature caused your pain to worsen", cuja tradução era "percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior", foi sugerido que tentasse melhor o entendimento acerca de como a temperatura ambiental pode afetar a dor. Dessa forma, o item foi modificado para "percebeu que a mudança de temperatura fez com que sua dor piorasse".

No item 15 "feltisolated", foi apresentada a ideia de que o isolamento é um estado muito complexo, assim, como o instrumento aborda questões cotidianas, seria interessante a substituição por um termo mais comum e que pudesse expressar uma situação que anteceda o isolamento, sendo assim esse termo substituído por "sozinho".

Quanto ao item 21 "was concerned or felt anxious or worried about the future", a tradução havia sido "se preocupou ou sentiu ansiedade ou preocupado sobre o

futuro", mas os juízes julgaram que a repetição de palavras poderia trazer confusão ao paciente, com isso houve o seguinte rearranjo: "se preocupou ou sentiu-se ansioso com o futuro".

O item 22 também foi questionado, pois quatro dos cinco juízes não concordaram em a versão original "felt irritable" ter sido traduzida como "sentiu-se emotivo", mas, como foi uma sugestão dos autores, essa modificação de tradução não foi feita, uma vez que a primeira preserva o sentido do instrumento original e se caracteriza por um termo que possui equivalência na língua portuguesa brasileira.

Na questão 28 "felt you have to depend anothers", a tradução traz o termo confiança, porém, 3 membros do comitê julgaram que confiança é algo muito complexo, sendo um estado de muito envolvimento entre as pessoas, e que a tradução deveria expressar mais o sentido de dependência. Assim sendo, a tradução foi "sentiu que precisava mais das outras pessoas".

Após todas essas alterações, obtivemos a versão T12j, a qual foi submetida ao pré-teste.

Pré-Teste

Após a realização da avaliação da banca de juízes, o instrumento foi considerado satisfatório em relação às equivalências apresentadas e foi submetido ao pré-teste, no qual o principal objetivo foi analisar sua aplicabilidade em campo e a compressibilidade diante do público alvo.

O pré-teste foi realizado no ambulatório de cardiologia do HUCAM e, para participar dessa etapa do estudo, os participantes teriam que aceitar participar e deveriam ter sofrido um ataque cardíaco. Para isso, os pacientes foram abordados e questionados acerca de terem sofrido IAM. Caso sim, para confirmação do quadro clínico, após a aplicação do instrumento, esse se consultava no prontuário para confirmar se existia história pregressa de infarto.

No total, participaram dessa etapa do estudo 20 pacientes, sendo 14 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A idade desses variou de 42 a 89 anos e o nível de escolaridade predominante na amostra foi ter estudado menos de 5 anos do Ensino Fundamental, com seis pacientes. Vale destacar que nenhum dos sujeitos da amostra possuía curso superior.

Além do IAM, onze pacientes também eram hipertensos, dois possuíam diabetes, um possuía valvulopatia, outro aterosclerose e outro insuficiência cardíaca.

De acordo com Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), um instrumento adaptado é aquele que pode ser compreendido por uma criança de 12 anos, o que nos faz perceber algo positivo nessa etapa, visto que a mostra, apesar do baixo grau de escolaridade e da característica heterogênea em relação à patologia, não apresentando somente pacientes infartado, se mostrou eficaz, não apresentando qualquer questionamento acerca das questões por parte dos entrevistados. Afinal, como já discutido anteriormente, o MIDAS foi criado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes infartados, mas já esta sendo aplicado em outras condições patológicas de base cardiovascular (THOMPSON; WATSON, 2011).

Para essa etapa do processo foi utilizada a técnica de sondagem, cujo objetivo era, após cada questão, solicitar ao paciente que esse explicasse o que ele havia entendido da pergunta. Além disso, ao terminar todo o questionário, questionava-se ao paciente se, durante a pesquisa, houve alguma dificuldade para responder o instrumento, sendo que, caso houvesse alguma dúvida, era questionado ao paciente em qual palavra ou sentença e se ele teria algo a mudar no instrumento.

Nesse processo, o instrumento foi aplicado em todos os 20 participantes e nenhum desses fizeram qualquer questionamento acerca das questões. Portanto, após cada pergunta, todos os participantes conseguiram sintetizar de maneira satisfatória o sentido de cada item questionado. O tempo médio para responder o questionário foi de 19,15 min.

Cada uma das 35 perguntas que compõem o MIDAS é marcada na mesma direção, com a pontuação aumentando à medida que o estado de saúde relatado torna-se

pior. Assim, todas as questões dispõem de cinco possibilidades de resposta, que denotam desde a ausência de sintomas, caracterizado pela opção "nunca"(pontuando0),até os que representam maior gravidade, pontuando de 1 a 4, nas opções de resposta para cada item (THOMPSON et al., 2002).

Como a função do MIDAS é indicar a extensão dos problemas de saúde em cada domínio avaliado, cada sub-escala é transformada para ter um intervalo de 0 (o melhor estado de saúde como medida no questionário) até 100 (o pior estado de saúde como medida no questionário). Nesse ponto vale destacar que cada sub-escala é calculada como se segue: a pontuação de cada subclasse ou domínio é o total de escores brutos de cada item da escala dividido pelo escore bruto máximo possível, que é 4, multiplicado por 100. E a pontuação total do instrumento pode ser calculada pela soma dos sete domínios, dividindo o somatório por 7.

Os autores sugerem que a falta de dados não é um problema significativo no domínio do MIDAS, pois, apesar de que, inevitavelmente, possam existir ocasiões em que um pequeno número de itens pode não ser preenchido, se, depois de repetidas tentativas de obter dados completos de um indivíduo, uma ou duas perguntas permanecem sem resposta, considera-se razoável para entrar o valor médio que representa todas as suas outras respostas aos itens. Além disso, se os pacientes indicam duas respostas para uma pergunta, a pior resposta (mais grave) é adotada.

Com isso, além das equivalências afirmadas pelos juízes, o MIDAS apresentou validade de face, uma vez que foi de fácil aplicação na população alvo, não havendo dúvida em relação ao sentido dos termos e dificuldades para responder cada item. Assim sendo, o MIDAS encontra-se adaptado transculturalmente para língua portuguesa brasileira. Porém, vale ressaltar que, para sua maior eficácia e acurácia, faz-se necessária a avaliação das propriedades psicométricas, a qual será realizada em um estudo posterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todas as etapas realizadas e os processos metodológicos executados, podemos afirmar que o MIDAS está adaptado culturalmente para ser aplicado na população de língua portuguesa brasileira.

Esse demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação, útil para clínica e de bom entendimento pela população, tendo abrangência de vários domínios que perpassam a qualidade de vida do paciente após o IAM.

Dessa forma, é considerado adequado e adaptado no que se refere às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, porém, faz-se necessário para melhor avaliação e aplicabilidade do instrumento a realização das propriedades psicométricas, que será tema do próximo estudo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de Vida após Infarto Agudo do Miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36**. 2006. 107 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- DANTAS, R. A. S. et al. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 163-168, 2010.
- FERRAZ, M. B. Cross cultural adaptation of questionnaires: what is it and when should it be performed? **J Rheumatol**. v.11, p. 2066-2068, 1997.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, p. 1417-1432, 1993.
- GÓIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto, v. 30, n. 4, p. 700-707, 2009.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**, v. 7, p. 323-335, 1998.
- LEAL, A. et al. Evaluative and discriminative properties of the Portuguese Mac New Heart Disease Health-related Quality of Life questionnaire. **Qual Life Res.**, v. 14, n. 10, p. 2335-2341, 2005.
- MENDES, E. V. As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. In:_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 25-59, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NOGUEIRA, C. R. S. R. et al. Qualidade de Vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. **Arq. Bras. Cardio.**, São Paulo, v. 91, n. 4, p. 238-244, 2008.

NOVATO, T. S.; GROSSI, S. A. A.; KIMURA, M. Instrumento de qualidade de vida para jovens com diabetes (IQVJD). **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 4, p. 512-519, 2007.

OLDRIDGE, N. et al. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. **J Cardiopulm Rehabil**, United Kingdom, v. 19, n. 1, p. 29-34, 1999.

REICHENHEIM, M., E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REZENDE, F. A. C. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

SILVA, S. A. da et al. Quality of life assessment after acute coronary syndrome: systematic review. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 97, n. 6, p. 526-540, 2011.

THOMPSON, A. K.; JUNIPER, E.; MELTZER, E. O. Quality of life in patients with allergic rhinitis. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 85, n. 5, p. 338-348, nov. 2000.

THOMPSON, D. et al. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). **Quality of Life Research**, v. 11, p. 535-543, 2002.

THOMPSON, D. R.; YU, C. M. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. **Health Qual Life Outcomes**, United Kingdom, v. 1, n. 42, 2003.

THOMPSON, D.; WATSON, R. Mokken scaling of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, p.156-159, 2011.

TILDEN, V.P.; NELSON, C.A.; MAY, B.A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

WILD, D. et al. ISPOR Task Force for Translation and cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA CULTURAL E CONCEITUAL

Avaliação da equivalência semântica entre a versão original do MIDAS e a versão traduzida com as modificações dos autores.

Caro juiz,

A lista apresentada corresponde às versões original e traduzida do MIDAS, instrumento que se propõe a mensurar a qualidade de vida do paciente após o infarto agudo do Miocárdio, quantificando a sua percepção após o evento cardíaco, e que foi desenvolvido pelo professor Thompson, discente na Universidade de Oxford. Considerando as diferenças culturais entre nossa população e a que originou o instrumento, estamos com isso realizado a adaptação transcultural e a avaliação de suas propriedades psicométricas, para que ele possa ser utilizado em nossa prática assistencial e também no campo da pesquisa.

Desse modo, solicito sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semânticas e idiomáticas ao uso de termos e frases que sejam comuns em ambos os idiomas.

Nesse ponto, vale destacar que a equivalência cultural refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que correspondem a situações vivenciadas em nosso dia-a-dia, enquanto a equivalência conceitual representa a coerência em relação àquilo que se propõe a medir.

A letra A vai representar o item em sua versão original, enquanto a letra B, a versão traduzida, as modificações da “back-translation” e as sugestões dos autores.

Para a análise das equivalências, por favor, utilize a escala específica a seguir, assinalando com um "X" o campo correspondente ao seu julgamento:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
1: Não relevante.
2: Item necessita de grande revisão para ser representativo.
3: Bastante claro, porém, precisa de pequenas revisões.
4: Bastante claro e representativo.

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores de 1 a 3, por favor, sugira alterações para que, em sua opinião, esse possa ser pontuado com 4 após modificações.

Agradeço desde já sua participação e colaboração nesse projeto, o qual é de suma importância para o meio acadêmico. Coloco-me também à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

1 A thought twice before starting a physical activity (e.g., household chores or go shopping)?

B pensou duas vezes antes de iniciar uma atividade física (por exemplo, tarefas domésticas ou sair para fazer compras)?

1	2	3	4

2 A had angina symptoms (e.g., pain or tightness in the chest)?

B teve sintomas de angina (por exemplo, dor ou aperto no peito)?

1	2	3	4

3 A had angina (chest pain or tightness) that affected your life?

B teve angina (dor no peito ou sensação de aperto) que afetou sua vida?

1	2	3	4

4 A felt slowed down?

B sentiu-se desanimado para realizar atividades físicas?

1	2	3	4

5 A felt without energy?

B sentiu-se sem energia?

1	2	3	4

6 A felt shortness of breath intense?

B sentiu-se com falta de ar intensa?

1	2	3	4

7 A had chest pain or tightness when doing physical activity?

B teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física?

1	2	3	4

8 A felt frustrated with your limitations?

B sentiu-se frustrado com suas limitações?

1	2	3	4

9 A needed extra rest?

B sentiu necessidade de descansar?

1	2	3	4

10 A felt to have reduced your social life?

B sentiu que reduziu seu ritmo de vida social?

1	2	3	4

11 A felt you could not do household chores?

B sentiu que não poderia realizar as tarefas domésticas?

1	2	3	4

12 A perceived that the ambient temperature caused your pain to worsen?

B percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior?

1	2	3	4

--	--	--	--

13 A was afraid to have another heart attack?

B sentiu medo de você ter outro ataque do coração?

1	2	3	4

14 A felt isolated?

B sentiu-se isolado?

1	2	3	4

15 A felt lonely?

B sentiu-se solitário?

1	2	3	4

16 A felt anxious to travel?

B sentiu-se ansioso em viajar?

1	2	3	4

17 A felt vulnerable?

B sentiu-se vulnerável?

1	2	3	4

18 A felt insecure?

B sentiu-se inseguro?

1	2	3	4

19 A felt that your confidence was affected?

B sentiu que sua confiança foi afetada?

1	2	3	4

20 A felt anxiety about dying?

B sentiu-se ansioso em relação à morte?

1	2	3	4

21 A was concerned or felt anxious or worried about the future?

B preocupou-se ou sentiu ansiedade ou preocupado sobre o futuro?

1	2	3	4

22 A felt irritable?

B sentiu-se emotivo?

1	2	3	4

23 A felt depressed?

B sentiu-se deprimido?

1	2	3	4

24 A felt in a bad mood?

B sentiu-se mal humorado?

1	2	3	4

25 A felt stressed?

B sentiu-se estressado?

1	2	3	4

26 A felt that your family or friends are overprotecting you?

B percebeu que sua família ou seus amigos estão lhe superprotegendo?

1	2	3	4

27 A felt that you have lost your independence?

B sentiu que você depende de outras pessoas?

1	2	3	4

28 A felt you have to dependant on others?

B sentiu que você tem que confiar em outras pessoas?

1	2	3	4

29 A felt concerned about your diet?

B sentiu-se preocupado com a sua dieta?

1	2	3	4

30 A worried about your cholesterol level?

B sentiu-se preocupado com o seu nível de colesterol?

1	2	3	4

31 A worried about your weight?

B preocupou-se com o seu peso?

1	2	3	4

32 A worried about taking your medication?

B preocupou-se em tomar remédio?

1	2	3	4

33 A worried with the side effects of your medication?

B preocupou-se com os efeitos colaterais de seus remédios?

1	2	3	4

34 A felt more cold than normal?

B sentiu mais frio?

1	2	3	4

35 A experienced side effects (e.g., cold hands or feet/go to the bathroom at night) of your medication?

B experimentou efeitos colaterais (por exemplo, mãos ou pés frios / ir ao banheiro à noite) de sua medicação?

1	2	3	4

APÊNDICE D - AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA

Avaliação da equivalência semântica entre a versão original do MIDAS e a versão traduzida com as modificações dos autores.

Caro juiz,

A lista apresentada corresponde às versões original e traduzida do MIDAS, instrumento que se propõe a mensurar a qualidade de vida do paciente após o infarto agudo do Miocárdio, quantificando a sua percepção após o evento cardíaco, e que foi desenvolvido pelo professor Thompson, discente na Universidade de Oxford. Considerando as diferenças culturais entre nossa população e a que originou o instrumento, estamos com isso realizando a sua adaptação transcultural, para que ele possa ser utilizado em nossa prática assistencial e também no campo da pesquisa.

Desse modo, solicito sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semânticas e idiomáticas ao uso de termos e frases que sejam comuns em ambos os idiomas.

Nesse ponto, vale destacar que a equivalência cultural refere-se às situações evocadas ou retratadas nos itens que correspondem a situações vivenciadas em nosso dia-a-dia, enquanto a equivalência conceitual representa a coerência em relação àquilo que se propõe a medir.

A letra A vai representar o item em sua versão original, enquanto a letra B, a versão traduzida, as modificações da back-translation e as sugestões dos autores.

Para a análise das equivalências, por favor, utilize a escala específica a seguir, assinalando com um "X" o campo correspondente ao seu julgamento:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
1: Não relevante.
2: Item necessita de grande revisão para ser representativo.
3: Bastante claro, porém, precisa de pequenas revisões.
4: Bastante claro e representativo.

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores de 1 a 3, por favor, sugira alterações para que, em sua opinião, esse possa ser pontuado com 4 após modificações.

Agradeço desde já sua participação e colaboração nesse projeto, o qual é de suma importância para o meio acadêmico. Coloco-me também à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

- 1** a thought twice before starting a physical activity (e.g., household chores or go shopping)?
 b pensou duas vezes antes de iniciar uma atividade física (por exemplo, tarefas domésticas ou sair para fazer compras)?

1	2	3	4

- 2** a had angina symptoms (e.g., pain or tightness in the chest)?
 b teve sintomas de angina (por exemplo, dor ou aperto no peito)?

1	2	3	4

- 3** a had angina (chest pain or tightness) that affected your life?
 b teve angina (dor no peito ou sensação de aperto) que afetou sua vida?

1	2	3	4

- 4** a felt slowed down?
 b sentiu-se desanimado para realizar atividades físicas?

1	2	3	4

- 5** a felt without energy?
 b sentiu-se sem energia?

1	2	3	4

- 6** a felt shortness of breath intense?
 b sentiu-se com falta de ar intensa?

1	2	3	4

-
- 7** a had chest pain or tightness when doing physical activity?
b teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física?

1	2	3	4

-
-
- 8** a felt frustrated with your limitations?
b sentiu-se frustrado com suas limitações?

1	2	3	4

-
-
- 9** a needed extra rest?
b sentiu necessidade de descansar?

1	2	3	4

-
-
- 10** a felt to have reduced your social life?
b sentiu que reduziu seu ritmo de vida social?

1	2	3	4

-
-
- 11** a felt you could not do household chores?
b sentiu que não poderia realizar as tarefas domésticas?

1	2	3	4

-
-
- 12** a perceived that the ambient temperature caused your pain to worsen?
b percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior?

1	2	3	4

- 13 a** was afraid to have another heart attack?
b sentiu medo de você ter outro ataque do coração?

1	2	3	4

- 14 a** felt isolated?
b sentiu-se isolado?

1	2	3	4

- 15 a** felt lonely?
b sentiu-se solitário?

1	2	3	4

- 16 a** felt anxious to travel?
b sentiu-se ansioso em viajar?

1	2	3	4

- 17 a** felt vulnerable?
b sentiu-se vulnerável?

1	2	3	4

- 18 a** felt insecure?
b sentiu-se inseguro?

1	2	3	4

- 19** a felt that your confidence was affected?
 b sentiu que sua confiança foi afetada?

1	2	3	4

- 20** a felt anxiety about dying?
 b sentiu-se ansioso em relação à morte?

1	2	3	4

- 21** a was concerned or felt anxious or worried about the future?
 b preocupou-se ou sentiu ansiedade ou preocupado sobre o futuro?

1	2	3	4

- 22** a felt irritable?
 b sentiu-se emotivo?

1	2	3	4

- 23** a felt depressed?
 b sentiu-se deprimido?

1	2	3	4

24 a felt in a bad mood?

b sentiu-se mal humorado?

1	2	3	4

25 a felt stressed?

b sentiu-se estressado?

1	2	3	4

26 a felt that your family or friends are overprotecting you?

b percebeu que sua família ou seus amigos estão lhe superprotegendo?

1	2	3	4

27 a felt that you have lost your independence?

b sentiu que você depende de outras pessoas?

1	2	3	4

28 a felt you have to dependant on others?

b sentiu que você tem que confiar em outras pessoas?

1	2	3	4

29 a felt concerned about your diet?

b sentiu-se preocupado com a sua dieta?

1	2	3	4

30 a worried about your cholesterol level?

b sentiu-se preocupado com o seu nível de colesterol?

1	2	3	4

31 a worried about your weight?

b preocupou-se com o seu peso?

1	2	3	4

32 a worried about taking your medication?

b preocupou-se em tomar remédio?

1	2	3	4

33 a worried with the side effects of your medication?

b preocupou-se com os efeitos colaterais de seus remédios?

1	2	3	4

34 a felt more cold than normal?

b sentiu mais frio?

1	2	3	4

35 a experienced side effects (e.g., cold hands or feet/go to the bathroom at night) of your medication?

b experimentou efeitos colaterais (por exemplo, mãos ou pés frios / ir ao banheiro à noite) de sua medicação?

1	2	3	4

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Convite à participação de um estudo acerca da validação de instrumento em Qualidade de vida.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo principal traduzir e validar um instrumento de qualidade de vida para pacientes acometidos com infarto.

Essa pesquisa faz parte de uma das áreas temáticas do grupo de pesquisa Qualidade e Estilo de Vida da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulada:

“ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MYOCARDIAL INFARCTION DIMENSIONAL ASSESSMENT SCALE (MIDAS) PARA LÍNGUA PORTUGUESA BRASILEIRA”

Estamos no momento do pré-teste, para analisarmos a aplicabilidade desse instrumento em nosso país. Para realização dessa pesquisa, você deverá fornecer alguns dados e responder ao questionário MIDAS em sua versão validada ao português.

As informações ou respostas fornecidas serão analisadas pelos pesquisadores e será mantido sigilo total sobre o nome dos participantes, portanto, não há nenhum risco para as pessoas que concordarem participar desse estudo, fornecendo os seus relatos.

Para a sua participação voluntária nessa pesquisa, é necessário que assine esse termo de consentimento, caso concorde com os termos desse documento.

Esperamos contar com sua contribuição, a qual acreditamos ser de suma importância à ciência e, principalmente, a estudos e pesquisas que buscam melhorar a realidade dos serviços de saúde.

Atenciosamente,

Enf. Bruno Henrique Fiorin.

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Regina Araújo Oliveira.

Data: ___/___/_____

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – MIDAS VERSÃO ORIGINAL

MI Dimensional Assessment Scale(MIDAS-35)

Please read before completing this questionnaire

The following questionnaire asks for your views about your health and how you feel about life after your heart attack. If you have had more than one heart attack, please report on your health after your most recent. If you are unsure about how to answer any questions, try to think about your health after your heart attack and how it has been affected. If you are unsure about how to report your symptoms, please record any that you may have.

Do not spend too much time thinking about your answers, your immediate response is likely to be the most accurate.

Following your heart attack,
How often **during the last week** have you...

Please tick only **one circle for each question**.

	Never	Occasionally	Sometimes	Often	Always
1. Thought twice before you undertook physical activity (e.g. housework or going to the shops)?	<input type="radio"/>				
2. Had angina symptoms (e.g. chest pain or tightness)?	<input type="radio"/>				
3. Had angina (chest pain or tightness) that affected your life?	<input type="radio"/>				
4. Felt slowed down?	<input type="radio"/>				
5. Had no energy?	<input type="radio"/>				
6. Been breathless?	<input type="radio"/>				
7. Had chest pain or tightness when undertaking physical activity?	<input type="radio"/>				
8. Felt frustrated at your limitations?	<input type="radio"/>				
9. Needed to rest more?	<input type="radio"/>				
10. Felt you have a reduced social life?	<input type="radio"/>				
11. Felt you cannot perform your domestic duties?	<input type="radio"/>				
12. Found the weather made your pain worse?	<input type="radio"/>				
13. Felt frightened you will have another heart attack?	<input type="radio"/>				
14. Felt isolated?	<input type="radio"/>				
15. Felt lonely?	<input type="radio"/>				
16. Felt anxious about travelling?	<input type="radio"/>				
17. Felt vulnerable?	<input type="radio"/>				
18. Felt insecure?	<input type="radio"/>				
19. Felt your confidence has been affected?	<input type="radio"/>				
20. Felt anxious about dying?	<input type="radio"/>				
21. Worried or felt anxious about the future?	<input type="radio"/>				
22. Felt irritable?	<input type="radio"/>				
23. Felt down or depressed?	<input type="radio"/>				
24. Felt bad tempered?	<input type="radio"/>				
25. Felt stressed?	<input type="radio"/>				
26. Felt your family or friends are over protective?	<input type="radio"/>				
27. Felt you have lost your independence?	<input type="radio"/>				
28. Felt you have to rely on others?	<input type="radio"/>				
29. Felt concerned about your diet?	<input type="radio"/>				
30. Felt concerned about your cholesterol level?	<input type="radio"/>				
31. Worried about your weight?	<input type="radio"/>				
32. Worried about taking tablets?	<input type="radio"/>				
33. Worried about side effects from your tablets?	<input type="radio"/>				
34. Felt the cold more?	<input type="radio"/>				
35. Experienced side effects (e.g. cold hands or feet/going to the toilet at night) from your medication?	<input type="radio"/>				

ANEXO B – MIDAS VERSÃO T12

Escala de Avaliação Multidimensional pós Infarto Agudo do Miocárdio (MIDAS-35)

Por favor, leia o texto abaixo antes de completar este questionário:

O objetivo do questionário é fazer perguntas sobre sua saúde e como você se sente depois de ter sofrido um ataque cardíaco. Se você teve mais de um ataque cardíaco, favor responder às perguntas considerando o ataque cardíaco mais recente. Se você não tem certeza de como responder quaisquer das questões, tente pensar sobre sua saúde após o ataque cardíaco e como ela foi afetada. Se você não sabe ao certo como descrever seus sintomas, registre quaisquer sintomas que você possa ter tido.

Não gaste muito tempo pensando sobre suas respostas, provavelmente sua resposta mais imediata tende a ser a mais precisa.

Após seu ataque cardíaco, com que frequência **durante a última semana** você...

Por favor, assinale **apenas um círculo para cada questão.**

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- tamente	Sempre
1.	pensou duas vezes antes de iniciar uma atividade física (por exemplo, tarefas domésticas ou sair para fazer compras)?	<input type="radio"/>				
2.	teve sintomas de angina (por exemplo, dor ou aperto no peito)?	<input type="radio"/>				
3.	teve angina (dor no peito ou sensação de aperto) que afetou sua vida?	<input type="radio"/>				
4.	sentiu-se desanimado?	<input type="radio"/>				
5.	sentiu-se sem energia?	<input type="radio"/>				
6.	sentiu-se sem fôlego?	<input type="radio"/>				
7.	teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física?	<input type="radio"/>				
8.	sentiu-se frustrado com suas limitações?	<input type="radio"/>				
9.	sentiu necessidade de descansar?	<input type="radio"/>				
10.	sentiu que reduziu seu ritmo de vida social?	<input type="radio"/>				
11.	sentiu que não poderia realizar as tarefas domésticas?	<input type="radio"/>				
12.	percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior?	<input type="radio"/>				
13.	sentiu medo de ter outro ataque do coração?	<input type="radio"/>				
14.	sentiu-se isolado?	<input type="radio"/>				
15.	sentiu-se solitário?	<input type="radio"/>				
16.	sentiu-se ansioso em viajar?	<input type="radio"/>				
17.	sentiu-se vulnerável?	<input type="radio"/>				
18.	sentiu-se inseguro?	<input type="radio"/>				
19.	sentiu que sua confiança foi afetada?	<input type="radio"/>				
20.	sentiu-se ansioso em relação à morte?	<input type="radio"/>				
21.	preocupou-se ou sentiu ansiedade ou preocupado sobre o futuro?	<input type="radio"/>				
22.	sentiu-se irritado?	<input type="radio"/>				
23.	sentiu-se deprimido?	<input type="radio"/>				
24.	sentiu-se mal humorado?	<input type="radio"/>				
25.	sentiu-se estressado?	<input type="radio"/>				
26.	percebeu que sua família ou seus amigos estão lhe superprotegendo?	<input type="radio"/>				
27.	sentiu que você perdeu sua independência?	<input type="radio"/>				
28.	sentiu que você tem que confiar em outras pessoas?	<input type="radio"/>				
29.	sentiu-se preocupado com a sua dieta?	<input type="radio"/>				
30.	sentiu-se preocupado com o seu nível de colesterol?	<input type="radio"/>				
31.	preocupou-se com o seu peso?	<input type="radio"/>				
32.	preocupou-se em tomar remédio?	<input type="radio"/>				
33.	preocupou-se com os efeitos colaterais de seus remédios?	<input type="radio"/>				
34.	sentiu mais frio?	<input type="radio"/>				
35.	experimentou efeitos colaterais (por exemplo, mãos ou pés frios / ir ao banheiro à noite) de sua medicação?	<input type="radio"/>				

ANEXO C – MIDAS VERSÃO APÓS REVISÃO DOS AUTORES - T12a**Escala de Avaliação Multidimensional pós Infarto Agudo do Miocárdio
(MIDAS-35)**

Por favor leia antes de completar este questionário:

O objetivo do questionário é fazer perguntas sobre sua saúde e como você se sente depois de ter sofrido o último ataque cardíaco. Se você teve mais de um ataque cardíaco, favor responder às perguntas considerando o ataque cardíaco mais recente. Se você não tem certeza de como responder quaisquer das questões, tente pensar sobre sua saúde após o ataque cardíaco e como ela foi afetada. Se você não sabe ao certo como descrever seus sintomas, registre quaisquer sintomas que você possa ter tido.

Não gaste muito tempo pensando sobre suas respostas, provavelmente sua resposta mais imediata tende a ser a mais precisa.

Após seu ataque cardíaco, com que frequência **durante a última semana** você...

Por favor, assinale **apenas um círculo para cada questão**.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- tamente	Sempre
1. pensou duas vezes antes de iniciar uma atividade física (por exemplo, tarefas domésticas ou sair para fazer compras)?	<input type="radio"/>				
2. teve sintomas de angina (por exemplo, dor ou aperto no peito)?	<input type="radio"/>				
3. teve angina (dor no peito ou sensação de aperto) que afetou sua vida?	<input type="radio"/>				
4. sentiu-se desanimado para realizar atividades físicas?	<input type="radio"/>				
5. sentiu-se sem energia?	<input type="radio"/>				
6. sentiu-se com falta de ar intensa?	<input type="radio"/>				
7. teve dor no peito ou sensação de aperto ao fazer atividade física?	<input type="radio"/>				
8. sentiu-se frustrado com suas limitações?	<input type="radio"/>				
9. sentiu necessidade de descansar?	<input type="radio"/>				
10. sentiu que reduziu seu ritmo de vida social?	<input type="radio"/>				
11. sentiu que não poderia realizar as tarefas domésticas?	<input type="radio"/>				
12. percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior?	<input type="radio"/>				
13. sentiu medo de ter outro ataque do coração?	<input type="radio"/>				
14. sentiu-se isolado?	<input type="radio"/>				
15. sentiu-se solitário?	<input type="radio"/>				
16. sentiu-se ansioso em viajar?	<input type="radio"/>				
17. sentiu-se vulnerável?	<input type="radio"/>				
18. sentiu-se inseguro?	<input type="radio"/>				
19. sentiu que sua confiança foi afetada?	<input type="radio"/>				
20. sentiu-se ansioso em relação à morte?	<input type="radio"/>				
21. preocupou-se ou sentiu ansiedade sobre o futuro?	<input type="radio"/>				
22. sentiu-se emotivo?	<input type="radio"/>				
23. sentiu-se deprimido?	<input type="radio"/>				
24. sentiu-se mal humorado?	<input type="radio"/>				
25. sentiu-se estressado?	<input type="radio"/>				
26. percebeu que sua família ou seus amigos estão lhe superprotegendo?	<input type="radio"/>				
27. sentiu que você depende de outras pessoas?	<input type="radio"/>				
28. sentiu que você tem que confiar em outras pessoas?	<input type="radio"/>				
29. sentiu-se preocupado com a sua dieta?	<input type="radio"/>				
30. sentiu-se preocupado com o seu nível de colesterol?	<input type="radio"/>				
31. preocupou-se com o seu peso?	<input type="radio"/>				
32. preocupou-se em tomar remédio?	<input type="radio"/>				
33. preocupou-se com os efeitos colaterais de seus	<input type="radio"/>				

	remédios?					
34.	sentiu mais frio?	<input type="radio"/>				
35.	experimentou efeitos colaterais (por exemplo, mãos ou pés frios / ir ao banheiro à noite) de sua medicação?	<input type="radio"/>				

ANEXO D – MIDAS VERSÃO APÓS REVISÃO DOS JUÍZES - T12j

Escala de Avaliação Multidimensional pós Infarto Agudo do Miocárdio (MIDAS-35)

Por favor, leia antes de completar este questionário:

O objetivo do questionário é fazer perguntas sobre sua saúde e como você se sente depois de ter sofrido o último ataque cardíaco. Se você teve mais de um ataque cardíaco, favor responder às perguntas considerando o ataque cardíaco mais recente. Se você não tem certeza de como responder quaisquer das questões, tente pensar sobre sua saúde após o ataque cardíaco e como ela foi afetada. Se você não sabe ao certo como descrever seus sintomas, registre quaisquer sintomas que você possa ter tido.

Não gaste muito tempo pensando sobre suas respostas, provavelmente sua resposta mais imediata tende a ser a mais precisa.

Após seu ataque cardíaco, com que frequência **durante a última semana** você...

Por favor, assinale **apenas um círculo para cada questão.**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- tamente	Sempre
1. pensou duas vezes antes de iniciar uma atividade física (por exemplo, tarefas domésticas ou sair para fazer compras)?	<input type="radio"/>				
2. teve sintomas de angina (por exemplo, dor ou aperto no peito)?	<input type="radio"/>				
3. teve angina (dor no peito ou sensação de aperto) que afetou sua vida?	<input type="radio"/>				
4. sentiu-se desanimado para realizar atividades diárias?	<input type="radio"/>				
5. sentiu-se sem força?	<input type="radio"/>				
6. sentiu-se com falta de ar intensa?	<input type="radio"/>				
7. percebeu que a mudança de temperatura fez com que sua dor piorasse?	<input type="radio"/>				
8. sentiu-se frustrado com suas limitações?	<input type="radio"/>				
9. sentiu necessidade de descansar?	<input type="radio"/>				
10. sentiu que reduziu seu ritmo de vida social?	<input type="radio"/>				
11. sentiu que não poderia realizar as tarefas domésticas?	<input type="radio"/>				
12. percebeu que a temperatura ambiental fez a sua dor pior?	<input type="radio"/>				
13. sentiu medo de ter outro ataque do coração?	<input type="radio"/>				
14. sentiu-se isolado?	<input type="radio"/>				
15. sentiu-se sozinho?	<input type="radio"/>				
16. sentiu-se ansioso em viajar?	<input type="radio"/>				
17. sentiu-se vulnerável?	<input type="radio"/>				
18. sentiu-se inseguro?	<input type="radio"/>				
19. sentiu que sua confiança foi afetada?	<input type="radio"/>				
20. sentiu-se ansioso em relação à morte?	<input type="radio"/>				
21. preocupou-se ou sentiu-se ansioso com o futuro?	<input type="radio"/>				
22. sentiu-se emotivo?	<input type="radio"/>				
23. sentiu-se deprimido?	<input type="radio"/>				
24. sentiu-se mal humorado?	<input type="radio"/>				
25. sentiu-se estressado?	<input type="radio"/>				
26. percebeu que sua família ou seus amigos estão lhe superprotegendo?	<input type="radio"/>				
27. sentiu que você depende de outras pessoas?	<input type="radio"/>				
28. sentiu que precisava mais das outras pessoas?	<input type="radio"/>				
29. sentiu-se preocupado com a sua dieta?	<input type="radio"/>				
30. sentiu-se preocupado com o seu nível de colesterol?	<input type="radio"/>				
31. preocupou-se com o seu peso?	<input type="radio"/>				
32. preocupou-se em tomar remédio?	<input type="radio"/>				
33. preocupou-se com os efeitos colaterais de seus remédios?	<input type="radio"/>				

- | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 34. | sentiu mais frio? | <input type="radio"/> |
| 35. | experimentou efeitos colaterais (por exemplo, mãos ou pés frios / ir ao banheiro à noite) de sua medicação? | <input type="radio"/> |

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES

	Isis Project Number: 14034
ISIS INNOVATION LIMITED COPYRIGHT LICENCE AGREEMENT FOR HEALTH OUTCOMES QUESTIONNAIRE	
PARTIES:	
Licensor:	ISIS Innovation Ltd, a private limited company with a principal place of business situated at 50000 House, West Park, Summertown, Oxford, OX2 7SS
Licensee:	Blasiana Federal University of Espírito Santo, Department of Nursing with a principal place of business situated at Sociedade Centro Hospitalar de Nursing, Avenida Marshal Campos, No 1466, Marapé 22060-277-000 Espírito Santo
Licensor and Licensee are together referred to as "Parties" and individually as "Party"	
AGREEMENT	
Commercial Terms:	
Initial Quantity:	250/11
Initial Quantity for Licensee:	Name of Contact: Bruno Henrique Fiorin Job Title: Nurse Researcher, Cardiologic Nurse Tel. No. 55 12 55223175 E-Mail: brunhenr@journal.com
Licensee Name:	The health outcomes questionnaire titled: The Myocardial Dimensional Assessment Score (MIDAS)
Required Quantity:	The number of copies of the Questionnaire that as at the date of this License Agreement licensee expects to make in connection with the permitted use, being 250 ("Initial Quantity") plus any additional copies subsequently purchased on payment of the Supplemental Fee
License Fee:	Free of charge
Supplemental Fee:	The licensee's clinical trial study to be carried out in accordance with the study protocol titled: The translation and linguistic validation of the Myocardial Dimensional Assessment Score (MIDAS) for use in Brazil - a strictly non-commercial study at the centres listed in the Appendix
Per Unit License Fee:	Free of charge for each additional 1 - 50 copies made above the Initial Quantity
Address:	Blasiana Federal University of Espírito Santo
This License Agreement comprises the Commercial Terms above and the General Conditions of License set out below	
Signed on behalf of Licensor:	 MR EVERT GEURTSEN PROJECT TEAM MANAGER ISIS INNOVATION LTD Date: 20 June 2012
Signed on behalf of Licensee:	 Bruno Henrique Fiorin ENFERMEIRO COREN - ES 0411

ANEXO F – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Adaptação Transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) para língua portuguesa brasileira

Pesquisador: Bruno Henrique Fiorin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06614312.0.0000.5542

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Solicitação

Justificativa: Segue o detalhamento da metodologia da avaliação das propriedades psicométricas

Data do Envio: 29/11/2012

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 191.425

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação da Notificação:

Adequada.

Objetivo da Notificação:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequada.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário**Bairro:** Goiabeiras**CEP:** 29.090-000**UF:** ES**Município:** VITORIA**Telefone:** (27)3335-2711**E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA**



Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado de forma integral anteriormente, não sendo necessária essa notificação. Por ser de uma área diferente (Saúde), com procedimentos metodológicos diferentes, teria sido melhor avaliado no comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde. No entanto, dentro do apresentado, pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

VITÓRIA, 31 de Janeiro de 2013

**Assinado por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.090-000

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-2711

E-mail: thiago.moraes@ufes.br