



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOSELICE ALMEIDA GÓIS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDADE DE CONTEÚDO DO
QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO DO
MIOCÁRDIO**

SALVADOR- BA

2016

JOSELICE ALMEIDA GÓIS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDADE DE CONTEÚDO DO
QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO DO
MIOCÁRDIO**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestre em enfermagem, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR – BA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

G616 Góis, Joselice Almeida.

Adaptação transcultural e validade de conteúdo do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio / Joselice Almeida Góis. - Salvador, 2016.

144 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2016.

Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Linha de pesquisa: O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano.

1. Comparação transcultural. 2. Cuidados de conforto. 3. Infarto do miocárdio. 4. Assistência ao paciente. 5. Cuidados paliativos. 6. Cuidados de enfermagem. 7. Qualidade de vida. I. Mussi, Fernanda Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

JOSELICE ALMEIDA GÓIS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDADE DE CONTEÚDO DO
QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO
DO MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração e Saúde”, linha de pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 19 de maio de 2016

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Carneiro Mussi

Profª Drª Fernanda Carneiro Mussi

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Kátia Santana Freitas

Profª Drª Kátia Santana Freitas

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Darci de Oliveira Santa Rosa

Profª Drª Darci Santa Rosa

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof Dr Rudval Santos da Silva

Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Estadual da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas infartadas internadas na Unidade de Terapia Intensiva que mesmo em situação de adversidade aceitaram participar do estudo respondendo aos questionamentos com atenção e bom humor.

A meu filho amado **João Victor** por me ensinar a conjugar o verbo amar.

A meu esposo **Domingos Sávio** pelo amor, compreensão nos momentos de ausência e pelo incentivo diário para que pudesse alcançar essa vitória.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora Fernanda Carneiro Mussi

Pelo exemplo de profissional competente, ética e comprometida. Pela oportunidade de convivência e por compartilhar seu conhecimentos.

Obrigada pela paciência e por fazer despertar em mim a capacidade de questionar e refletir criticamente. Pelas palavras de incentivo e encorajamento diante das dificuldades, a minha eterna gratidão.

À Professora Doutora Kátia Freitas

Minha maior incentivadora, pela amizade, convivência, generosidade. Obrigada por acreditar em mim e por fazer com que eu também pudesse acreditar na minha capacidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por estar sempre trilhando meu caminho, me fazendo perseverar, confortando-me e fortalecendo-me a cada dia com o refrigério de sua palavra.

A meu esposo Domingos Sávio e meu filho João Victor pela compreensão nos momentos de ausência durante a construção deste estudo.

Aos meus “anjos da guarda”, Eulina e Edval (in memoriam), meus avós queridos pelo acolhimento e pelo privilégio da convivência, amor incondicional e orientação constantes.

A toda minha família, meu irmão amado, minha cunhada preferida, meus sobrinhos lindos, primos e tios, em especial tia Darluce pelo incentivo constante e pela oportunidade que me deu na construção de meu futuro profissional. Obrigada pelo carinho e pela presença constante.

Aos amigos da caravana Feira/ SSA pelo apoio, companheirismo e amizade durante todo esse período (Polly, Deyse, Juli, Anderson, Elaine, Verônica, Sil, Josele, Paloma e Kleize).

As colegas docentes da UEFS pelo constante incentivo.

Aos colegas da Disciplina Saúde do Adulto III: Kátia Freitas, Aline Xavier, Carlos Estrela pelo companheirismo e apoio.

A todos os integrantes do GISC- Grupo Interdisciplinar de estudos Sobre o Cuidado em Saúde pela troca de conhecimentos em especial a Glícia pela sua generosidade capacidade de ajudar seu próximo.

Ao Programa em Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia coordenador, professores, funcionários por estarem sempre disponíveis a ajudar.

Aos juízes, especialista em diversas áreas de saúde que avaliaram criteriosamente os itens do instrumento utilizado no estudo (Glícia Gama, Elaine Guedes, Valdenir Silva, Tânia Araújo, Keila Pontes, Eliane Lourenzo, Ivana D’Lamônica). O meu muito obrigado!

À Universidade Estadual de Feira de Santana, minha amada casa de onde sou egressa e voltei como docente. Ao Departamento de Saúde nas pessoas de Prof.^a Silvone Santa Barbara

e Pedro Prates. Ao Colegiado de Enfermagem na pessoa da prof.^a Carmen Liêta pelo companheirismo.

A Gilcélia minha querida professora de inglês por perseverar comigo nessa caminhada, não me deixando fraquejar nos momentos de dificuldade.

As minhas aluna do NIPES- UEFS, Jackeline, Camila, Luciana pelo apoio logístico.

RESUMO

GÓIS, Joselice Almeida. **Adaptação transcultural e validade de conteúdo do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio.** 144f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: O conforto é considerado uma meta importante do cuidado de enfermagem. Não existem instrumentos específicos para mensurar o nível de conforto de pessoas com infarto agudo do miocárdio internadas em unidade de terapia intensiva, embora esse evento cardiovascular ameace a vida e provoque sofrimento. Consistiu em objetivo geral adaptar transculturalmente o *General Comfort Questionnaire (GCQ)* para a medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio internadas em UTI e como objetivos específicos: descrever e discutir a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural de instrumentos para medidas de fenômenos subjetivos; realizar a equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional do *General Comfort Questionnaire (GCQ)*. **Métodos:** Trata-se de uma investigação metodológica rigorosa que consta de etapas protocolares do processo de adaptação transcultural que compreendeu: (1) Equivalência conceitual e de itens- etapa em que foi realizada uma ampla revisão de literatura sobre o construto conforto e sua relevância no contexto brasileiro, compreensão dos conceitos que embasam o instrumento original e adequação dos itens para a situação de pessoas com diagnóstico de IAM internadas na UTI; (2) Equivalência semântica que correspondeu as seguintes etapas: tradução, síntese, retrotradução, síntese, avaliação pelo autor do instrumento original, tradução avaliação pelo comitê de juizes e público alvo e pré-teste e equivalência operacional. **Resultados:** Os desfechos encontrados nesse estudo após a validade de conteúdo nos apontam para uma versão brasileira do *General Comfort Questionnaire GCQ- IAM* que configura-se como propícia para aplicação em pessoas com infarto do miocárdio, internados na UTI. Para tanto, é necessária a realização da equivalência de mensuração que relaciona-se ao estudo psicométrico do instrumento, cogitada para ser realizada muito em breve, a fim de completar o processo de adaptação transcultural. **Conclusão:** A adaptação transcultural do *GCQ* para pessoas com IAM reforça a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e oferece aos profissionais de saúde que atuam em UTI uma ferramenta válida para avaliar o conforto de pessoas com infarto do miocárdio, numa perspectiva multidimensional e pode orientar práticas de cuidar dirigidas a promoção do conforto.

Palavras-chave: Comparação Transcultural, Cuidados de Conforto, Infarto do Miocárdio

ABSTRACT

GÓIS, Joselice Almeida. **Cross-cultural adaptation and validation of the content of the general questionnaire of comfort for people with myocardial infarction.** 144f. Dissertation (Nursing Masters) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introduction: Comfort is considered an important goal of nursing care. There are no scales to measure the level of comfort of people with acute myocardial infarction admitted to the intensive care unit, although this cardiovascular event threaten life and cause suffering. It consisted of general purpose adapt culturally General Comfort Questionnaire (GCQ) to the extent the comfort of people with myocardial infarction admitted to ICU and specific objectives: to describe and discuss the validity of content in the cross-cultural adaptation process instruments for phenomena measures subjective; achieve conceptual equivalence, semantic and operational General Comfort Questionnaire (GCQ) .Métodos: This is a rigorous methodological research that consists of protocol stages of cross-cultural adaptation process that included: (1) conceptually Equivalence step that was held an extensive literature review on the comfort construct and its relevance in the Brazilian context, understanding of the concepts underlying the original instrument and suitability of items to the situation of people diagnosed with AMI admitted to the ICU .; 2 Equivalence semantics that matched the following steps: translation, synthesis, back translation, synthesis, evaluation by the original author, translation evaluation by the judges and audience committee and pretest. Results: The outcomes found in this study after the content validity, point us to a Brazilian version of General Comfort Questionnaire GCQ- AMI is configured as favorable for use in people with myocardial infarction admitted to the ICU. Therefore, it is necessary to perform the measurement equivalence that relates to the psychometric study of the instrument, contemplated to be held very soon in order to complete the process of cultural adaptation. Conclusion: cross-cultural adaptation of GCQ for people with AMI strengthens the National Humanization Policy of the Ministry of Health provides health professionals working in the ICU a valid tool for assessing the comfort of people with myocardial infarction, in a multidimensional perspective and can direct care practices aimed at promoting comfort.

Key-words: Cross- Cultural Adaptation, Comfort care, Miocardion Infarction.

RESUMEN

GÓIS, Joselice Almeida. **Adaptación cultural y validación del contenido del cuestionario general de comodidad para las personas con infarto de miocárdio.** 144f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introducción: Conforto se considera un objetivo importante de la atención de enfermería. Sin embargo, no existen escalas para medir este constructo en personas con infarto de miocardio en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En este sentido, constituye un objetivo general de este estudio: adaptación transcultural general Conforto Cuestionario (GCQ), en la medida, en la comodidad de las personas con infarto de miocardio ingresados en la UCI. Los objetivos específicos fueron: describir y analizar la validez de contenido de los instrumentos interculturales en el proceso de adaptación de las medidas de los fenómenos subjetivos, así también como lograr la equivalencia conceptual, semántica y operativa general Conforto Cuestionario (GCQ). Se trata de una investigación metodológica que ha adoptado procedimientos de análisis cuantitativos y cualitativos. Varios pasos de protocolos recomendados para el proceso de adaptación transcultural fueron seguidos para lograr la equivalencia. La equivalencia conceptual consistió en una amplia revisión de la literatura sobre la construcción de la comodidad y el análisis de su relevancia para el contexto brasileño. Esto permitió la comprensión de los conceptos subyacentes del instrumento original y la adecuación de los artículos a la situación de las personas con infarto en la UCI. Quince artículos se añadieron a GCQ para retratar mejor la comodidad experimentada por el público estudiado. Equivalencia semántica correspondió al cumplimiento de los pasos en el siguiente orden: GCQ la traducción de dos versiones en portugués, resumen de las versiones traducidas, traducción inversa de la síntesis de dos nuevas versiones en Inglés, re-síntesis, la evaluación por el autor original, traducido al portugués y evaluación por parte de los jueces y la audiencia del comité y pre-test con 30 personas con infarto ingresados en la UCI. Para el análisis de la evaluación de la claridad y el lenguaje de los elementos por jueces nosotros he adoptado el índice de validez de contenido, que se consideró adecuada cuando este se fue iguale o superior menos de 0,78. Algunos cambios fueron sugeridos por los expertos para comprender mejor los objetos, que fueron adoptadas. Todos los artículos incluidos los nuevos GCQ se mantuvieron, lo que resulta en una escala con sesenta y tres elementos de prueba previa, hubo la idoneidad del instrumento para el público objetivo. Conclusión: El GCQ IAM se configura como una versión favorable de la aplicación para el público objetivo. Para una mejor solidez del estudio es esencial para llevar a cabo la equivalencia de medición.

Palabras-clave: La Comparación Transcultural, Conforto atención, Infarto de Miocardio.

LISTA DE FIGURAS/ TABELAS

Figura 1	Estrutura taxonômica do conforto	15
Figura 2	Fluxograma de revisão de literatura sobre artigos relacionados a instrumento para medição do conforto	19
Figura 3	Etapas do processo de ACTI	40
	Fluxograma Equivalência Semântica	47
Artigo 1	Adaptação transcultural de instrumentos: um caminho para mensuração de fenômenos subjetivos	
Figura 1	Síntese dos aspectos sequenciais a serem considerados durante o processo de ACTI	58
Figura 2	Etapas do processo de ACTI	60
Artigo 2	Validade de conteúdo do <i>General Comfort Questionnaire</i> para medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio	
Figura 1	Etapas do processo de ACTI	
Quadro 1	Versão original, síntese das traduções, síntese das retraduições, versão final	77
Tabela 1	Especificação dos itens do <i>GCQ-IAM</i> que obtiveram IVC menor que 0,78 na análise dos juízes quanto a pertinência ao estados e contextos de conforto.Salvador, 2016	82
Tabela 2	Especificação dos itens do <i>GCQ-IAM</i> que obtiveram IVC menor que 0,78 na análise dos juízes quanto a linguagem e clareza.Salvador, 2016	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCO/UC	Unidade Coronariana
GCQ	General Comfort Questionnaire
ATCI/ ATC	Adaptação Transcultural de Instrumentos
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
LILACS	<i>Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
IBECs	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
ITC	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
ITC	Internacional Test Commission
UFBA	Universidade Federal da Bahia
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	CONCEPTUALIZAÇÃO DO CONFORTO NA LITERATURA DE ENFERMAGEM	20
2.2	A ESTRUTURA TAXONÔMICA DO CONFORTO SEGUNDO KOLCABA	23
2.3	INTERNAMENTO NA TERAPIA INTENSIVA E SEU IMPACTO NA ROTINA DAS PESSOAS COM INFARTO DO MIOCÁRDIO	25
2.4	OUTROS INSTRUMENTO PARA MEDIDA DO CONFORTO	26
3	ESTRUTURA DO PROCESSO DE MEDIÇÃO	34
4	PROCEDIMENTOS PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS	36
4.1	PROCEDIMENTOS DE VALIDADE DE CONTEÚDO PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTO	40
4.2	PROCEDIMENTOS DE VALIDADE DE CONSTRUTO (EMPÍRICA) PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS	43
4.2.1	Planejamento de Aplicação	43
4.2.2	Coleta de Informação	44
4.2.3	Procedimentos analíticos para elaboração do instrumento	44
5	MÉTODOS	47
5.1	TIPO DE ESTUDO	47
5.2	General Comfort Questionnaire - GCQ	47
5.3	ETAPAS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	47
6	RESULTADOS	55
6.1	ARTIGO 1	56
6.2	ARTIGO 2	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERENCIAS	100
	ANEXO A- INSTRUMENTO ORIGINAL GENERAL COMFORT QUESTIONNARIE (GCQ)	108
	ANEXO B - CARTA LIBERAÇÃO AUTOR	109
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA	110
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS JUÍZES	113
	APÊNDICE B - QUADRO DE TRADUÇÕES VERSÃO ORIGINAL, TRADUÇÕES, SÍNTESE DO GCQ	115
	APÊNDICE C - QUADRO DE RETRADUÇÕES VERSÃO ORIGINAL, SINTESE DAS RETRADUÇÕES, VERSÃO FINAL	117
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO JUIZES	120

APÊNDICE E – APRESENTAÇÃO INSTRUMENTO JUÍZES/ INSTRUÇÕES	122
APÊNDICE F – INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES- FORMULÁRIO ELETRÔNICO	126
APÊNDICE G - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO JUÍZES	130
APÊNDICE H – TERMO DECONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - SUJEITOS	133
APÊNDICE I- INSTRUMENTO APLICADO NO PRÉ-TESTE	134
APÊNDICE J – ESCORES OBTIDOS NO IVC – CLAREZAD OS ITENS	137
APÊNDICE K – INDICE VALIDADE DE CONTEÚDO ESTADOS E CONTEXTOS	140
APÊNDICE L – ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO	141
APÊNDICE M – VERSÃO FINAL GCQ- IAM	142

1INTRODUÇÃO

O conforto tem sido considerado por alguns autores como uma meta do cuidado de enfermagem (NIGHTINGALE, 1989; ARRUDA-NUNES, 1998; MUSSI, 2003; APOSTOLO, 2009). Nessa perspectiva, consiste em um objetivo a ser atingido pelas práticas de cuidar em saúde, bem como em enfermagem. Dessa forma, sua promoção é de vital importância para alcance das metas pretendidas (ARRUDA-NUNES, 1998).

Na literatura de enfermagem, a promoção do conforto foi associada durante muito tempo ao atendimento das necessidades físicas de higiene, posicionamento, manutenção da integridade corporal, alívio da dor, sono, repouso e cuidados com o ambiente (ARRUDA-NUNES, 1998). Além disso, algumas definições de conforto (ELHART et al, 1983; LEAL, 1986; ARRUDA-NUNES et al, 1998; MORSE, 2000; DU GAS, 2008) concebem o fenômeno como uma situação de saúde plena, fortalecendo-o como imperativo moral da enfermeira (o) dificilmente alcançável (MUSSI, 2005). Nesse sentido, vários autores compreendem o conforto como um sentimento de bem-estar, um estado subjetivo em que se experiencia uma sensação de bem-estar geral, mental, físico, sem presença de dor, desejo ou ansiedade (ELHART et al, 1983). Outra concepção de conforto é o estado de bem-estar e comodidade em que as pessoas encontram-se à vontade consigo mesmas e com o ambiente onde estão inseridas (DUGAS, 2008), condição de relaxamento quando vivenciam sensações positivas, livres de tensão e dor estando, assim, conscientes de sua identidade (LEAL, 1986).

Até a década de 80, observa-se que a concepção de conforto era predominantemente evocada, a partir do referencial do enfermeiro, da racionalidade científica e da administração hospitalar (MUSSI, 2005). Apenas após esse período, emerge a preocupação de pesquisadores, sobretudo da área de enfermagem, com a compreensão do sentido de conforto na concepção de pessoas em diferentes condições de adoecimento. Entende-se que ,na perspectiva dos sujeitos sobre o que é conforto e como pode ser experienciado é fundamental para os enfermeiros orientarem suas práticas de cuidar.

Com a evolução dos estudos sobre conforto na perspectiva de sujeito, mostrou-se que o construto não se limita a esfera física e que o mesmo é um fenômeno multidimensional (GROPPER, 1992; ARRUDA-NUNES 1995; MORSE, 2000; KOLCABA, 2003; MUSSI, 2005; FREITAS, 2012), conseqüentemente pode ser experienciado nas esferas física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O conforto precisa ser compreendido como um fenômeno subjetivo, que se modifica no tempo e espaço, resultante da interação do indivíduo consigo, com o ambiente e com os outros, como uma experiência positiva, relacional, multidimensional que pode ocorrer mesmo em estado de adversidade (MUSSI, 2014).

Pode-se também compreendê-lo como um estado de bem estar que pode ocorrer em qualquer estágio do processo saúde - doença (MORSE, 2000). A promoção do conforto tem sido associada às relações interpessoais estabelecidas entre a equipe hospitalar e a pessoa cuidada. Desta forma, deve haver demonstração de interesse e comprometimento com o atendimento às necessidades de saúde, valorização e preocupação com a situação que essas pessoas vivenciam, bem como fortalecimento dos vínculos estabelecidos (ARRUDA-NUNES, 1998; MUSSI, 2014).

Kolcaba (1991, 1994) afirma que o conforto é positivo, holístico, bidimensional, teoricamente definível e operacionalizável. Essa autora construiu uma taxonomia estrutural sobre o conforto representada por duas dimensões. A primeira dimensão representa a intensidade das necessidades de conforto atendidas e não satisfeitas para alívio, calma e transcendência, ou seja, estados de conforto. A segunda dimensão é designada como graus de necessidade de conforto internas ou externas, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, isto é, contextos de conforto.

Para Kolcaba (1991), embora a concepção de conforto tenha sido melhor compreendida, existe a carência de instrumentos precisos para sua mensuração. A escassez de estudos sobre a medida do conforto constatada em levantamento realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em agosto de 2014, corrobora com a autora. A revisão foi realizada em todas as fontes disponíveis, sem delimitação de período, buscando pelo método integrado em todos os índices os termos conforto and infarto, conforto and questionário, conforto and escala em espanhol, português e inglês. Contudo, não foram identificadas instrumentos para medida de conforto para pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM). No Brasil, identificou-se um estudo com aplicação do *General Comfort Questionnaire* para avaliar o conforto dos cuidadores de pessoas em fase avançada de câncer Novak e cols (2001), traduzido para o português (Rezende e cols, 2009).

Em busca realizada no banco de teses e dissertações do portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) foi localizada somente uma tese que teve como finalidade produzir e validar um instrumento de medida de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde em Unidade de Terapia Intensiva - UTI (FREITAS, 2012).

O General Comfort Questionnaire (GCQ) foi originalmente desenvolvido em Akron (Ohio) nos Estados Unidos em 2003, é um instrumento de autopreenchimento podendo ser também aplicado pelo pesquisador. É composto de 48 itens que avaliam o bem-estar de maneira geral; cujas alternativas de resposta vão de 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente) (WILSON e KOLCABA, 2004). Esse inventário, idealizado por Katherine Kolcaba, destaca-se como um instrumento validado para avaliar o conforto de pessoas em condição de adoecimento de forma generalizada. Foi adaptado para diversas línguas (Italiano, Português, Espanhol, Turco) e contextos, sendo validados em diversos países; onde dele surgiram várias adaptações para o conforto de crianças em estado crítico de saúde (Apostolo, 1999 - Portugal), para psiquiatria (Apostolo, Kolcaba e cols, 2009 - EUA), pessoas com incontinência urinária (Steiner e cols, 2004- Turquia), para pessoas em radioterapia (Dowd e cols, 2006- Espanha), no processo de perianestesia, (Wilson e cols, 2004- EUA, Itália).

Nenhum instrumento específico foi identificado para medir o conforto de pessoas que sofreram IAM, embora esse evento cardiovascular ameace a vida e provoque inúmeros desconfortos. A internação na UTI gera limitações físicas em razão da doença e o afastamento mesmo que previamente de sua rede de convivência.

Dentre as doenças cardiovasculares isquêmicas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a primeira causa de morte mais frequente no mundo (OMS, 2012). No Brasil, essa patologia alcança a primeira colocação, registrando cerca de 100 mil óbitos anuais (DATASUS, 2014) e no Sistema Único de Saúde (SUS), a mortalidade de pessoas internadas com IAM mantém-se elevada: em média 16,2% em 2005 e 15,3% em 2010 para as internações registradas em todo o país (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

O IAM configura-se como um evento súbito e sua sintomatologia determina a necessidade de internamento das pessoas na UTI. Em razão do risco de vida, demanda-se a realização de procedimentos diagnósticos terapêuticos, a necessidade de monitorização contínua do quadro clínico e da medicalização específica. Ressalta-se ainda que a UTI é considerada dentro da unidade hospitalar um dos cenários de tratamento mais complexos e mecanizados, em razão da gravidade das pessoas internadas e do arsenal de equipamentos utilizados (MARTINS, 2000). O cuidar nesse ambiente tem sido caracterizado por estar centrado nos princípios do pensamento cartesiano/mecanicista, baseado no conhecimento racional e positivista, que concebe o corpo em partes fragmentadas onde a racionalidade parece superar a subjetividade. (BACKES, 2012).

Esses aspectos abordados parecem apontar para a importância do estudo sobre medida de conforto devido à sua consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde - Humaniza SUS. Essa, por sua vez, valoriza a dimensão subjetiva das práticas de atenção à saúde com o fortalecimento de vínculos e o atendimento voltado para a ampliação da escuta. Assim, a assistência ao usuário é otimizada (BRASIL, 2007). Desta forma, entende-se a importância de possibilitar a avaliação do nível de conforto e orientar a implementação de práticas de cuidar dirigidas para sua promoção e operacionalização com vistas ao estabelecimento de intervenções pautadas em evidências empíricas.

O interesse pelo presente estudo foi motivado pela minha vivência como enfermeira assistencial em UTI quando percebi e presenciei diversos desconfortos experimentados pela pessoa internada em estado grave de saúde e, posteriormente, como chefe de enfermagem, especialmente de uma unidade coronariana. Diante de tal situação, inquietei-me com fatores que interferiam no conforto dessas pessoas. Dentre essas observações, constatou-se a ausência de compreensão e paciência por parte dos profissionais de saúde ao lidar com as queixas e solicitações desses usuários. Apesar de estar pouco instrumentalizada para lidar com tal questão, as situações vivenciadas durante esses anos de prática profissional foram impulsionando-me para uma reflexão direcionada acerca da experiência de pessoas com IAM no ambiente da UTI. Dessa forma, tornou-se evidente que o cuidar profissional pode promover conforto ou desconforto às pessoas cuidadas a depender das relações estabelecidas.

Com base no exposto delimitou-se como objeto desse estudo “medida de conforto para pessoas com infarto do miocárdio internadas em UTI”; levantando-se a seguinte questão de pesquisa: É possível adaptar transculturalmente um instrumento para medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio internadas em UTI?

Definiu-se, portanto, como objetivo geral do estudo: Adaptar transculturalmente o *General Comfort Questionnaire* (GCQ) para a medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio internadas em UTI.

E objetivos específicos:

- ✓ Descrever e discutir a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural de instrumentos para medidas de fenômenos subjetivos;
- ✓ Realizar a equivalência conceitual, semântica e operacional do *General Comfort Questionnaire* (GCQ).

A adaptação transcultural do GCQ para pessoas com IAM, além de reforçar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), oferecerá aos profissionais

de saúde que atuam em UTI uma ferramenta válida para avaliar o conforto de pessoas com infarto do miocárdio, numa perspectiva multidimensional, e poderá orientar práticas de cuidar dirigidas à promoção do conforto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordadas questões conceituais e metodológicas fundamentais para a adaptação de uma escala para medida de conforto de pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio. Entre as questões conceituais abordaremos os conceitos e aspectos relacionados ao conforto, a teoria do conforto elaborada por Katherine Kolcaba, a construção do *General Comfort Questionnaire*. No que se refere as questões metodológicas será apresentado um tópico com os procedimentos para adaptação transcultural de instrumentos.

2.1 CONCEPÇÃO DE CONFORTO NA LITERATURA DE ENFERMAGEM

Etimologicamente, a palavra conforto é derivada do latim *confortare*, que refere-se ao ato ou efeito de confortar, estado em que está confortável, consolo, alívio, bem estar, comodidade, aconchego (HOLANDA, 2004). Para Van Der Linden et al (2005), conforto deriva de confortar que significa restituir forças, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar, animar. Originou-se de um termo francês *conforter* por volta do século XII, surgindo então o vocábulo *comfort* em inglês que tem o mesmo sentido.

Em revisão de literatura acerca do conforto, Mussi (1996), verificou que o bem-estar aparece com elemento comum nas definições do construto, dentro e fora da literatura de enfermagem, caracterizando uma concepção subjetiva do fenômeno. Nas concepções encontradas, o conforto adquiriu o significado de um estado e também de um sentimento. Quanto a *estado*, o conforto foi apontado como condição de alívio, encorajamento, comodidade e bem-estar, em que a pessoa está bem consigo mesma e com o seu ambiente; estado relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positivas, livres de extrema tensão e dor; estado de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação a si mesmo e com o ambiente. Quanto a *sentimento*, o conforto foi expresso como um sentimento de alívio, encorajamento e consolo; de bem-estar físico e mental, alcançado com o descanso físico, paz mental e espiritual. A partir desses significados, percebe-se a multidimensionalidade e variabilidade individual do constructo.

Arruda - Nunes (1998) define conforto como uma experiência pessoal e subjetiva, associada à ideia de segurança, proteção, comodidade, liberdade e integração. Essa integração está associada a sensação da relação eu-mundo, que relaciona-se com um estado de harmonia entre corpo, mente, espírito, experienciado na interação da pessoa consigo mesma e com o

mundo. Essa autora entende também que o constructo tem uma conformação multidimensional estando associado a várias esferas.

A multidimensionalidade do termo conforto apresentado nas definições é ratificada por vários autores ao designarem que envolve aspectos de natureza física, social, psicológica, espiritual e ambiental (MUSSI, 1996).

Morse (2000) interpreta o conforto como um estado de bem-estar que pode ocorrer em qualquer estágio do processo saúde -doença. Outros estudiosos destacam o conforto como uma condição antagônica ao desconforto (KOLCABA, 1994), sendo que práticas do cuidar podem prevenir a instalação do desconforto, atenuá-lo ou repará-lo (MUSSI,1996).

Um estudo nacional realizado por Mussi, Koizumi, Ângelo e Lima (2002), visou compreender as situações vivenciadas por homens com infarto agudo do miocárdio, por eles definidas como conforto ou desconforto. Apresentou como um de seus pressupostos que o sentido de conforto ou desconforto é produto da interação e sua compreensão precisa ser buscada nas relações da pessoa consigo mesma, com aqueles que a circundam durante o tratamento e nas situações que enfrenta. Portanto, para os autores os sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que as pessoas estabelecem com elas mesmas, com outros seres, situações e objetos, e são baseados no sentido que elas atribuem às coisas e pessoas com as quais interagem.

O termo conforto é diariamente utilizado por diversas pessoas da equipe de saúde em diferentes contextos da prática de enfermagem, o que demonstra que é um dos elementos do cuidado de enfermagem e está vinculado a sua origem (APOSTOLO, 2009). Desta maneira, parece que o conforto está relacionado com as práticas de enfermagem (KOLCABA, 1991; ARRUDA - NUNES, 1998), configurando-se como um objetivo a ser atingido pelo cuidado (MORSE, 1994; KOLCABA, 1995).

As práticas de cuidar são determinantes para que as demandas de conforto sejam atendidas. Assim, o conforto pode ser considerado como resultante dos cuidados prestados, e o cuidar é um processo do qual pode resultar a experiência do conforto (MORSE, 1998). Neste sentido, compreende-se que o cuidado é condição essencial para que ocorra conforto (ARRUDA- NUNES, 1998).

Em outros estudos, Kolcaba (2003) relata que quando necessidades de conforto não são atendidas, torna-se imperativo a implementação de intervençõesde enfermagem com o intuito de restaurar o conforto, demonstrando mais uma vez a relação entre conforto e as práticas de cuidar em saúde.

O fenômeno conforto historicamente tem sido investigado a partir da opinião dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde na óptica das instituições de saúde, sendo pouco privilegiada a perspectiva dos usuários dos serviços de saúde (MUSSI, KOIZUMI, ANGELO, LIMA, 2002). A preocupação com as investigações na perspectiva dos sujeitos emerge a partir da década de 80 e ainda hoje, verifica-se a escassez de trabalhos que abordem o significado de conforto do ponto de vista dos sujeitos, dificultando a compreensão do mesmo enquanto meta do cuidado de enfermagem (MUSSI, KOIZUMI, ANGELO, LIMA, 2002; MUSSI, 2014).

Na literatura de enfermagem Kolcaba (1991, 1994, 2003) foi uma teórica que dedicou-se ao estudo do conforto e propôs uma teoria sobre o fenômeno. A mesma considera conforto resultante de cuidados de enfermagem e inerente às necessidades humanas básicas (KOLCABA, 1991).

Nesta teoria, Kolcaba (1991) afirma que o conforto é positivo, holístico, bidimensional, teoricamente definível e operacionalizável. Conforto é definido como a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, calma e transcendência. A autora estabeleceu duas dimensões, a primeira referente aos estados de conforto, estes que são: *alívio* - o estado de haver uma necessidade de conforto específica atendida, propiciando ao indivíduo a sensação de serenidade; *calma* - o estado de calma ou de contentamento em relação ao seu estado de saúde e *transcendência* - o estado em que se pode superar ou suplantado um problema ou uma dor.

A segunda dimensão refere-se ao contexto em que o conforto é experienciado, são eles: contexto *físico* – relaciona-se aos mecanismos fisiológicos que são interrompidos devido a uma doença ou procedimentos invasivos, associa-se às sensações corporais tais como dor, náusea, vômito, tremores, prurido, condições de repouso relaxamento, nível de hidratação e eliminação. Contexto *psicoespiritual*- refere-se à conscientização de si mesmo, confiança em uma força superior; fé em Deus, apresenta-se como uma combinação entre os aspectos mentais, emocionais e espirituais, relaciona-se também com a ativação do mecanismo de transcendência para a boa morte; contexto *sociocultural* – relativo às relações interpessoais, familiares, sociais incluindo a parte financeira e educacional, refere-se também ao apoio da equipe de saúde à pessoa durante o período de internamento; contexto *ambiental*- referente às condições e influências do ambiente externo como: iluminação, barulho, temperatura ambientes, odor, mobiliário). A autora, ainda coloca, que a apresentação do conforto baseado nestes contextos visa facilitar a identificação de estratégias adequadas para promover o alívio dos desconfortos, e quando isso não for possível, o enfermeiro deve realizar intervenções para realçar a transcendência (KOLCABA, 2003).

2.2 A ESTRUTURA TAXONÔMICA DO CONFORTO SEGUNDO KOLCABA

A partir da identificação dos contextos de conforto (físico, psíquico, sociocultural e ambiental) e dos estados de conforto (calma, alívio e transcendência) e da sua inter-relação, surge um diagrama em grades bidimensionais que tem como objetivo representar o conforto holístico (Fig. 1). A autora refere ainda que, os três estados do conforto (calma, alívio e transcendência), desenvolvem-se nos contextos (físico, psíquico, ambiental e sociocultural) (KOLCABA, 2003).

O conforto holístico é conseguido quando cada atributo encontra-se evidenciado em cada uma das doze células da estrutura taxonômica. As dimensões relacionadas aos estados e contextos são representadas por cada célula da grade de forma sintetizada. Os contextos e estados demonstrados na tabela são inter-relacionados, qualquer alteração provocada em qualquer um deles pode acarretar modificações em outro (KOLCABA, 2003).

Na estrutura taxonômica, a primeira dimensão da grade relaciona-se com a intensidade das necessidades de conforto satisfeitas e não satisfeitas, associadas aos estados de calma, alívio e transcendência, que estão representadas na parte superior da mesma. A segunda dimensão da grade mostra as necessidades de conforto que são representadas pelos contextos físico, psíquico, ambiental e sociocultural, os quais estão dispostos na parte lateral. A grade surge quando as duas dimensões estão justapostas e ocorre uma intersecção entre elas, produzindo 12 células; quando os estado e contextos se fundem ocorre então o conforto. Na medida em que a pessoa apresenta necessidades de conforto não atendidas, são necessárias intervenções visando-se impedir a instalação de situações de desconforto (KOLCABA, 2003).

Fig. 1. Estrutura taxonômica do conforto

Estados Contextos	CALMA	ALÍVIO	TRANSCENDÊNCIA
Físico	Calma Físico	Alívio Físico	Transcedência Física
Psicoespiritual	Calma Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Transcedência Psicoespiritual
Ambiental	Calma Ambiental	Alívio Ambiental	Transcedência Ambiental
Sociocultural	Calma Sociocultural	Alívio Sociocultural	Transcedência Sociocultural

Fonte: *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*, 2003.

A partir da estrutura taxonômica do conforto, Kolcaba (1993) deu o primeiro passo para o desenvolvimento do *General Comfort Questionnaire* (GCQ), elaborado com o intuito de mensurar, a princípio, o conforto de pessoas em estado geral de internamento e adoecimento.

Posteriormente, sua aplicação foi direcionada a populações específicas como: mulheres com câncer de mama (KOLCABA: FOX, 1999), pessoas com incontinência urinária (STEINER, KOLCABA, 2001), em fase final de vida (NOVAK, STEINER, KOLCABA, DOWD, 2001), com distúrbios psiquiátricos (APOSTOLO, KOLCABA, 2007), no período perioperatório (WILSON KOLCABA, 2004; BYRNE, KOLCABA, 2005), no contexto pediátrico (KOLCABA, DIMARCO 2005), em uso de quimioterapia (APÓSTOLO, BATISTA, MACÊDO, PEREIRA e KOLCABA, 2006), entre outros. Entretanto, não foram encontradas pesquisas conduzidas por Kolcaba na abordagem de pessoas com doença coronariana.

O GCQ é um instrumento tipo *Likert*, de auto-preenchimento, podendo também ser aplicado pelo pesquisador mediante entrevista. Compreende 48 itens que avaliam o bem-estar global, e abrange os estados em que o conforto ocorre como: calma, alívio e transcendência e os contextos em que o conforto é experienciado: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. As alternativas de respostas vão de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Quanto mais alta for a pontuação maior o nível de conforto e quanto menor a pontuação menor esse nível e maior a necessidade de intervenção (KOLCABA,2003).

Em relação as propriedades psicométricas do instrumento original (GCQ) foi realizada consistência interna através do Coeficiente de Alpha de Cronbach que teve valor de 0,88 evidenciando ótima propriedade psicométrica. A análise fatorial rotacional foi feita para investigar a dimensionalidade do constructo, encontrando-se 63,4% de variância entre os 48 itens do instrumento. Em relação a análise teórica dos itens, foi realizada a análise semântica e

análise dos juízes. Desta forma, entende-se que o GCQ apresentou-se adequado para os grupos testados (KOLCABA, 2005).

2.3 INTERNAMENTO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E SEU IMPACTO NA VIDA DE PESSOAS COM INFARTO

O infarto é uma patologia que apresenta elevada taxa de mortalidade e morbidade, configura-se como um evento que acomete o indivíduo de forma súbita e impactante. Essa condição promove modificações no cotidiano e impede a realização de atividades habituais (CINTRA, 2000).

Mussi, Kiozumi e Lima (2002) mostraram que os indivíduos que vivenciam o infarto sofrem inicialmente a ruptura com a vida cotidiana em razão da dor e da incapacidade de controlá-la com os recursos pessoais, sucumbindo a hospitalização. Posteriormente, internados em uma unidade de cuidados intensivos, vivem a incerteza da recuperação da vida e a falta de controle sobre o próprio corpo. São submetidos a condição de paciente e subordinados a norma médica, perdendo a identidade pessoal. Por fim, ao saírem do hospital e retornarem as atividades cotidianas, confrontam-se com a falsa ilusão de cura e com a norma médica como reguladora da ação.

O internamento em uma unidade de cuidados intensivos provoca um impacto na vida das pessoas com infarto, pois percebem-seem um ambiente estranho, frio, na presença de equipamentos complexos e ruídos contínuos e monótonos. Além disso, o nível de consciência preservado dessas pessoas faz com que tenham uma experiência particular acerca da rotina na unidade durante seu período de internamento, observando muitas cenas e situações referentes não apenas ao seu tratamento, mas de outras a sua volta, o que pode provocar medo e ansiedade (CINTRA, 2000).

As unidades de cuidados intensivos consistem em espaços que se caracterizam pela restrição a visitas, existência de inúmeros equipamentos, prestação de cuidados e tratamentos invasivos, iluminação e ventilação artificial, ausência de janelas, elevados índices de ruído e por uma dinâmica de atividades ininterrupta dos profissionais que ali atuam; transformando-o em um local geralmente estigmatizado e associado a solidão, dor, tristeza e morte (NASCIMENTO, 2003).

Por outro lado, a hospitalização numa unidade de cuidados intensivos possibilita a monitorização eletrocardiográfica contínua, a utilização de drogas específicas e a desfibrilação

para o tratamento do infarto, se necessário, podendo assegurar a recuperação da vida (SCHENEIDER, 2002). Desse modo, surgem outras pesquisas nas quais o ambiente é concebido como um local de esperança e recuperação, na qual as situações mais graves podem ser revertidas com a utilização do arsenal tecnológico e dos recursos humanos especializados (SEVERO, GIARDON-PERLINI, 2005; PINA, 2008).

A despeito dos benefícios do tratamento intensivo para recuperação da vida, é fundamental considerar o impacto desta internação na vida dos indivíduos, não apenas pela forma súbita da manifestação do infarto levando-o a afastar-se das atividades cotidianas, mas pela necessidade de permanência em unidades hostis e pela ameaça a perda da vida e a invalidez, muitas vezes no ápice da fase produtiva. (SANTOS e ARAÚJO, 2003). O atendimento na UTI é em geral mecanizado, voltado para o controle do caso, sem necessariamente considerar as demandas emocionais dos indivíduos. A equipe de saúde necessita estar atenta e sensível as necessidades dos sujeitos internados em unidades de cuidados críticos, aos fatores geradores de desconforto, agressores e estressores e, conseqüentemente ao direcionamento de práticas de cuidado que resgatem na medida do possível a vida dos sujeitos e promovam algum conforto mesmo diante da adversidade (MUSSI, KIOZUMI e LIMA, 2002).

2.4 OUTROS INSTRUMENTOS PARA A MEDIDA DO CONFORTO

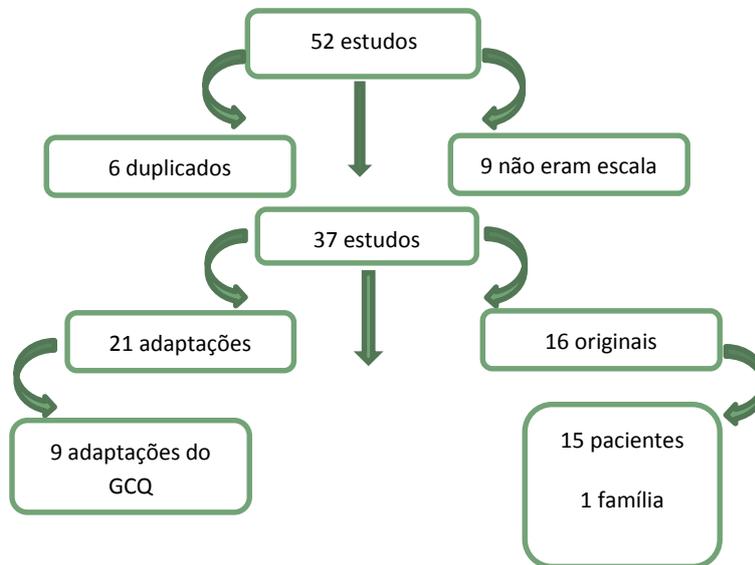
Verifica-se que a carência de escalas para mensuração do conforto de pessoas em situação de adoecimento por problemas cardiovasculares é real. Em revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em agosto de 2014, em todas as fontes disponíveis (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SCIELO), sem delimitação de período, buscando-se pelo método integrado, em todos os índices o termo conforto e escala, conforto e instrumento, conforto e questionário, conforto e infarto, em espanhol, inglês e português, identificou-se 52 estudos. Destes, seis foram excluídos por se repetirem em diferentes bases de dados e nove por não tratarem de instrumentos para medida de conforto. Os 37 estudos detectados referiam-se a escala de medida de conforto para pessoas em diversas faixas etárias e situações de saúde. Destes, 21 eram instrumentos provenientes de adaptação transcultural para mensurar o conforto em situações diversas e específicas (Quadro 1), a saber: cuidadores de pessoas com câncer (LAMINO, TURINI e KOLCABA, 2014), observação de comportamento de conforto em pacientes (ANDERSEN, JYLLY e AMBUEL, 2014), conforto de pessoas que

relizaram herniorrafia (BIELSON, POELMAN, BAKKER et al, 2014); avaliação de dor em crianças de 0 a 10 anos no período pós- operatório (BAI, HSU, TANG, et al, 2012), avaliação de crianças de 0 a 3 anos com Síndrome de Down (VALKENBURG, BORLEAGE, DUIVENVOORDEN et al, 2011), adultos sedados em terapia intensiva (ASHKENAZY, DUVENVOORDEN, 2011), avaliação psicológica de cuidadores de mulheres com câncer (REZENDE, DERCHAIN, SARIAN et al, 2010), avaliação do conforto de crianças internadas na UTI pediátrica (JOHANSSON e KOKINSKY, 2009), avaliação do conforto de crianças em ventilação mecânica (GJERSTAD, WAGNER, HENRICHSEN et al, 2008), avaliação do conforto de crianças sedadas sob ventilação mecânica (JIN, YUM, KIM et al, 2007), avaliação do conforto no internamento psiquiátrico (APÓSTOLO, KOLCABA, MENDES et al, 2007), avaliação do conforto de crianças em estado crítico de saúde (BEAR LORA, WARD-SMITH, 2006), conforto de crianças sedadas na UTI (VAN DIJIK, PETERS, TIBBOEL, 2005), conforto de crianças internadas na UTI (ANEJA, 2005), conforto de crianças internadas (KOLCABA e DIMARCO, 2005), conforto de prematuros sob ventilação mecânica (WIELENGA, DE VOS, DE LEEUW et al, 2004), conforto de pessoas em situação de perianestesia (WILSON, KOLCABA, 2004), conforto de pessoas com distúrbios psiquiátricos (KOLCABA, DOWD, STEINER et al, 2004), conforto de crianças sedadas na UTI (CRAIN, SLONIM, MURRAY, 2002), conforto de pessoas com incontinência urinária (DOWD, KOLCABA, STEINER, 2000), conforto de pessoas em uso de quimioterapia (KOLCABA, FOX, 1999). Cabe destacar que dos 21 instrumentos provenientes de adaptação transcultural 9 foram adaptação do GCQ.

Os 16 estudos restantes reportaram-se a construção e validação de escalas dos quais 9, propuseram avaliar a medida de conforto a pessoas em diferentes contextos de saúde: conforto de crianças internadas na UTI pediátrica (SOARES, MAHALEM, COSTA, 2014), conforto de pessoas durante a realização de colonoscopia (ROSTOM, ROSS, DUBÉ, et al, 2013), conforto de crianças em ventilação mecânica (SILVA, COSTA, SANTOS et al, 2013), avaliação de conforto e dor em recém-nascidos (TRISTÃO, JESUS, GARCIA, 2013), avaliação de dor e conforto pós- cesariana (CHOOI, WHITE, TAN et al., 2013), avaliação da dor e conforto de crianças com câncer (MCCARTHY, GLICK, PLUMER et al., 2013). Um estudo foi referente ao conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento (GIBAUT, FREITAS, HORI, MUSSI, 2013) e um relacionado ao conforto em terapia familiar (GLEBOVA, FOSTER, CUNNINGHAM, et al., 2012). Um estudo relatou sobre o conforto de

enfermeiras que cuidam de crianças com paralisia cerebral (HWANG, KURODA, TANN, et al., 2011).

Figura 2: Fluxograma de revisão de literatura sobre artigos relacionados a instrumentos para medida de conforto Salvador - 2014.



Quadro 1. Revisão de literatura sobre artigos relacionados a instrumentos para medida de conforto Salvador - 2014.

Título do artigo	Autores	Ano de Publicação	Sujeitos	Nome do Instrumento
Cultural adaptation of patient and observational outcome measures: a methodological example using the comfort behavioral rating scale	ANDERSEN RD, JYLLI L, AMBUEL B	2014	Comportamento de conforto de pacientes	Escala comportamental de conforto
Cancer patients caregivers comfort	LAMINO DA, TURRINI RNT, KOLCABA K	2014	Conforto de cuidadores de pessoas com câncer	General Comfort Questionnaire – GCQ
Comparação entre as escalas de conforto Behaviours e Ramsay em UTI pediátrica	SOARES, MZL; MAHALEM, AG; COSTA, BS; et al	2014	Conforto e sedação em crianças	Comfort Behaviours e Ramsay
Pilot assesement of the comfort scale in stroke patients	ROGEAU, C; BEAUCAMP F; ALLART E et al	2014	Conforto de pacientes com acidente vascular cerebral	Comfort Scale
Comparasion of the Duth and English versious of the Carolinas Comfort Scale	NIELSEN, K; POELMAN, MM; BAKKER, FM et al	2014	Conforto de pessoas que realizaram herniorrafia	Comfort Scale

Quadro 1. Revisão de literatura sobre artigos relacionados a instrumentos para medida de conforto Salvador - 2014 (continuação).

Development and validation of a nurse assessed patient comfort score for colonoscopy	ROSTOM, A; ROSS, ED; DUBE C et al	2013	Conforto de paciente após colonoscopia	Comfort score
Comparação dos níveis de sedação pela escala confort B e pelo índice bispectral de crianças em ventilação mecânica na UTI pediátrica	SILVA, CC; ALVES, MMO; SANTOS MG, et al	2013	Crianças em ventilação mecânica	Comfort B Scale
Comfort behaviours scale and skin conductance activity: what are they really measuring	TRISTÃO, RM; GARCIA, NU; JESUS, JÁ et al	2013	Conforto e integridade de pele	Comfort Behaviours Scale
Conforto de familiares de pessoas na Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento	GIBAULT, MAM; FREITAS KS; HORI, LMR; MUSSI, FC	2013	Conforto e dor de crianças co cancer	ECONF
Comfort first: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer	MCCATHY, MC; GREEN, GR; PLUMER, K et al	2013	The Comfort First Programme (CFP)	-
Pain vs comfort scores after cesarean section: a randomized trial	CHOOI, CS; WHITE, AM; TAG, SG et al	2013	Dor e conforto em mulheres pós - cesárea	Verbal Numerical Rating Scale (VNRS)
Validation of the comfort behavior scale and the FLACC scale for pain assessment in chinese children after cardiac surgery	BAI J; HSU L; TANG Y; VAN DIJK M	2012	Avaliação de dor e conforto em crianças de 0 – 10 anos no pós-operatório de cirurgia cardíaca	Comfort Behaviour (Comfort –B scale e FLACC
The comfort behaviours scale: is a shorter observation period flexible	BOERLANGE, AA; ISTA, E; DE JONG, M et al	2012	Conforto no pós-operatório de crianças 0-3 anos	Comfort Behaviours Scale
Assesing sedation in a pediatric intensive care unit using Comfort Behaviours Scale	AMIGONI, A; MIOZZO, E; BURGNARO, L et al	2012	Conforto e sedação de crianças em terapia intensiva	Comfort Behaviours Scale
Examining therapist comfort in delivering settings: development and evaluation of the therapist comfort scale	GLEBOVA T; FORSTER, SL; CURNINGHAMB PB et al	2012	Conforto em terapia familiar	Confort Scale
Assessment of the reliability and validity of the comfort scale for adult intensive care patients	ASHKENAZY SHELLY; DUIVENVOORDE N FREDA	2011	Conforto de adultos sedados em UTI	Comfort Scale
Measure care and comfort in children with cerebral palsy: the care and comfort caregiver questionnaire	HWANG, M; KURODA, MM; TAN B, et al	2011	Conforto de crianças com paralisia cerebral	Care and Comfort Caregiver Questionnaire (CareQ)
The comfort-behavior scale is useful to assess pain and distress in 0- to 3-year-old children with down syndrome	VALKENBURG AJ; BOERLAGE AA; ISTA E; DUIVENVOORDEN HJ; TIBBOEL D; VAN DIJK M	2011	Avaliação de conforto de crianças 0-3 anos com Syndrome de Down	Comfort Behaviour Scale
Avaliação psicológica de cuidadores de mulheres com câncer pela Genral Comfort Questionnaire	REZENDE, VR; DERCHAIM, S; BOTEJA NJ et al	2011	Avaliação de cuidadores de mulheres com câncer	General Comfort Questionnaire - GCQ

Continuação

The comfort behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care	JOHANSSON M; KOKINSKY E	2009	Avaliação do conforto de crianças internadas na UTI pediátrica	Comfort Behaviours Scale FLACC
Skin conductance cersus the modified comfort sedation score as a mesure of discomfort in a artificially ventilated children	GJERSTAD AC; WAGNER K; HENRICHSEN T; STORM	2009	Avaliação do conforto de crianças sob ventilação mecânica	The Comfort Behaviour Scale
Desarrollo y evaluación psicométrica de la escala de evaluación de la comodidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados (PICS)	-APÓSTOLO JLA, KOLCABAK, MENDES, AC, ANTUNES MTC	2007	Avaliação do conforto no internamento psiquiátrico	Psychiatric In-patients Comfort Scale (PICS)-GCQ
The efficacy of the comfort scale in assessing optimal sedation in critically ill children requiring mechanical ventilation	JIN HS; YUM MS; KIM SL ET AL.	2007	Avaliação do conforto crianças sedadas sob ventilação mecânica	Comfort Scale
Validation of a care and comfort hypertonicity questionnaire.	NEMER, MCR; BLASCO PA; O'MALEY JP	2006	Cuidado e conforto na hipertonía	Care and Comfort Hypertonicity Questionnaire (CCHQ)
Development of the Healing Touch Comfort Questionnaire	THERESE, DOWD KATHARINE KOLCABA RICHARD STEINER	2006	Conforto de pessoas com ferimentos	General Comfort Questionnaire – GCQ
Interrater reliability of the comfort scale	BEAR LORA A; WARD-SMITH PEGGY.	2006	Avaliação do conforto de crianças em estado crítico de saúde	Comfort Scale
The comfort behavior scale: a tool for assessing pain and sedation in infants	VAN DIJK M; PETERS, VSP; TIBBOEL D	2006	Conforto de crianças sedadas na UTI	Comfort Scale
The comfort behavior scale: are you comfortable?*	ANEJA, R	2005	Conforto de crianças internadas na UTI	Comfort Scale
Comfort Theory and its application to pediatric nursing	<u>KOLCABA K, DIMARCO MA</u>	2005	Conforto de crianças internadas	General Comfort Questionnaire - GCQ
Assesement of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using comfort behaviours sacle	ISTA, E; VAN, DM; TIBBOEL D et al	2005	Sedação e conforto de crianças em ventilação mecânica	Comfoto Behaviours Scale
Comfort scale: a reliable and valid method to measure the amount of stress of ventilated preterm infants	WIELENGA JM; DE VOS R; DE LEEUW R; DE HAAN RJ	2004	Conforto de prematuros em ventilação mecânica	Comfort Scale
Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting	WILSON L, KOLCABA K.	2004	Conforto de pessoas em situação de perianestesia	General Comfort Questionnaire - GCQ
Massage for Enchancing the Comfort Hospice patients	KOLCABA K DOWD T; STEINER R; MITZEL A	2004	Conforto de pessoas com distúrbios psiquiátricos	General Comfort Questionnaire - GCQ
Assessing sedation the pediatric intensive care by using BIS and the Comfort Scale	CRAIN, N; SLONIN, A; POLLACK, MM.	2002	Sedação e conforto de crianças em terapia intensive pediátrica	BIS e Comfort Scale

Continuação

Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort.	DOWD T, KOLCABA K, STEINER R	2002	Conforto de pessoas com incontinência urinária	General Comfort Questionnaire – GCQ
Radiation therapy comfort questionnaire	<u>KOLCABA K</u> ; FOX C.	1999	Conforto de pessoas em uso de quimioterapia	General Comfort Questionnaire – GCQ
Assessing distress in pediatric intensive care environments: the comfort scale	AMBUEL, B; HAMLET, KW; MARX, CM et al	1992	Conforto e angústia de crianças em terapia intensiva	Comfort Scale

3 ESTRUTURA DO PROCESSO DE MEDIÇÃO

Segundo Herrero & Cuesta (2005), para que um processo de mensuração ocorra, necessariamente o mesmo precisa ser estruturado em quatro níveis: 1) a variável que corresponde ao que se quer medir (inteligência, violência, temperatura, memória); 2) atributo que é a modalidade e manifesta a propriedade que vai ser medida (baixo, médio, alto); 3) o valor que corresponde a forma numérica em que esse atributo será quantificado (1,2,3 e 4) relação que representa a associação entre os valores da variável.

Desta forma, as variáveis em Psicometria podem ser classificadas em qualitativas e quantitativas; em que as qualitativas relacionam-se a atributos ou categorias, enquanto que as quantitativas referem-se a tudo que pode ser mensurável, podendo ser representados por valores numéricos reportados a uma unidade de medida ou de ordem (PASQUALI, 2007).

Essas representações numéricas, níveis de medida ou escala de medida, por sua vez, foram classificadas em nominais, intervalares, ordinais e de razão. As variáveis ou medidas nominais como sexo, cor e nome são definidas como um conjunto de aspectos, em que a forma de ordenação dos dados não é levada em consideração, não sendo, assim, adequadas para operações matemáticas que necessitem de ordenamento. Já as variáveis ordinais, caracterizam-se por apresentar ordenação. Elas são as mais amplamente utilizadas na psicologia e tem como representante a escala do tipo *Likert* que são as mais usadas principalmente na área de saúde (PASQUALI, 2009).

Quanto as variáveis intervalares, são caracterizadas como aquelas que podem ser ordenadas em intervalos determinados e exemplificadas pela escala Celsius. Não menos importante ainda, existem as variáveis de razão, que são definidas como aquelas que apresentam um ponto zero, isto é, um ponto de início que deve ser mantido durante todo o processo de mensuração. Tais variáveis são muito utilizadas na física. A medição de temperatura em graus Kelvin é tida como exemplo deste tipo de escala (PASQUALI, 2009).

Dessa forma, segundo Stevens (1946), para cada tipo de representação numérica existe uma indicação de descrição e avaliação em relação as análises estatísticas. Ele e seus discípulos estabeleceram que a soma dos itens de uma escala aponta a intensidade de uma característica, porém não apresenta noção exata dessa característica; necessitando, então, determinar medidas estatísticas específicas para cada tipo de escala.

A escala do tipo *Likert* foi desenvolvida em 1932 por Rensis Likert e se constitui uma escala do tipo ordinal, que se caracteriza como a mais empregada na área de saúde (DALMORO, VIEIRA, 2013). Esse tipo de escala pode se apresentar na forma de 3,4,5,6,7,10

pontos e sua medida é feita em categoria de resposta que vão do extremo grau de aprovação ao extremo grau de desaprovação. Assim, o respondente do questionário deve expressar a sua intensidade de avaliação frente a cada um dos itens expostos (SANTOS, TELES, MOROCO, 2013).

4 PROCEDIMENTOS PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS

O termo "adaptação cultural" vem sendo utilizado para caracterizar um processo em que se analisa tanto a língua (tradução), bem como as questões culturais correspondentes ao processo de preparação de um questionário para uso em outro ambiente. (BEATON, et al, 2000; ALEXANDRE E COLUCI, 2009).

O objetivo do processo de adaptação transcultural é obter equivalência entre o questionário de origem e o adaptado, embora os conceitos de equivalência possam ser vagos e conflitantes podendo diferenciar muito em contextos multiculturais (HERDMAN et al, 1997)

Desta forma, a adaptação transcultural (ATC) de um questionário autoaplicável para uso em um novo país, requer que, para o alcance de uma aceitação cultural e linguística, seja utilizada uma metodologia única, a fim de atender uma equivalência entre a fonte original e a população-alvo. Idealiza-se que, se as medidas estão sendo empregadas em todas as culturas, os itens não só devem ser traduzidos linguisticamente, mas também, carecem de uma adequação cultural, a fim de manter a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas (BEATON, et al, 2007).

A adaptação de instrumentos é tida pelos pesquisadores como uma tarefa complexa, que exige planejamento e rigor quanto à manutenção do seu conteúdo para que possa realmente comprovar suas evidências. (REICHENHEIM, MORAES 2007; CASSEPP-BORGES, BALBINOTI, TEODORO, 2010, BORSA, 2012).

Para que as adaptações ocorram de forma apropriada, diretrizes internacionais foram estabelecidas com o propósito de o processo manter uma equivalência com a versão original do instrumento. (GUILHERMIN, BEATON, 2000). Nessa concepção, é consenso entre os pesquisadores que a realização de tradução literal dos itens de um instrumento deve ser evitado, pois resulta em frases incompreensíveis ou incoerências relativos ao idioma alvo. (REICHENHEIM, MORAES 2007; ALEXANDRE E COLLUCI, 2009; BORSA, 2012;).

A Comissão Internacional de Testes (ITC) propõe quatro diretrizes que devem constituir os parâmetros para uma boa realização do processo:

- O Contexto – atenta-se para os efeitos culturais que não são importantes ou relevantes para a cultura alvo, e tenta-se minimizá-los na medida do possível (ITC, 2010).

- Desenvolvimento e adaptação – garantir que o processo se faz por completo levando-se em consideração as diferenças culturais e idiomáticas entre as populações, fornecendo-se

subsídios para que se garanta o uso adequado da linguagem obedecendo as suas especificidades; permitir que a forma de organização do instrumento e a forma de questões sobre os construtos são acessíveis e familiares à população à qual se destina; atender às demandas estatísticas e psicológicas que o instrumento requer; identificar componentes problemáticos ou aspectos que podem ser inadequados para a população pretendida.

- Administração – deve-se tentar antecipar os tipos de problemas que se pode esperar e tomar as medidas adequadas para resolver estes problemas; observar os aspectos do ambiente que influenciam a administração de um teste ou instrumento; o manual de teste deve especificar todos os aspectos da administração que requerem escrutínio em um novo contexto cultural.

- Documentação / Pontuação das Interpretações - quando um instrumento é adaptado para uso em outra população, deve-se utilizar um documento com as mudanças junto à evidência da equivalência; o pesquisador tem a responsabilidade para fundamentar as diferenças com a evidência empírica (ITC, 2010).

Historicamente, a adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura e/ou idioma se detinha à simples tradução do original ou, excepcionalmente, à comparação literal desta com uma retradução. Há algum tempo, pesquisadores de diferentes áreas temáticas vêm sugerindo que a avaliação semântica constitua apenas um dos passos necessários ao processo de avaliação transcultural. (REICHENHEIM, MORAES 2007). Para se adaptar um instrumento é necessário considerar o idioma, o contexto cultural e o estilo de vida. (ALEXANDRE, COLUCI, 2009).

Após todo esse processo, um instrumento é considerado como válido quando ele consegue realmente avaliar o seu objetivo. Essa avaliação compõe-se de aspectos qualitativos que correspondem a etapa de validade do conteúdo e quantitativos que corresponde a validade empírica do instrumento validado. (ALEXANDRE, COLLUCI, 2009). Portanto, avaliar e validar um instrumento constitui etapas (qualitativas e quantitativas) que são distintas, porém complementares. (BORSA, 2012).

Segundo Mota, Pimenta (2007), acreditava-se anteriormente que seria impossível medir alguns fenômenos subjetivos como fadiga, dor, depressão e qualidade de vida, entre outros, pois eram considerados imensuráveis, mas, hoje, se dispõe de diversos instrumentos para a sua avaliação. Nesse contexto, também percebemos o conforto que para ser mensurado necessita ser removido do abstrato para o concreto por meio da identificação e operacionalização de suas propriedades. Desta forma a mensuração de um instrumento visa quantificar as características do constructo (conceito) que será conduzido pela psicometria (BRAGA, CRUZ, 2006).

Para Pasquali (2003) a psicometria representa a teoria e técnica de medida dos processos mentais, comumente utilizadas na área da psicologia e educação. Esta ciência se respalda na teorias de medida em ciência em geral, ou seja no método quantitativo e tem como vantagem característica primordial representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização na linguagem comum para descrever a de fenômenos naturais. Foi desenvolvida por estatísticos e ainda é definida como um ramo da estatística que estuda os fenômenos psicológicos. Para os psicólogos é considerada como um ramos da psicologia que faz conexão com a estatística.

Segundo Pasquali (2009), a psicometria tem duas vertentes: a teoria clássica dos testes (TCT) e a teoria de resposta ao item (TRI); que procura explicar o sentido que tem as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamada itens.

A TCT tem interesse em definir a qualidade dos testes, os quais são estímulos comportamentais ou variáveis observáveis. Assim, preocupa-se em produzir teste de qualidade, buscando explicar a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa em um escore total (PASQUALI, 2009).

Já a TRI, se interessa por produzir itens de qualidade, por isso define a qualidade dos testes em função de um critério que não é o comportamento, e sim variáveis hipotéticas, chamadas de traço latente ou theta. Preocupa-se especificamente pelos itens e quer saber qual é a probabilidade e quais são os fatores que afetam a probabilidade de cada item, individualmente, ser aceito ou rejeitado (em testes de preferência: personalidade, interesses, atitudes). Apesar desses benefícios, a TRI não veio para substituir toda a Psicometria Clássica, mas apenas partes dela, particularmente na análise empírica dos itens (PASQUALI, 2003, 2009).

A aplicação de ambos modelos teóricos da psicometria, clássica e moderna, visam assegurar a validade e a confiabilidade da medida construída. A validade de um instrumento diz respeito exclusivamente à pertinência do instrumento em relação ao objeto que se quer medir, isto é, um teste é válido quando mede aquilo que supostamente deve medir (PASQUALI, 2007).

Existem várias formas de avaliação da psicometria de um instrumento, o primeiro é a Análise de Fatores Exploratória e Análise de Fatores Confirmatória, espécie de verificação de adequação de item ao construto de interesse, ou seja, é o quão uma questão se permite fazer parte de uma dimensão de avaliação temática, existindo para isso cálculos estatísticos específicos. O segundo método de análise psicométrica é a avaliação através da confiabilidade

das escalas (consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade intra ou interobservador), tem como objetivo dar mais solidez ao estudo de adaptação transcultural sendo capaz de mensurar os escores do instrumento, evitando possíveis erros e melhorando a qualidade da adequação do estudo (REICHENHEIM, MORAES, 2007).

Várias são as etapas exigidas em um processo de validação, não existindo na literatura um consenso sobre quantas e quais evidências são necessárias para ser considerado válido. O que se orienta é que quanto mais evidências o instrumento fornecer melhor, pois acrescenta confiabilidade à medida (URBINA, 2007).

A validade de um instrumento pode ser analisada por meio dos seguintes métodos: validade de conteúdo, validade relacionada critério do instrumento e validade de construto (BORSA, 2012).

A validade de conteúdo representa o início do mecanismo para se avaliar conceitos abstratos com indicadores mensuráveis; analisando em que cada elemento de um instrumento é relevante e representativo. Alguns autores apresentam que a análise da validade de conteúdo é um processo de julgamento composto de duas etapas, onde a primeira etapa envolve o desenvolvimento do instrumento e a segunda a avaliação deste por meio da análise de especialistas. Portanto, a validade do conteúdo de um instrumento

Envolve etapas qualitativas e quantitativas denominada de triangulação metodológica (ALEXANDRE- COLLUCI, 2009).

Na validade de critério o pesquisador procura estabelecer uma relação entre os escores de um instrumento e um critério externo, que pode ser outra escala de medida considerada padrão. Esta pode ser validade de critério positiva, que se refere a capacidade do instrumento de diferenciar o comportamento das pessoas sobre um critério futuro; e a validade de critério concorrente, que refere-se a capacidade do instrumento para distinguir as pessoas que diferem na sua situação atual sobre algum critério (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

A validade de construto tem sido considerada a principal forma para validar os instrumentos de medida, pois permite verificar se as medidas escolhidas são verdadeiras e se descrevem o construto como ele é. Assim, avalia se o instrumento utilizado mede ou não o construto teórico que foi proposto. A técnica de análise da validade de construto mais utilizada é a análise fatorial (PASQUALI, 2003; MENEZES, 2006).

4.1 PROCEDIMENTOS DE VALIDADE DE CONTEÚDO PARA ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS

O processo de adaptação transcultural de um instrumento é em geral apresentado pelos pesquisadores em cinco etapas essenciais: 1. Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo, 2. Realização da síntese das versões traduzidas, 3. Análise da versão sintetizada por juízes ou *experts*, 4. Tradução reversa para o idioma de origem (*back-translation*) e 5. Estudo piloto. (GUILLERMIN, BOMBARDIER, 1993; HARDMAN et al, 1998; REICHEINHEIM, MORAES, 2007). Porém, Reichenheim, Moraes(2007) apresentam a sequência do processo da seguinte forma: 1. Avaliação conceitual e de itens; 2. Tradução do instrumento original, 3. síntese das traduções e retrotraduções; 4. Retradução ou *backtranslation*; 5. Avaliação pelos sujeitos; 6. Avaliação pelo comitê de especialistas; 7. Pré-teste. No entanto, demais autores apresentam outros aspectos importantes para o processo de adequação da nova versão de um instrumento, como por exemplo, a avaliação conceitual dos itens pela população alvo e a discussão com o autor do instrumento original para realização de ajustes e modificações na nova versão proposta (BORSA, 2012).

Para Herdman et al (2000), Reicheiheim & Moraes (2007) a equivalência conceitual e de itens consiste em ampla revisão de literatura sobre os conceitos que embasaram o instrumento original e investigar se o construto estudado é relevante e pertinente ao contexto no local onde o documento foi utilizado.

A segunda etapa da equivalência semântica, consiste na tradução de um instrumento do idioma original para o idioma-alvo. Esse processo requer um tratamento equilibrado levando em consideração os aspectos lingüísticos, culturais, contextuais, científicos sobre o construto a ser avaliado (BOMBARDIER, BEATON, 1993; REICHEINHEIM, MORAES 2007; GUILHERMIN, 2009; BORSA, 2012).

Um consenso de pesquisadores, sugerem que para essa etapa sejam convocados tradutores bilíngües de forma independente para realizar a adequação dos itens do instrumento ao novo idioma (BEATON et al, 1998; REICHEINHEIM- MORAES, 2007; GUDMUNDSON, 2009 ITC, 2010). Preconiza-se hoje a utilização de duas versões da tradução do instrumento, realizados separadamente por dois tradutores; para que se minimize os vieses lingüísticos, culturais e de compreensão (CASSEP-BORGES, BALBINOTI- TEODORO, 2010). Os tradutores devem ter pleno domínio em ambos os idiomas que serão trabalhados, no idioma de origem do instrumento e nativos no idioma-alvo (ALEXANDRE, COLLUCI, 2009).

Alguns autores sugerem que um dos tradutores disponham de alguma compreensão acerca do construto avaliado, enquanto, outros preconizam que os tradutores não estejam informados sobre os objetivos da tradução. Após a realização das duas traduções, a primeira

tradução realizada pelo primeiro profissional fornecerá maior semelhança científica e a segunda tradução apresentaria menor probabilidade de desvios em um termo de significados por itens (BORSA, 2012).

A terceira etapa equivale à síntese das versões traduzidas, que consiste no processo de resumo das duas versões do instrumento traduzido da língua original para o idioma-alvo. Esse estágio tem como objetivo conseguir uma versão comum da tradução, devendo ser realizado para cada item do instrumento (ALEXANDRE, COLLUCCI, 2009). Esse processo de síntese das versões traduzidas podem ser realizadas pelos juízes na área a que o instrumento se propõe a avaliar ou pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento (BORSA, 2012).

O quarto passo é a retro - tradução ou *back -translation*, que consiste na versão do instrumento novamente para o idioma original, sugerida como uma verificação do controle de qualidade (SIRECI, 2006). Esse procedimento é realizado por dois tradutores bilíngües que tenham esse idioma como língua materna, onde estes não devem ser os mesmos que realizaram a primeira tradução, o objetivo dessa etapa é confirmar se os itens têm em sua essência a mesma idéia conceitual que os itens originais. (BEATON et al, 2000). Porém, Tortte (2014) sugere que a retradução também pode ser realizada por dois tradutores; um com nacionalidade brasileira com fluência no inglês e outro nativo. Após a realização dessa etapa é sugerido que o instrumento possa ser encaminhado ao autor do questionário original para se avalie se os itens traduzidos têm em sua essência, a mesma idéia conceitual dos itens originais (BORSA, 2012).

O quinto passo compreende uma nova síntese do instrumento que foi retraduzido, que tem como objetivo avaliar a equivalência entre as duas versões traduzidas obtendo-se uma única versão do questionário. Essa avaliação será independente e deverá ser cega em relação aos tradutores e retradutores, onde o tradutor responsável pela síntese preferencialmente não deverá saber qual o instrumento é o original e qual é o retraduzido. Dessa avaliação, resultará a versão síntese da retradução (REICHEINHEIM, MORAES 2007).

O sexto estágio compreende à avaliação pelo comitê de juízes ou experts, onde analisam a equivalência entre a versão traduzida e o instrumento original em quatros aspectos a saber: a equivalência semântica que avalia se as palavras tem o mesmo ou mais de um significado e se existem erros gramaticais na tradução; a equivalência idiomática avalia se os itens de difícil tradução foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item; a equivalência experiencial visa observar se determinado item do instrumento é aplicável em outra cultura e, em caso negativo, deve ser substituído por item equivalente; a equivalência conceitual procura avaliar se determinado termo ou expressão após tradução avalia

o mesmo aspecto em diferentes culturas. Caso a versão traduzida apresente discrepâncias nesses aspectos, os juízes poderão propor uma nova tradução mais adequada às características do instrumento e a realidade em que este será utilizado (BORSA, 2012).

Além disso, Herdman (1998) recomenda a utilização da equivalência operacional que tem como objetivo avaliar o tamanho e tipo de fonte utilizada, o tipo do papel utilizado e a disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento.

Posteriormente à realização dessas etapas, a primeira versão do instrumento estará pronta para a próxima fase que é a avaliação do público alvo que tem como objetivo confirmar se os itens traduzidos são de entendimento para eles. Nessa etapa não é realizada ainda nenhum procedimento estatístico, deve-se avaliar apenas a adequação dos itens. Em casos de não entendimento deve-se substituir o item de difícil compreensão por um sinônimo que melhor exemplifique o mesmo. Esta etapa pode ser realizada uma ou mais vezes a depender da necessidade e da complexidade do instrumento adaptado (BORSA, 2012).

Procede-se enfim, a realização do estudo piloto, etapa que se refere à aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que represente as características da população que será estudada (GUDMUNDSON, 2009). Dessa forma, a versão-síntese do instrumento é aplicada a grupos de indivíduos da população-alvo com vista a uma intensa avaliação de aceitabilidade, compreensão e impacto emocional (REICHEINHEIM, MORAES 2007).

Outra etapa importante relacionado com a validade de conteúdo do instrumento é a escolha dos juízes. Nesse ponto, a literatura é controversa quanto ao número de profissionais necessários para a realização. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo; já Hannyes (1995) indica de seis a 20 sujeitos e Reichenheim e Moraes (2007) preconizam a participação de 12 a 20 juízes. Entre os critérios para seleção dos juízes, deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo (ALEXANDRE- COLLUCI, 2009). Esse agrupamento pode ser composto por profissionais da área de saúde, professor de línguas, especialista da metodologia pelos tradutores envolvidos no processo (BEATON- GUILLERMIN, 2000). Dessa forma um instrumento é considerado válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo (ALEXANDRE- COLLUCI, 2009).

4.2 PROCEDIMENTOS DE VALIDADE DE CONSTRUTO (EMPÍRICA) PARA ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS

A validade de construto tem sido considerada a principal forma para validar os instrumentos de medida, pois permite verificar se as medidas escolhidas são verdadeiras e se descrevem o construto como ele é. Assim, avalia se o instrumento utilizado mede ou não o construto teórico que foi proposto (PASQUALI, 2003; MENEZES, 2006). Após o processo de adaptação transcultural procede-se a etapa de validação empírica do instrumento adaptado. Nessa fase, verifica-se se o instrumento mensura exatamente aquilo que o mesmo se propõe a medir (ALEXANDRE - COLLUCI, 2009).

Os procedimentos empíricos têm como intuito reunir informações que possibilitem a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento que será realizado em estágios distintos.

4.2.1 Planejamento da aplicação

Nessa fase, dois aspectos são destacados, a seleção da amostra para a aplicação do instrumento piloto e as instruções para essa aplicação.

A amostra deverá ser determinada de modo a ser representativa da população alvo cujas características, portanto, precisam ser conhecidas. Pasquali (1999, 2003) orienta que geralmente de 5 a 10 sujeitos, por item do instrumento, são suficientes para atender ao tamanho da amostra, porém ressalta que uma amostra com menos de 20 sujeitos, dificilmente poderá ser considerada adequada para as análises estatísticas.

As instruções que acompanham os instrumentos têm a função de tornar claro, para o sujeito como respondê-los corretamente. No preparo das instruções a serem dadas, deverá ser definida a sistemática de aplicação, isto é, as condições de aplicação, se individual ou coletiva, bem como, a elaboração de uma estratégia que viabilize a aplicação do instrumento aos sujeitos. Quanto a essa estratégia, no formato do instrumento-piloto, define-se como a resposta do sujeito deverá ser dada para cada item. O formato mais utilizado, no caso de escalas de atitude e personalidade, são as escalas tipo Likert, onde cada item segue uma escala de pontos que exprimem a intensidade da resposta do indivíduo ao item (PASQUALI, 1998).

4.2.2 Coleta da informação

É o processo que corresponde a aplicação do questionário à amostra estimada, quando se devem seguir as precauções necessárias à aplicação de qualquer instrumento de pesquisa.

Os dados produzidos, nesta fase, darão origem a um banco de dados informatizado, que será utilizado para a análise na etapa subsequente.

4.2.3 Procedimentos analíticos para elaboração do instrumento

Os procedimentos analíticos compreendem a última parte dos três grandes fundamentos para a elaboração de um instrumento de medida psicossocial. É quando são realizados os procedimentos estatísticos para análise dos dados obtidos na fase anterior, em busca de um instrumento válido e preciso (PASQUALI, 1998).

Para Reichenheim, Moraes (2007), planejada e executada a etapa de campo, procede-se a análise dos dados. A equivalência de mensuração para o autor baseia-se na investigação das propriedades psicométricas do instrumento vertido.

Na avaliação do desenvolvimento do instrumento novo, três enfoques psicométricos podem ser sugeridos: avaliação da estrutura dimensional e da adequação dos itens componentes; avaliação de confiabilidade das informações a partir do processo que utiliza as escalas em teste; e avaliação de validade das mesmas em seus diversos matizes (REICHENHEIM, MORAES, 2007).

Bico e Ungir (2004) trazem que validade e a fidedignidade são parâmetros interdependentes na avaliação de um instrumento de medida, ou seja, quando um instrumento não é confiável, provavelmente também não será válido.

Confiabilidade, fidedignidade ou precisão de um teste referem-se à característica que um teste deve possuir, medir sem erros, que significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, produz resultados semelhantes (PASQUALI, 2003). A confiabilidade (ou consistência) de um teste é a precisão com que o teste mede o que se propõe a medir, em uma dada população em suas condições normais (AIKEN, 2003). Fidedignidade diz respeito à consistência dos escores obtidos na mesma amostra, quando os mesmos indivíduos que participam são retestados em diferentes ocasiões ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes (MENEZES, 2006).

A confiabilidade ou fidedignidade indica em que grau de uma medida as diferenças individuais observadas nos escores dos testes são devido a diferenças reais ou a erros aleatórios. Tendo em vista essa possibilidade, a utilização de um valor numérico visa a expressão da confiabilidade, através do qual é visualizada a extensão da variância de erro produzida nos escores dos instrumentos, ou seja, em que proporção fatores irrelevantes interferem na

mensuração em ocorrência. Assim, esse parâmetro representa a estabilidade do instrumento através de coeficiente de correlação. A fidedignidade é dita consistente quando fornece uma medida estável e variável. Em outras palavras, confiabilidade é relativa à consistência ou estabilidade de uma medida (MARTINS, 2006; FEGADOLLI, 2008).

A avaliação da confiabilidade através do teste/re-teste, consiste na técnica de avaliação de um grupo de pessoas em dois momentos diferentes, visando estabelecer o grau com que o instrumento pode reproduzir os resultados, e a confiabilidade entre diferentes avaliadores, em que as mesmas pessoas são avaliadas por dois ou mais avaliadores, com o objetivo de investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação entre os avaliadores (MENEZES, 2006). Quando a correlação entre os resultados das duas aplicações é fortemente positiva, o instrumento pode ser considerado confiável (MARTINS, 2006).

O coeficiente de Alfa de Cronbach é um outro teste utilizado para se aferir a confiabilidade de um instrumento é o mais comumente utilizado em escalas do tipo Likert, pois nesse formato, a resposta ao item pode assumir mais de duas alternativas. Conforme Pasquali (2003) o coeficiente alfa reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do próprio teste. A pontuação do coeficiente alfa vai de 0 a 1, onde o 0 indica a ausência total de consistência interna dos itens, e o 1, a presença de consistência interna de 100%, indicando que quanto maior for o valor encontrado, mais precisa será a medida. Embora não exista um consenso entre pesquisadores a respeito dos níveis mais adequados de fidedignidade, valores situados acima de 0,80 são considerados significativos para pesquisas na área social e valores abaixo de 0,70 são tidos como coeficientes frágeis (PASQUALI, 2003; PEREIRA, 2004; HAIR et al, 2009).

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal para validação de conteúdo de instrumento de medida na qual as técnicas de investigação e análise podem ser definidas como de natureza qualitativa e quantitativa.

5.2 *GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE – CGQ*

O GCQ foi desenvolvido pela Dr^a Katherine Kolcaba, docente da Universidade de Akiron, estado de Ohio, USA para avaliar o conforto de pessoas em situação geral de adoecimento e internamento. Compreende 48 itens referentes aos estados de conforto (calma, alívio e transcendência) e aos contextos em que são experienciados (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural). As alternativas de respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Quanto mais alta for a pontuação maior o nível de conforto e quanto menor a pontuação menor esse nível e maior a necessidade de intervenção.

Inicialmente foi realizado contato com a autora do instrumento original Dr^a Katherine Kolkaba, Enfermeira Professora Émerita da Universidade de Akiron, nos Estados Unidos (USA) solicitando sua permissão para adaptação do General Comfort Questionnaire, obtendo-se sua anuência. Anexo B.

5.3 ETAPAS PARA O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL: VALIDADE DE CONTEÚDO

O modelo escolhido para adaptação do General Comfort Questionnaire (GCQ) à cultura Brasileira, foi o universalista, cuja proposta foi apresentada por Herdman et al (1998) e Reicheinheim e Moraes (2007). Portanto, é necessário investigar previamente se o conceito estudado existe na nova cultura e se é interpretado de forma correspondente para que posteriormente possa ser estabelecer a equivalência transcultural.

A figura a seguir apresentada ilustra as oito etapas seguidas visando a validade de conteúdo da GCQ, as quais foram propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton, (1993), Reicheinheim e Moraes (2007).

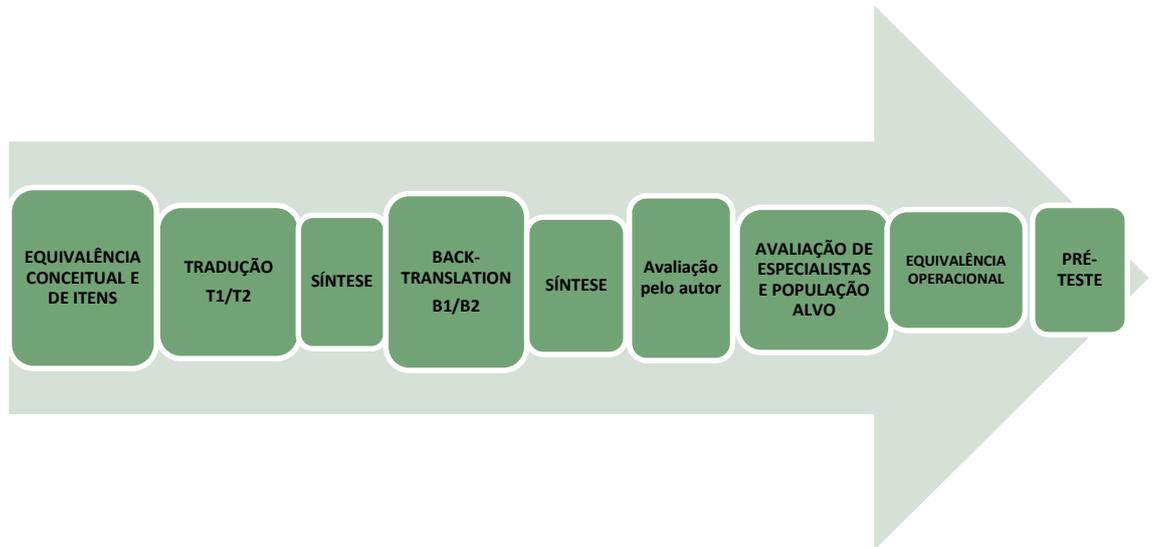


Fig. 3: Etapas do Processo de Avaliação Transcultural do GCQ-IAM

Fonte: elaboração própria

Equivalência Conceitual e de Itens – Elaboração do Mapa do Construto

Num primeiro momento, foi realizada uma ampla revisão de literatura sobre o construto conforto e sua relevância no contexto brasileiro. Após isso, procurou-se compreender os conceitos que fundamentavam a teoria que embasou o instrumento original e se as dimensões de contextos e estados eram pertinentes e representados nos itens. Realizou-se também uma discussão e revisão de literatura acerca da representação do construto nos itens do instrumento para avaliar a adequação dos mesmos na situação de pessoas com Infarto do Miocárdio internados na Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Avaliação da Equivalência Semântica

A apreciação do processo da equivalência semântica ocorreu em sete etapas: tradução, síntese, retradução, síntese, avaliação do autor do instrumento original, revisão pelo comitê de juízes e avaliação pelo público alvo ou pré-teste.

A tradução do instrumento *GCQ-General Comfort Questionnaire* foi feita, individualmente, por dois tradutores de nacionalidade brasileira, habilitados na língua inglesa, contratados para esse fim, através de carta convite. (Apêndice A)

Após este processo, obteve-se as duas primeiras versões do GCQ (T1 e T2), no idioma português. As versões T1 e T2 em português foram sintetizadas por meio de um consenso entre

as pesquisadoras do estudo de forma que itens fossem compreensíveis pela população alvo. (Apêndice B)

A versão síntese do GCQ em português foi retraduzida para o inglês por dois tradutores que tinham como língua nativa o inglês e habilitação na língua portuguesa. Desse modo, foram obtidas duas versões do GCQ denominadas de retrotradução (backtranslation) – B1 e B2.

As versões B1 e B2 em inglês foram avaliadas por um novo tradutor bilíngue que analisou formalmente a equivalência entre as retraduições e o instrumento original. Essa avaliação foi independente e cega em relação aos tradutores e retradutores, onde o tradutor responsável pela síntese preferencialmente não sabia qual o instrumento era o original e qual era o retraduzido.

Na quarta etapa, ocorreu a análise da retradução dos itens pelo autor do instrumento original. Esta etapa teve como intuito verificar se os itens após a retradução apresentavam o mesmo sentido e refletiam o construto do documento inicial (Apêndice C).

A versão preliminar do GCQ em português foi avaliada por dois grupos de juízes sendo um constituído por profissionais especialistas na área temática em que o instrumento se propõe a avaliar (conforto, cuidados críticos e cardiologiae o outro por pessoas leigas que vivenciaram o infarto do miocárdio com experiência de internação em UTI.

Os juízes foram contatados através de carta convite enviado por *e-mail*, junto com TCLEo qual conforme orientação do CEPPEE/UFBA a resposta ao e-mail foi considerada como aceite assinatura do TCLE (Apêndice D). Após resposta favorável a participação dos juízes, foi encaminhado uma apresentação prévia do instrumento, e da teoria que o embasa (Apêndice E), instruções para avaliação (Apêndice F) e o instrumento para ser avaliado (Apêndice G).

Os experts avaliaram os itens propostos pelo instrumento em três etapas:

1ª Etapa: Avaliação de cada item quanto a pertinência ao estado de conforto;

2ª Etapa: Avaliação de cada item quanto a pertinência ao contexto de conforto;

3ª Etapa: Avaliação da linguagem e clareza dos itens para a população alvo.

Nessas duas primeiras etapas, a avaliação foi feita mediante uma escala tipo Likert, que variou de 1 não concordo a 4 concordo totalmente. Caso houvesse discordância, poderiam sugerir a inclusão, alteração ou eliminação de itens.

Foi solicitada a análise da pertinência de cada item com os estados de conforto (calma, alívio, transcendência) e com contextos de conforto (físico, ambiental, psicoespiritual e sociocultural).

O item acima pertence ao contexto (especificar o contexto) / estado (especificar o estado)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo pouco
- (3) Concordo parcialmente
- (4) Concordo totalmente

Na terceira etapa, foi solicitado a avaliação da linguagem e clareza dos itens por meio de uma escala do tipo Likert que varia de 1 não claro e 4 muito claro. Caso os juízes considerassem o item não claro e pouco claro tinha a possibilidade de apresentar sugestões e redação alternativa para ajuste dos mesmos.

Quanto a redação como este item apresenta-se para você?

- (1) Não claro
- (2) Pouco claro
- (3) Bastante claro
- (4) Muito claro

A versão em português do instrumento encaminhada aos juízes foi modificada com o intuito de torná-la mais coloquial e compreensível pela população alvo. Desta forma, foram substituídos os pronomes pessoais “meu, eu” “para seu, você”, pois o instrumento foi aplicado aos sujeitos através da técnica da entrevista face a face devido à baixa escolaridade apresentada pela população do estudo, além de muitos serem idosos e apresentarem diminuição na acuidade visual.

Índice de Validade de Conteúdo

Após avaliação realizada pelo comitê de juízes, o instrumento foi avaliado item a item pelas pesquisadoras, verificando a pertinência das alterações sugeridas. Alguns sugestões foram julgadas como pertinentes e incorporadas aos itens e outras não foram acatadas por não terem sido avaliadas como convenientes.

Após a avaliação qualitativa realizada pelo comitê de juízes, foi também procedida a avaliação quantitativa dos itens através do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, proposto pela literatura, onde foi medida a proporção ou porcentagem de concordância entre os juízes sobre os aspectos mensurados acerca da avaliação do instrumento.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam a graduação 3 ou 4 pelos especialistas dividido pelo número total de respostas. Os itens que foram discriminados com pontuação “1” ou “2” devem ser revistos ou excluídos. O IVC será considerado adequado acima de 0,78, conforme recomendam os autores para estudos com seis ou mais especialistas (ALEXANDRE e COLLUCI, 2011). O cálculo do IVC consiste na relação entre o número de resposta de alta concordância sobre o número total de juízes que opinaram.

A fórmula utilizada para calcular o IVC é:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo não existe consenso entre os pesquisadores, porém recomenda-se descrever como o cálculo foi realizado. Nesta pesquisa optar-se-á pela divisão do número total de itens considerados relevantes pelos juízes (itens que receberam a graduação 3 ou 4), divididos pelo número total de itens. Deve-se também estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes.

Comitê de juízes constituído pelo público alvo do GCQ-IAM

Após os ajustes feitos no *GCQ-IAM* pelo primeiro grupo de juízes, o instrumento foi avaliado pela população alvo, isto é, pelo segundo grupo de juízes quanto à compreensão e clareza dos itens.

Este estágio do processo teve por finalidade investigar se as instruções do instrumento estavam claras, se os termos presentes nos itens estavam adequados à sua compreensão e se as expressões utilizadas nos mesmos correspondiam àquelas utilizadas pelo grupo, ou seja, se eram familiares a sua experiência (BORSA, 2012). Em caso de não compreensão de algum item, foi sugerido que o entrevistado fornecesse sinônimos que melhor exemplificassem o vocabulário do grupo a quem o instrumento se destinará.

Dez pessoas, de ambos os sexos, que atendam aos critérios de elegibilidade como idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico médico de IAM e experiência de internamento na UTI foram convidadas a avaliar o *GCQ – IAM*.

A avaliação do instrumento foi feita mediante entrevista individual já que essa técnica permite a interação com os sujeitos envolvidos facilitando a identificação dos aspectos que

necessitavam de aprimoramento. Permitiu também a avaliação do instrumento caso o participante fosse analfabeto.

O resultado desta avaliação forneceu subsídios para aperfeiçoamento do instrumento, no qual buscou-se verificar se os itens estavam bem compreendidos pelos membros da população a qual o instrumento se destina. Os itens apontados como complexos ou de difícil entendimento tiveram sua redação reformulada de acordo com as sugestões apontadas pelos participantes.

Pré- Teste

O pré-teste foi realizado em UTIs de dois hospitais da rede pública do interior da Bahia e referência para atendimento de pessoas na fase aguda do infarto do miocárdio.

O hospital A, atende exclusivamente aos usuários do Serviço Único e Saúde (SUS). Neste local foram selecionadas duas UTIs. A UTI 1 composta por dez leitos, dispunha de profissionais de saúde como enfermeiros, médicos plantonistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionistas e psicólogos. Na unidade, a visita acontece em dois horários, uma no turno matutino e outra no turno vespertino, ambas com duração de meia hora, sendo permitida a entrada de três pessoas uma de cada vez. As informações acerca do quadro clínico dos pacientes são comunicados pelo médico plantonista através do boletim diário. Possui também atendimento sistematizado dos profissionais da psicologia.

A unidade semi-intensiva desse mesmo hospital, chamada de sala vermelha, é constituída por 12 leitos e possui atendimento de todos os profissionais de saúde acima citados para atendimento, exceto o psicólogo o que dificulta a comunicação entre a família e os pacientes. A visita acontece também em dois turnos (matutino e vespertino) e o boletim médico é informado após a visita vespertina.

O hospital B atende a uma cota de usuários do SUS e a outros diversos convênios de saúde. A UCO (Unidade Coronariana) está composta de 12 leitos sendo que um encontra-se desativado. A composição da equipe de saúde é semelhante à descrita nas unidades anteriormente citadas, com substituição do profissional psicólogo pelo assistente social. Esta unidade oferece dois horários para visita no turno matutino e vespertino, conduzida pelo assistente social com duração de meia hora com concessão de três pessoas para cada indivíduo internado, uma de cada vez. Após a visita é disponibilizado pelo médico plantonista informações acerca do quadro clínico das pessoas internadas. Esta unidade é a única na região

que dispõe de Laboratório de Hemodinâmica para realização de exame de cineangiocardiografia e procedimento de angioplastia.

Os hospitais e suas respectivas unidades foram contatados previamente para apresentação do projeto de pesquisa e aproximação da pesquisadora com as UTIs lócus do estudo.

Os participantes deste etapa foram pessoas adultas internadas na UTI que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ter diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio (IAM); ter mais de 24 horas de internamento; ter condições clínicas e cognitivas para responder aos questionamentos da pesquisa e aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H).

O instrumento foi aplicado mediante entrevista a 30 pessoas e na medida que os itens eram apresentados perguntava-se sobre o entendimento e clareza dos mesmos. A duração da aplicação durou em média 23 minutos (Apêndice I).

A realização do pré-teste respeitou os princípios éticos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b). A dissertação “Adaptação transcultural e validade de conteúdo do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio,” foi aprovada pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-CEPEE (UFBA), sob o parecer consubstanciado nº 1.374.838, conforme (Anexo C). Foi assegurado aos participantes do pré - teste o sigilo da identidade pessoal e a privacidade, sendo as entrevistas realizadas dentro da UTI a beira do leito. Os participantes foram orientados previamente sobre os objetivos do pré-teste, bem como, sobre os riscos e benefícios a que estavam expostos durante a participação. Após todos os esclarecimentos foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pré-teste consistiu na última etapa para a avaliação da versão da *GCQ-IAM*, após avaliação dos especialistas no qual participaram 30 pessoas. Teve por finalidade a identificação de problemas de ordem interpretativa e também avaliar a equivalência operacional que consiste em apreciar aspectos como formato dos itens do instrumento, tipo de papel utilizado, e disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento (HARDMAN et al, 1997, REICHEINHEIM, MORAES 2007; GJSERING et al, 2010). Nessa fase, os participantes foram orientados a sinalizar quaisquer dúvidas, quanto à formulação e compreensão dos itens e seus significados ou do instrumento como um todo, bem como, apreciaram a adequação das instruções e o sistema de pontuação adotado. O instrumento foi aplicado aos respondentes após

apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao final dessa fase, foram observados os consensos e divergências acerca da compreensão dos itens e o instrumento foi reavaliado a partir das considerações dos participantes pelas pesquisadoras. Os itens apontados como extensos, ambíguos, complexos ou de difícil entendimento tiveram a sua redação reformulada de maneira a melhorar a compreensão do GCQ- IAM para a população alvo.

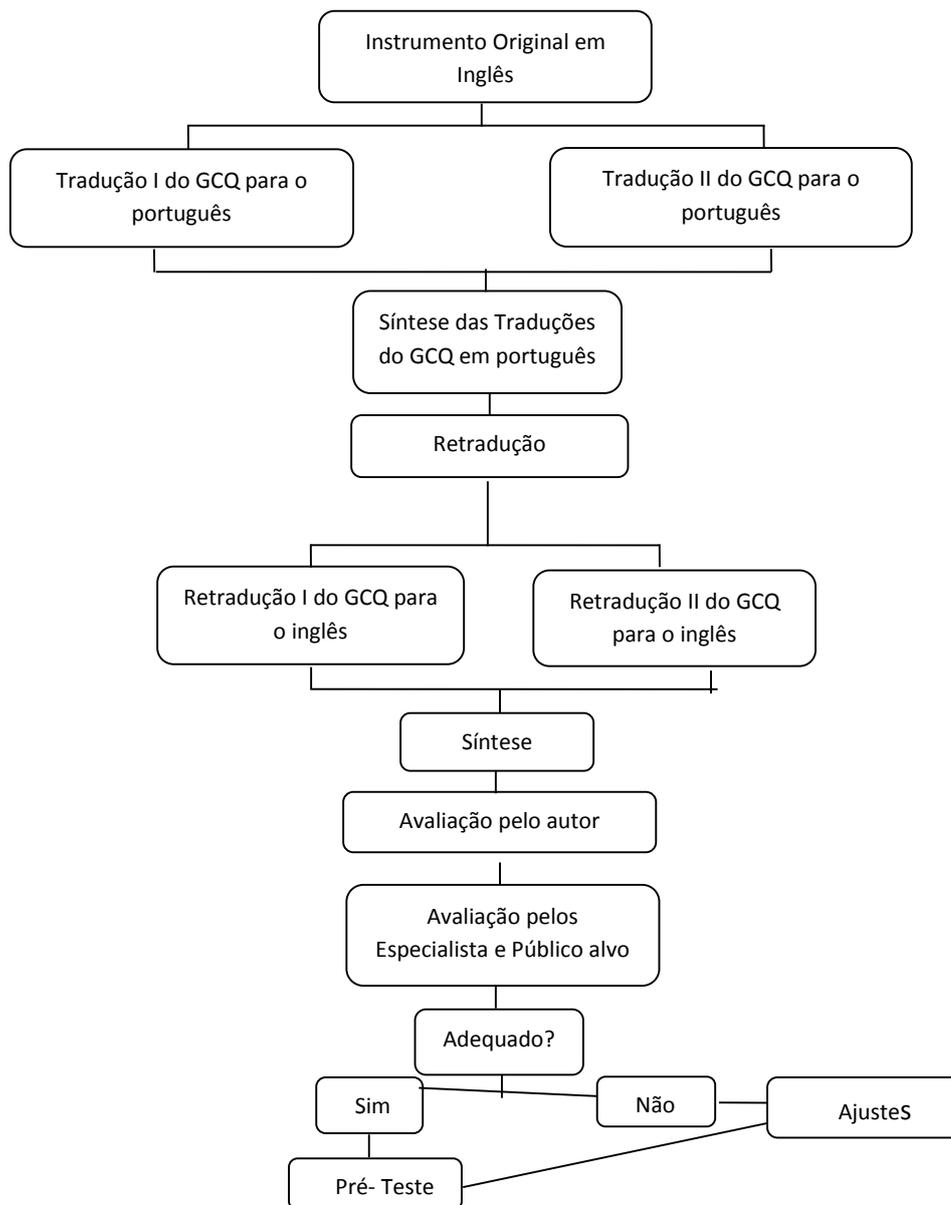


Fig. 4: Etapas do processo de equivalência semântica do GCQ- IAM.

Fonte: Elaboração própria.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados na forma de dois artigos que contemplaram os objetivos propostos e atenderam as normas dos periódicos escolhidos.

O primeiro manuscrito foi intitulado “Adaptação transcultural de instrumentos: um caminho para mensuração de fenômenos subjetivos” e submetido à publicação na revista *Psicologia Teoria e Pesquisa* CAPES B1 para a área da enfermagem.

O segundo manuscrito foi denominado “Validade de conteúdo *do General Comfort Questionnaire* para medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio”. Responde diretamente ao objetivo geral da dissertação e aos objetivos específicos. Este manuscrito foi submetido para publicação à *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, cujo Qualis CAPES é A2 para a área de enfermagem.

6.1 ARTIGO 1

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS: UM CAMINHO PARA MENSURAÇÃO DE FENÔMENOS SUBJETIVOS

RESUMO

Introdução: A natureza subjetiva de construtos não mensuráveis diretamente deixou de ser um impedimento para a objetivação da sua medida, mas a maioria dos instrumentos de medida são de origem estrangeira necessitando submissão a procedimentos rígidos de validação para utilização em contextos socioculturais distintos, o que se denomina adaptação transcultural. **Objetivos:** Descrever e discutir a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural de instrumentos (ATCI) para medidas de fenômenos subjetivos. **Método:** Trata-se de revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, sem delimitação de período, utilizando-se o método integrado de busca e os descritores “adaptação transcultural” e “instrumento de medidas”, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Dos 182 estudos identificados, 79 constituíram o corpus do trabalho após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** A ATCI segue diversas etapas protocolares para que se alcance as equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional, as quais são descritas e debatidas neste artigo. Apresenta-se uma sequência metodológica das etapas desse processo que direciona a realização e ampliação de estudos na área de saúde propiciando a utilização de ferramentas mais confiáveis e adequadas.

Palavras chaves: Estudos de validação, Psicometria, Comparação Transcultural.

ABSTRACT

Introduction: The subjective nature of unmeasured constructs ceased to be an impediment to make its measure objective, but most of the measuring instruments are foreign which require a submission to strict validation procedures so that they can be used in different social-cultural contexts, what is defined as cultural adaptation. **Objectives:** In this paper, we intend to describe

and discuss the content validity in the cross-cultural adaptation process of measuring instruments (ATCI) for subjective phenomena. Method: This is a literature review conducted on the Virtual Health Library, without defining the dates of the publications. The integrated method of searching has been used under the descriptors such as: "cultural adaptation" and "measuring instrument", in Portuguese, English and Spanish. From 182 identified studies, 79 were used to constitute the corpus of the research after applying the inclusion and exclusion criteria. Results: ATCI follows several protocol steps so that equivalences such as: conceptual similarities items, semantics and operational be achieved. A methodological sequence of steps in this process is shown which directs the accomplishment and expansion of studies on health enabling the use of more reliable and appropriate tools.

Key word: Validation Studies, Psychometrics, Cross-Cultural Comparison.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado integral à saúde necessita considerar as dimensões subjetivas do ser humano, pois abrange conhecimento e compreensão de fenômenos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença (MOTA e PIMENTA, 2007).

Fenômenos subjetivos podem e devem ser mensurados, dessa forma, a construção e validação de instrumentos com essa finalidade tem sido alvo dos profissionais na área de saúde. De acordo com Mota e Pimenta (2007), alguns fenômenos subjetivos a exemplo de fadiga, dor, depressão, qualidade de vida e conforto eram anteriormente considerados imensuráveis. Todavia, hoje dispõe-se de diversas ferramentas para a sua avaliação. Nos últimos anos, instrumentos de medidas têm sido desenvolvidos para avaliação de fatores psicossociais para pessoas em várias condições clínicas e de reabilitação (BEATON, BOMBADIER, GUILHEMIN & FERRAZ, 2000).

Ressalta-se que alguns instrumentos têm sido elaborados e validados em países ou regiões com características socioculturais distintas do local onde se pretende utilizá-lo. Tal fato, demanda adaptação transcultural prévia. É preciso avaliar de forma crítica e processual se o instrumento que se deseja aplicar é capaz de mensurar o fenômeno numa nova realidade. (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

O termo "adaptação transcultural" vem sendo utilizado para caracterizar um processo em que se analisa tanto aspectos linguísticos, bem como culturais correspondentes ao processo

de preparação de um instrumento para uso em outro contexto (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

O objetivo do processo de adaptação transcultural é obter equivalência entre o instrumento de origem e o adaptado, minimizando a possibilidade de que esses conceitos sejam percebidos como vagos e conflitantes no novo contexto (GUILLEMIN, BOMBADIER & BEATON, 1993).

Desta forma, a adaptação transcultural de um instrumento (ATCI) para uso em um novo país, requer que, para o alcance de uma aceitação cultural e linguística, seja utilizada uma metodologia única, a fim de atender uma correspondência entre o contexto original e a população-alvo. Idealiza-se que, se as medidas estão sendo empregadas em todas as culturas, os itens não só devem ser traduzidos linguisticamente, mas também, carecem de uma adequação cultural, a fim de manter a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

A ATCI, é vista pelos pesquisadores como uma atividade complexa, necessitando de rigor e planejamento, a fim de alcançar uma versão alvo com manutenção do conteúdo e de suas propriedades psicométricas, e tem como propósito confirmar efetivamente as evidências de validade na cultura alvo (REICHEIHEIM & MORAES, 2007; HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1997; CASSEP, BALBINOTI & TEODORO, 2010). É válido destacar que pesquisadores iniciantes nesta temática, podem enfrentar dificuldades para selecionar apropriadamente métodos para estudos de adaptação, e assim, inviabilizar a elaboração e implementação de um protocolo de pesquisa com a finalidade de adaptar instrumentos de aferição, elaborados em outros contextos a fim de avaliar construtos de seu interesse. Nesse sentido, sugere-se que a escrita utilizada pelos autores apresentem um formato amigável, considera-se boa prática, apresentar pontos de vista distintos para todos os possíveis interessados na área, considerando que elas podem estar associadas a saúde, exatas e pesquisa entre outras (WILD, GROVE, MARTIN, EREMENCO, MCELROY, LOORENZ-VEERGE & ERIKSON, 2005).

A adaptação transcultural de um instrumento justifica-se pela economia de recursos e tempo e pela possibilidade de se realizar a análise comparativa do fenômeno em observação em diferentes países. A comparação de resultados entre grupos pode favorecer a compreensão de diferenças e de similaridades existentes entre eles com características linguísticas ou culturais específicas. A pesquisa inter-cultural pode ser conduzida para explorar a mesma pergunta em várias culturas ou diferenças de medida entre elas. Para qualquer objetivo, os pesquisadores

precisam do mesmo instrumento em diferentes idiomas. Se o instrumento está disponível em outro idioma, devem adaptá-lo com validade documentada ao invés de criar um novo e produzir uma medida equivalente. Esta situação é verdadeira ao atender a condição de que o construto existe na cultura alvo e que o instrumento existente o mensura adequadamente (OLIVEIRA, BALARINI & MARQUES, 2011).

Dada a importância do conhecimento do processo de ATCI, este artigo teve como objetivo descrever e discutir os aspectos que envolvem o processo de adaptação transcultural de instrumentos (ATCI) para medidas de fenômenos subjetivos.

Dessa forma, espera-se contribuir para a reflexão acerca da adequada compressão das etapas do processo de ATCI, bem como propiciar conhecimentos para facilitar a realização deste processo, concorrendo assim para a qualidade dos novos instrumentos de aferição.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre as etapas que fazem parte do processo de adaptação transcultural de instrumentos (ATCI) para mensuração de fenômenos subjetivos. Para o levantamento bibliográfico, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados na Biblioteca Virtual de Saúde, que reúne 14 bases de dados, sem delimitação de período, utilizando-se o método integrado de busca com os descritores estudos de validação, psicometria e comparação transcultural.

Como critério de inclusão definiu-se estudos sobre ATCI na área da saúde e, como critérios de exclusão, artigos que não descreveram as bases teóricas que orientaram a ATCI, teses e dissertações.

Identificou-se 182 estudos. Foram descartados dezenove por não se relacionarem ao processo de ATCI, trinta e um por apresentarem-se duplicados nas bases de dados, oito por se tratarem de teses e dissertações, trinta e três por não descreverem o método empregado, e doze por não estarem associados a área de saúde. Setenta e nove referiram-se a artigos sobre ATCI, sendo seis teóricos e setenta e três originais. Para análise desse material identificou-se os principais autores que fundamentaram o processo nos vários artigos, a fim de se avaliar as recomendações e etapas a serem seguidas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão foi organizada de modo a apresentar as etapas fundamentais para o planejamento e implementação de estudos que visem a adaptação transcultural de instrumentos para avaliação de constructos de interesse na área da saúde.

3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A preocupação com a validade da informação de instrumentos que avaliam construtos abstratos e de difícil mensuração têm levado os pesquisadores a se apoiar em protocolos, *check-list* e *guidelines*. Estes tem como função orientar para uma prática uniformizada, embasada em evidências de validade, as quais buscam uma adequada ferramenta de aferição para fenômenos subjetivos (REICHEIHEIM & MORAES, 2007). Nesse contexto, a literatura revela superposição, confluência de conteúdo, bem como, divergências em relação aos passos a serem considerados nas etapas do processo de adaptação transcultural (HERDMAN et al, 1997; CASSEP- BORGES et al, 2010).

No cenário brasileiro, verificou-se uma diversidade de pesquisas que realizaram procedimentos de adaptação transcultural e tais estudos adotaram sistemáticas diversas, contemplando mesmo quando de forma incompleta, algumas sistemáticas de ATCI embasadas na literatura internacional, que vão deste aos procedimentos iniciais, como a tradução do instrumento até a análise empírica dos aspectos de validade de construto utilizando técnicas estatísticas, direcionadas pela Teoria Clássica dos Testes ou Teoria da Resposta ao Item denotando uma certa sofisticação e robustez aos estudos (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

Para que a ATCI ocorra de forma apropriada, diretrizes internacionais foram estabelecidas com o intuito de orientar o processo de adequação visando a obtenção de um instrumento equivalente a versão original (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

A bases teóricas mais frequentemente utilizadas nos artigos originais de ATCI brasileiros tiveram como referências os autores Reicheiheim e Moraes (2007), Beaton et al (2000), Guillemin et al (1993) e Herdman et al (1997).

Diante da diversidade de estudos sobre ATCI, o Checklist COSMIN configura-se como um roteiro sistematizado, elaborado a partir do consenso entre 91 experts. Esse roteiro objetiva avaliar a qualidade metodológica de estudos que analisam as propriedades de medida de um

instrumento e não a qualidade do instrumento em si. Dentre as propriedades de medida abordadas no checklist está a validade transcultural para a qual são apresentadas questões a serem avaliadas no desenhos de pesquisa dos estudos de ATCI. Além desta contribuição, os autores trazem que o esse roteiro pode ser usado como guia para auxiliar na elaboração de protocolos de pesquisas, como guia para revisores e editores de revista, e ainda por pesquisadores iniciantes nesta área de investigação (MOKKINK, TERWEE, KNOL, STARTFORD, ALONSO, PATRICK, BOUTER & DEVET, 2010).

O processo de ATCI requer o uso de modelos teóricos da psicometria, clássica e moderna, estas que visam avaliar a validade e a confiabilidade da medida em adequação. A validade de um instrumento diz respeito à sua pertinência em relação ao objeto que se quer medir, isto é, um teste é válido quando mede aquilo que supostamente deve medir (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009; BEATON et al, 2000).

A obtenção de um instrumento considerado válido, que avalie o construto em questão, compõe-se de aspectos qualitativos, a saber evidências de validade do conteúdo, e quantitativos, como evidências de validade dimensional do instrumento (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009). Portanto, para avaliar e validar um instrumento o desenvolvimento de etapas qualitativas e quantitativas são necessárias, pois apesar de distintas tornam-se complementares. A despeito das abordagens investigativas mais discutidas como a validade de conteúdo, validade relacionada critério e a validade de construto, os pesquisadores devem incorporar a validade como um conceito unitário, onde a ênfase será direcionada para evidências de validade que podem ser baseadas no conteúdo, no processo de resposta, na estrutura interna e nas consequências da aferição, assim o olhar da equipe de pesquisa deverá considerar interpretações que revelem a integração da estrutura teórica com os dados empíricos (CASSEP- BORGES et al, 2010).

O início do mecanismo para avaliar a adequação de conceitos abstratos como indicadores mensuráveis pode ser entendida como a análise da validade de conteúdo. Definida como um processo para examinar o conteúdo do instrumento, a fim de verificar a adequação dos itens e dimensões do instrumento para representar todos os aspectos do construto em avaliação, a validade de conteúdo, não requer procedimentos estatísticos, pois baseia-se na literatura, na opinião de sujeitos da população alvo e no julgamento de especialistas na área do conceito (MELO, MOREIRA, FONTENELLE, JOVENTINO & CARVALHO, 2011).

Várias são as etapas exigidas em um processo de validação de conteúdo, não existindo na literatura um consenso sobre quantas, mas certas evidências são necessárias para ser considerado válido (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

3.2 MODELO DE APRECIÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

O modelo de apreciação para realização do processo de ATCI pode ser abordado de acordo com quatro perspectivas de investigação (HERDMAN et al, 1997). A concepção intitulada “ingênua”, que fundamenta-se na tradução simples e informal do instrumento original. A “relativista” que consiste na inviabilização de instrumentos concebidos em outras culturas, alegando que somente os produzidos localmente devam ser utilizados. A abordagem “absolutista” refere que a cultura não interfere nos construtos que serão mensurados e que estes tem pouca variação em contextos distintos e por fim a “universalista” que adotaremos neste artigo, esta não assume inicialmente que os construtos são os mesmos em contextos e culturas diferentes. Nessa perspectiva, é importante investigar previamente, se o conceito que será estudado numa nova cultura existe, ou se na nova cultura ele é interpretado de forma correspondente, para posteriormente se estabelecer a equivalência transcultural (HERDMAN et al, 1997; HERDMAN, RUSHBY FOX & BADIA, 1998; REGNAULT & HERDMAN, 2014).

3.3 ANÁLISE DAS EQUIVALÊNCIAS DO PROCESSO DE ATCI

Para avaliação do construto de interesse, utilizando um instrumento adaptado, é imperioso realizar o estudo das equivalências do instrumento que será utilizado. Segundo Salmond (2008), equivalência é a correspondência entre pesquisadores que utilizam um mesmo instrumento de medida, devendo produzir resultados semelhantes. Para realização do processo de ATCI, várias etapas protocolares devem ser cumpridas e para cada uma dessas fases é necessária a avaliação dos diferentes tipos de equivalência, como: conceitual, itens, semântica e operacional. Vale ressaltar que as equivalências são alcançadas a partir da realização dos passos inerentes a cada etapa do processo (REICHEINHEIM & MORAES, 2007).

A apreciação da equivalência conceitual é a primeira que deve ser realizada, pois é através dessa análise que são conhecidas as dimensões formadoras do construto. Esta, por sua

vez, consiste na exploração do conceito de interesse, o que requer do pesquisador iniciar com uma imersão na teoria que deu suporte a construção do instrumento original e paralelamente avaliar a pertinência desses conceitos na nova cultura. Deve-se julgar os conceitos que compreendem as dimensões relacionadas ao construto em estudo e investigar se as dimensões do instrumento original são significativos na nova cultura, sistematizando assim, o mapa do construto. Outra estratégia, não menos importante, é investigar instrumentos que foram utilizados para medir o mesmo fenômeno e as suas propriedades psicométricas com o intuito de direcionar condutas do processo de ATCI (REICHEINHEIM & MORAES, 2007). Além disso, é relevante discutir com especialistas acerca da pertinência dos conceitos identificados na cultura fonte para o contexto na qual o instrumento será utilizado, como ilustra a Figura 1.

A avaliação individual dos itens do instrumento adaptado, deve ser realizada inicialmente pelos pesquisadores envolvidos e posteriormente por um grupo de especialistas composto por profissionais que atuam na área de interesse e pela população alvo. Este, tem como intuito, arbitrar se os conceitos de interesse são relevantes na nova cultura e explorar se os itens do instrumento original alcançam as dimensões no contexto ao qual está sendo adaptado (HARDMAN et al, 1998). Se o item avaliado não medir a realidade da cultura que está sendo adaptado, este pode ser modificado ou removido do questionário. Porém, deve-se ter cautela, pois a inclusão ou retirada de itens pode interferir na validade de conteúdo e desempenho psicométrico do instrumento (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

A equivalência semântica é o processo de avaliação que consiste em transportar os significados dos conceitos que abarcam o instrumento original para a nova versão, permitindo assim, que cause efeito similar na população estudada em ambas as culturas, esta visa ainda, avaliar se a linguagem adotada nos itens permitem a compressibilidade pela população alvo (REICHEHEIM & MORAES, 2007). Esse tipo de equivalência envolve estágios de execução que serão detalhados a seguir, como mostra a Figura 1.

A equivalência operacional consiste em avaliar se as características do instrumento adaptado podem influenciar no processo de aferição na cultura alvo. Neste sentido, o pesquisador deve conhecer detalhes que envolveram a logística de aplicação do instrumento original a fim de avaliar a viabilidade desse no novo contexto. Devem ser considerados os aspectos como a formatação do instrumento como um todo, a exemplo de tipo de papel usado para impressão, formato eletrônico da apresentação dos itens; cenário de aplicação, modo de aplicação como entrevista face a face, autopreenchimento ou por telefone; e as

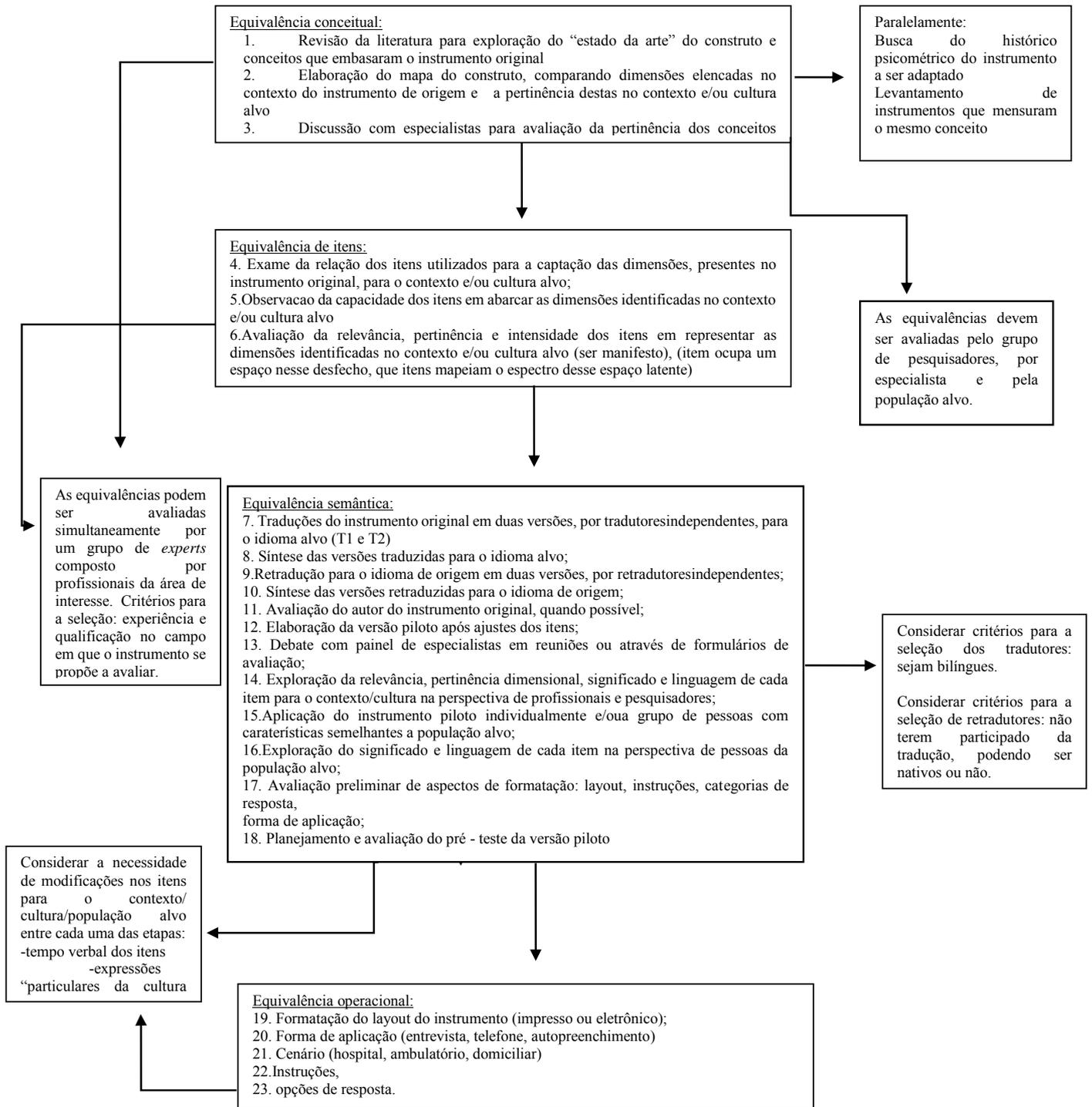
alternativas para opção de resposta e as instruções para o respondente (HERDMAN et al, 1997).

E por fim, a equivalência de mensuração que tem como função explorar as propriedades psicométricas do instrumento traduzido, através dos procedimentos estatísticos; entretanto não será objeto de discussão nesse artigo para aproximação com a temática recomenda-se (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

4.0 ETAPAS DO PROCESSO DE ATCI

Com base na análise da literatura, apresenta-se a seguir a descrição das etapas a serem seguidas no processo ATCI a fim de que as equivalências sejam alcançadas e de nortear esse processo para outros investigadores interessados em adentrar nesta temática.

Figura 1 - Síntese dos aspectos sequenciais a serem considerados durante o processo de ATCI



Fonte: Elaborado pelas autoras

4.1 ELABORAÇÃO DO MAPA DO CONSTRUTO

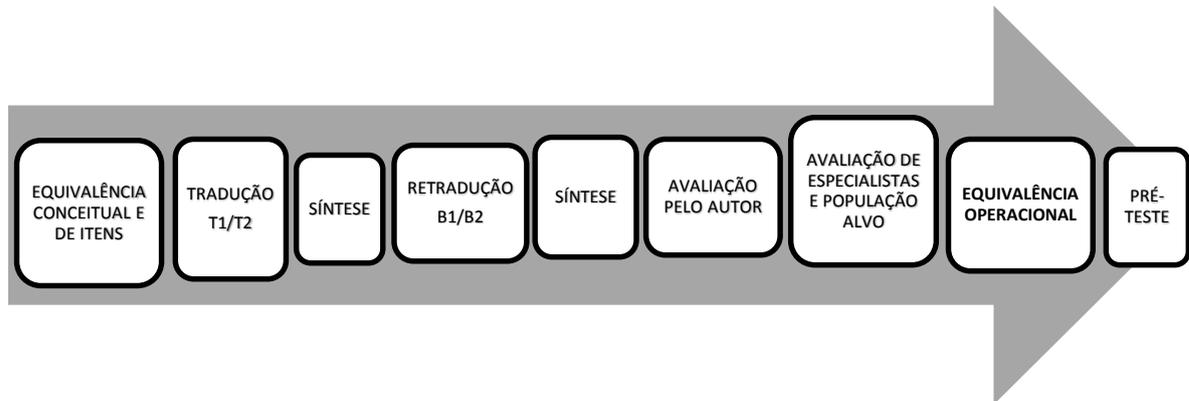
Nesse primeiro momento deve-se realizar-se uma revisão de literatura acerca dos construto a ser estudado e do instrumento utilizado no processo de ATCI. É imprescindível que o instrumento aplicado seja apreciado no que concerne a fundamentação teórica utilizada para o seu desenvolvimento, assim como, suas propriedades psicométricas e seu histórico de utilização. Após essa exploração dos conceitos, elabora-se o mapa do construto com o intuito de avaliar se os itens realmente avaliam o fenômeno que se propõe. Os itens que compõe o instrumento devem ser discutidos com os especialistas e realizado um estudo acerca do significado do construto para a população a ser estudada (Reichenheim, & Moraes, 2007). Se necessário, pode-se realizar a inclusão de itens de acordo com a realidade da cultura onde o instrumento será utilizado. Caso algum item não corresponda ao contexto local, sugere-se o ajuste deste item para atividade equivalente no contexto alvo, pela possibilidade do surgimento de problemas nas análises psicométricas subsequentes caso um item seja excluído (CASSEP-BORGES et al, 2010).

4.2 TRADUÇÃO

A segunda etapa do processo de adaptação transcultural, consiste, então, na tradução de um instrumento do idioma original para o idioma-alvo. Esse processo requer um tratamento equilibrado o qual considera os seguintes aspectos: linguísticos, culturais, contextuais, científicos sobre o construto a ser avaliado (Reicheheim & Moraes, 2007; ALEXANDRE & COLLUCI, 2009; WILD et al., 2005).

Em consenso, alguns pesquisadores sugerem que para essa etapa ocorra, sejam convocados tradutores bilíngues de forma independente para realizar a adequação dos itens do instrumento ao novo idioma (REICHEIHEIM & MORAES, 2007; GUILLEMIN et al., 1993). Preconiza-se hoje, a utilização de, no mínimo, duas versões da tradução do instrumento, realizados separadamente por tradutores distintos a fim de se obter versões distintas possibilitando o aumento de chances para adequação linguística dos itens (CASSEP-BORGES et al, 2010). Os tradutores devem ter pleno domínio em ambos os idiomas que serão trabalhados, ou seja tanto no idioma de origem do instrumento como em sua língua materna (GUILLEMIN et al, 1993).

Figura 2 -Etapas do Processo de ATCI



Alguns autores sugerem que um dos tradutores disponha de alguma compreensão acerca do construto avaliado, assim poderá fornecer uma tradução com maior semelhança científica. Por outro lado, outros autores preconizam que os tradutores não estejam informados sobre os objetivos da tradução, assim tenderá a apresentar uma versão que retrate a linguagem utilizada pelas pessoas do contexto alvo (BEATON et al, 2000).

4.3 SÍNTESE

A terceira etapa equivale à síntese das versões traduzidas, que consiste no processo de resumo das duas versões do instrumento traduzido da língua original para o idioma-alvo. Esse estágio tem como objetivo conseguir uma versão única da tradução, devendo ser realizada para cada item do instrumento (GUILLEMIN et al, 1993). A síntese das versões traduzidas pode ser realizada pelos juízes, na área a que o instrumento se propõe a avaliar ou pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento. Sintetizar as versões de um instrumento, refere-se à comparação das diferentes traduções e avaliação das discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais (CASSEP- BORGES et al, 2010).

Nesse sentido, Borsa, Damásio e Bandeira (2012) consideram que a equivalência semântica avalia se as palavras tem o mesmo ou diferentes significados e se existem erros gramaticais na tradução. Caso as versões traduzidas possam apresentar discrepâncias nesses aspectos, o comitê pode propor uma nova tradução mais adequada às características do instrumento e a realidade em que este será utilizado.

4.4 TRADUÇÃO REVERSA - BACKTRANSLATION

Esse etapa é realizada por pelo menos dois tradutores bilíngues que possuam o idioma inglês como língua materna. Eles não devem ser os mesmos que realizaram a primeira tradução, o objetivo da tradução reversa ou *backtranslation* não deve ser a obtenção de uma equivalência literal dos itens entre as versões traduzidas e a versão original, mas deve constituir-se em uma estratégia para reconhecer palavras que não ficaram claras no idioma alvo, buscando-se assim, encontrar incoerências conceituais quando comparada ao instrumento original (GUILLEMIN et al, 1993).

Desta forma, Tortte, Lima, Pena, Ferreira & Caldas (2014) sugerem que a retradução também pode ser realizada por dois tradutores; um com nacionalidade brasileira com fluência no inglês e outro nativo da língua inglesa.

4.5 SÍNTESE

A quinta etapa compreende uma nova síntese do instrumento que foi retraduzido, que objetiva avaliar a equivalência entre as duas versões traduzidas; obtendo-se uma única versão do instrumento. Essa avaliação será independente e deverá ser cega em relação aos tradutores e retradutores, onde o tradutor responsável pela síntese preferencialmente não deverá saber qual o instrumento é o original e qual é o retraduzido. Dessa avaliação, resultará a versão síntese da retradução. Dois significados linguísticos deverão ser levados em consideração, onde o primeiro refere-se à avaliação de equivalência entre o original e cada uma das retraduições. Havendo o mesmo significado referencial (denotativo) de uma palavra no original e na respectiva tradução entende-se que existe uma correspondência literal entre elas. O segundo aspecto diz respeito ao significado geral (conotativo) de cada item do instrumento original que será comparado a cada item do instrumento traduzido no idioma-alvo. Essa correspondência entre os itens deve superar a literalidade das palavras, pois a mesma reação emocional ou afetiva pode ser evocada em diferentes culturas de formas distintas (REICHEINHEIM, & MORAES, 2007).

Uma vez obtida a versão única do instrumento em inglês essa será retraduzida para o português pelo mesmo tradutor que realizou a síntese da tradução reversa. A versão em português deve ser analisada pelos pesquisadores para identificar distorções na tradução dos itens e decidir sobre as melhores expressões a serem utilizadas para que se possa facilitar o entendimento pela população alvo; ainda nessa etapa, proceder-se adaptações necessárias e

chegar-se a um consenso da versão final do instrumento na língua portuguesa (TROTTE, LIMA, PENA, FERREIRA & CALDAS, 2014).

4.6 AVALIAÇÃO PELO AUTOR DO INSTRUMENTO ORIGINAL

Neste estágio ocorrerá a análise do instrumento que está sendo adaptado pelo autor do documento original. Esta, tem como finalidade, comprovar se os itens tem em sua essência a mesma ideia conceitual que os itens originais (BORSA et al, 2012).

4.7 REVISÃO POR COMITÊ DE ESPECIALISTAS E PÚBLICO ALVO

A sétima etapa compreende a avaliação pelo comitê de juízes ou especialistas. Os especialistas avaliarão se os itens propostos pelo instrumento apresentam equivalência e grau de clareza, enquanto que o público alvo verificará se os itens são compreensíveis e se as expressões estão adequadas para sua realidade, ou seja, do público ao qual o instrumento se destina (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

4.8 COMITÊ DE ESPECIALISTAS NA ÁREA TEMÁTICA

Esse comitê deve avaliar a equivalência entre a versão traduzida e o instrumento original em quatro aspectos a saber: a) equivalência semântica que avalia se as palavras tem o mesmo ou mais de um significado e se existem erros gramaticais na tradução; b) equivalência idiomática avalia se os itens de difícil tradução foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item; c) equivalência experiencial (cultural) visa observar se determinado item do instrumento é aplicável em outra cultura e, se em caso negativo, deve ser substituído por item equivalente; d) equivalência conceitual procura avaliar se determinado termo ou expressão após tradução avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas. Caso a versão traduzida apresente discrepâncias nesses aspectos, os juízes poderão propor uma nova tradução mais adequada às características do instrumento e a realidade em que este será utilizado (BORSA et al, 2012).

Além disso, Herdman et al (1997) recomenda a observação da equivalência operacional que tem como objetivo avaliar a adequação de aspectos do instrumento no contexto alvo como o *layout*, atentando-se para o tamanho e tipo de fonte utilizada, o tipo do papel e a disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento.

Posteriormente a realização dessas etapas, a primeira versão do instrumento estará pronta para a próxima fase que é a avaliação do público alvo que tem como objetivo confirmar se os itens traduzidos são de entendimento para eles, outro aspecto não menos importante que deve ser levado em consideração, o impacto emocional provocado pelo item na população alvo. Nessa etapa não é realizada ainda nenhum procedimento estatístico, deve-se avaliar apenas a adequação dos itens. Em casos de não entendimento, deve-se substituir o item de difícil compreensão por um sinônimo que melhor exemplifique o mesmo. Esta etapa pode ser realizada uma ou mais vezes a depender da necessidade e da complexidade do instrumento adaptado (REICHEIHEIM & MORAES, 2007; WILD et al, 2005).

4.9 ESCOLHA DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS NA ÁREA TEMÁTICA

Outra etapa importante relacionada com a validade de conteúdo do instrumento é a escolha dos juízes. Nesse ponto, a literatura é controversa quanto ao número de profissionais necessários para a realização. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo; já Haynes, Richard e Kubany (1995) indicam de seis a 20 sujeitos e Reicheheim e Moraes (2007) preconizam a participação de 12 a 20 juízes.

Entre os critérios para seleção dos juízes, deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse grupo (GUILLEMIN et al, 1993; MELO et al, 2011). Esse comitê pode ser composto por profissionais da área de saúde e especialistas no campo em que o instrumento se propõe a avaliar, professor de línguas, especialista da metodologia pelos tradutores envolvidos no processo (Alexandre & Colluci, 2009). Dessa forma, um instrumento é considerado válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

A avaliação pelo comitê de especialistas pode ocorrer de forma qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa ocorre através do processo de validade de conteúdo do instrumento que está sendo adaptado, com a realização da equivalência conceitual e de itens e de forma quantitativa, por meio da aplicação do IVC (Índice de Validade Conteúdo) que propõe-se a quantificar o grau de concordância dos itens pelos juízes (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009; POLIT & BECK, 2006).

O IVC, consiste em medir a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

Este método será utilizado para avaliar os critérios elencados pela equipe de pesquisa, como por exemplo, o grau de clareza e de equivalência dos itens. Os especialistas poderão avaliar aspectos do instrumento, ao responder questões como “qual o grau de equivalência deste item?”. Para esse tipo de avaliação pode ser utilizada uma escala do tipo Likert, a exemplo de 1= não equivalente, 2= pouco equivalente, 3= equivalente, 4= muito equivalente (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam a graduação 3 ou 4 pelos especialistas dividido pelo número total de respostas. Os itens que foram discriminados com pontuação “1” ou “2” devem ser revistos ou excluídos. O IVC será considerado adequado acima de 0,78, conforme recomendam os autores para estudos com seis ou mais especialistas (ALEXANDRE & COLLUCI, 2009). O cálculo do IVC consiste na relação entre o número de resposta de alta concordância sobre o número total de juízes que opinaram.

4.10 COMITÊ DE ESPECIALISTAS CONSTITUÍDOS PELA POPULAÇÃO ALVO

Posteriormente a realização dessas etapas, a primeira versão do instrumento estará pronta para a próxima fase que consiste na avaliação dessa versão por pessoas do público alvo. Esta tem como objetivo confirmar se os itens traduzidos são de fácil entendimento para eles. Em casos de não compreensão, deve-se substituir o item de difícil percepção por um sinônimo que melhor exemplifique o mesmo. Esta etapa pode ser realizada uma ou mais vezes a depender da necessidade e da complexidade do instrumento adaptado (CONTI, SCAGLUISSI, QUEIROZ, HEARST, & CORDAS, 2010).

4.11 PRÉ-TESTE

O pré-teste consiste na aplicação do instrumento piloto, que é a última etapa para a avaliação da versão do instrumento, após a revisão dos especialistas. Tem por finalidade, sobretudo, a identificação de problemas de ordem interpretativa. Nesse estágio, pode-se avaliar, aceitabilidade, impacto emocional do instrumento, além do nível de compressão (WILD et al., 2005; HERDMAN et al., 1997).

Alguns autores (MELO *et al.*, 2011), referem-se a esta etapa como testagem com a população e análise semântica, porém é pertinente elucidar que os termos utilizados são correlatos a pré-teste. A aplicação do pré-teste ocorre através do autopreenchimento do instrumento de aplicação ou pelo método da entrevista, porém deve-se atentar para as necessidades e características da população alvo que será aplicado o instrumento. Esta avaliação pode ser realizada mais de uma vez se necessário, pois o pré-teste em sua primeira aplicação pode não ser suficiente para captar todas as alterações que o instrumento precisa. Sugere-se que os itens sejam parafraseados pelos entrevistados, possibilitando o entrevistador anotar se os itens foram ou não compreendidos (PAIXÃO, REICHEINHEIM, MORAES, 2007; HAYNES *et al.*, 1995).

O pré-teste, refere-se a aplicação prévia do instrumento e deve ser feito em uma pequena amostra do público que represente àquela população alvo o qual o instrumento se propõe, e esta pode ser feita de forma individual ou através da formação de grupos focais e pode ser realizada quantas vezes forem necessárias (Reichenheim *et al.*, 2007; Wild *et al.*, 2005). Nesse estágio, é relevante também examinar se os itens permitem facilidade em sua compreensão e se as instruções são claras para os respondentes. Torna-se também pertinente realizar a exploração do significado de cada item, através da realização de questionamentos abertos (SAMPAIO, MORAES & REICHEIHEIM, 2014; PAIXÃO *et al.*, 2007).

Baseado na verificação desses resultados, serão observados os consensos e divergências acerca da compreensão dos itens e o instrumento será reavaliado, a partir das considerações realizadas pelos participantes e poderá, assim, ser executado pela equipe de pesquisadores. Os itens apontados pelos participantes, como extensos, ambíguos, complexos ou de difícil entendimento deverão ter a sua redação reformulada de maneira a melhorar a compreensão do instrumento adaptado (REICHEIHEIM & MORAES, 2007).

Por fim, no pré-teste avalia-se a equivalência operacional, que relaciona-se com a utilização do instrumento na população a qual se quer estudar e consiste em avaliar se as características deste podem interferir no processo de aferição. Neste sentido, são levados em consideração alguns aspectos como: formato dos itens do instrumento, local de aplicação, técnica de aplicação (REICHEIHEIM & MORAES, 2007; GJESRING, CAPLEHOM & CLAUSEN, 2010; SAMPAIO *et al.*, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca do procedimento de ACTI para mensuração de fenômenos subjetivos é um processo rigoroso, complexo que tem sido utilizado com muita frequência no meio científico. Tal procedimento segue diversas etapas protocolares, sugeridas pelos autores referidos neste trabalho. Essas etapas, muitas vezes, diferem na forma e sequência, todavia, há um consenso entre os pesquisadores de que estes estudos não devem concentrar-se apenas na mera tradução dos itens, isoladamente, ou seja, sem atentar para outros aspectos, tais como: equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, validade das medidas e os enfoques psicométricos.

Ratifica-se, na literatura, que os instrumentos de mensuração que foram literalmente traduzidos, podem comprometer a fidedignidade e confiabilidade de seus resultados, uma vez que estes avaliam parcialmente aspectos referentes ao grau de equivalência semântica entre a versão adaptada e a original. Neste artigo, procuramos debater acerca das etapas para adaptação transcultural de instrumentos para medidas de fenômenos subjetivos, seguindo as diretrizes protocolares. Nessa perspectiva, apresentamos uma sequência metodológica das etapas do processo de adaptação transcultural que pode direcionar a realização e ampliação de estudos na área de saúde, propiciando assim, a utilização de ferramentas mais confiáveis e adequadas.

6 BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, N.M.C., & Colluci, M.Z.O. (2009). Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. *Rev. Acta. Paul. Enf*, 22(2): 149-54.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, R., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24):3186-3191.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Rev. Paidéia*, 22(33): 423-432.
- Cassep-Borges, V., Balbinotti, M.A.A., & Teodoro, M.L.M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Interam. J. Psychol*, 43(1): 506-520.
- Conti, M.A., Scagluisi, F., Queiroz, G.K.O., Hearst, N., & Cordas, T.A. (2010). Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. *Cad. Saúde Pública*, 26(3):503-513.
- Gjesring, L., Caplehom, J.R.M., & Clausen, T. (2010). Cross cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC medical research methodology*, 10(13).
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12): 1417-1432.

- Haynes, S.N., Richard, D.C.S., & Kubany, E.S. (1995). Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Physical Assess*, 7(3): 94-105.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of life research*, 6(3):237-247.
- Herdman, M., Rushby-Fox, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the Universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(1): 323-335.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6):382-385.
- Melo, R.P., Moreira, R.P., Fontenelle, A.S.C., Joventino, E.S., & Carvalho, E.C. (2011). Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos em enfermagem. *Rev Rene*, 12(2):424-31.
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Knol, D.L., Startford, P.W., Alonso, J., Patrick, D.L., Bouter, L.M., & DeVet, H.C.W. (2010). *The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties*: a clarification of its content. Retirado: Julho, 8, 2015, de <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/22>.
- Mota, D.C.F., & Pimenta, C.A.M. (2007). Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*; 28(3):309-14.
- Oliveira, A.B.M., Balarini, F.B., & Marques, L.A.S. (2011). Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF*, 16(3): 367-381.
- Paixão, C.M., Reichenheim, M.E., & Moraes, C.L. (2007). Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. *Cad. Saúde Pública*, 23(9): 2013-22.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & Health*, 29: 489-497.
- Regnault, A., & Herdman, M. (2014). Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-culture equivalence of patient-reported outcome instruments. *Qual Life Res*. Retirado: Agosto, 10, 2014, de <http://dx.doi.org/10.1007/s111136-014-0722-8>.
- Reichenheim, M.E., & Moraes, C.L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, 41(4): 665- 73.
- Salmond, S.S. (2008). Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthop Nurs*. 27(1):28-30. Retirado: Setembro, 30, 2013, de <http://dx.doi.org/10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54>.
- Sampaio, P.F., Moraes, C.L., & Reichenheim, M.E. (2014). Equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional da versão brasileira do EMBU para aferição das práticas educativas parentais em adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, 30(8): 1633-38.
- Trotte, L.A.C., Lima, C.F.M., Pena, T.L.M., Ferreira, A.M.O., & Caldas, C.P. (2014). Adaptação transcultural para o português do End of Life Comfort questionnaire-Patient. *Rev Enferm*, 22(4):461-5.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Loorenz-Veerge, A., & Erikson, P. (2005). 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 in Health*, 8(2): 95-104.

6.2 ARTIGO 2

Validade de conteúdo do *General Comfort Questionnaire* para medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio.

Resumo

. **Objetivo:** Apresentar a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural do Questionário Geral de Conforto (GCQ) para pessoas com infarto do miocárdio em unidade de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo metodológico, cujas técnicas de investigação e análise foram de natureza qualitativa e quantitativa. Realizou-se a equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional. Quinze itens foram acrescentados ao instrumento original para retratar melhor o conforto vivido por pessoas com infarto em UTI. Aplicou-se o índice de validade de conteúdo para análise das repostas dos especialistas, sendo considerado adequado acima de 0,78. **Resultados:** Algumas alterações foram sugeridas pelos especialistas para melhor compreensão dos itens, as quais foram adotadas. Todos os itens do GCQ inclusive os novos foram mantidos, obtendo-se uma escala com sessenta e três itens. No pré-teste, realizado com 30 sujeitos, constatou-se a adequação do instrumento ao público alvo. **Conclusão:** O *GCQ-AMI* configura-se como uma versão propícia a aplicação ao público alvo. Para melhor robustez do estudo é essencial a realização da equivalência de mensuração.

Palavras chaves: Comparação Transcultural, Cuidados de Conforto, Infarto do Miocárdio

Abstract

Present the content validity in the process of cross-cultural adaptation of the general questionnaire of comfort for people with myocardial infarction admitted to the intensive care unit (ICU). **Methods:** This is a study and conceptual equivalence of items consisting of literature review on the comfort construct and its relevance in the Brazilian context, semantic equivalence with the steps: translation in two versions, synthesis, back-translation in two versions, short, review by the author of the original document, translation, evaluation by the expert group, pretest and operational equivalence. **Results:** After the validity of content, some changes were suggested by the experts group to better understand the items. These were discussed among researchers, accepted and later the instrument was applied to a group of 30 people to the pretest that demonstrated understanding of the items. **Conclusion:** The *GCQ-AMI*, is configured as a suitable version for use in people with acute myocardial infarction and in the ICU, but for better robustness of the study is essential to carry out the measurement equivalence.

Key-words: Cross- Cultural Comparison, Comfort Care, Myocardial Infarction

1 INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio é causa líder de mortalidade no Brasil (DATASUS, 2014). A mortalidade hospitalar pela doença mantém-se elevada, atingindo proporções de 16,2% em 2005 e 15,3% em 2010 considerando as internações em todo o país (SBC 2013).

Esse evento súbito determina internamento em unidade de cuidados intensivos (UTI) em razão do risco de vida. As pessoas acometidas são submetidas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a monitorização contínua e a medicalização específica. Além disso, vivenciam na UTI um dos cenários de tratamento mais complexos e mecanizados, em razão da gravidade das pessoas internadas e do arsenal de equipamentos utilizados (MARTINS, 2000). O atendimento nesse ambiente tem sido sobretudo caracterizado pela lógica cartesiana/mecanicista, sendo a pessoa concebida como um corpo doente, em partes fragmentadas, onde a racionalidade supera a subjetividade. (BACKES, 2012). Cabe ressaltar que a hospitalização por si só provoca o desconforto da ruptura com a vida cotidiana, ocasionando o afastamento do indivíduo da vida social, familiar e do mundo do trabalho (Mussi, Koizumi etc, 2002).

Nesse contexto, é imprescindível que a equipe de saúde e de enfermagem reflitam e compreendam a situação vivenciada pelas pessoas nessa condição e procurem oferecer no âmbito das possibilidades práticas de cuidado voltadas a promoção do conforto.

O conforto pode ser compreendido como um fenômeno subjetivo, multidimensional que se modifica no tempo e espaço, resultante da interação do indivíduo consigo, com o ambiente e com os outros, como uma experiência positiva, relacional e que pode ocorrer mesmo em estado de adversidade (MUSSI, 2014). É entendido também como um estado de bem estar que pode ocorrer em qualquer estágio do processo saúde-doença (MORSE, 2000). Para Kolcaba (1991, 1994) conforto é positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável.

Embora a concepção de conforto tenha sido melhor compreendida na atualidade, existe a carência de instrumentos precisos para sua mensuração. Entre os existentes, destaca-se O *General Comfort Questionnaire* idealizado por Katherine Kolcaba, o qual foi validado para a medida do conforto de pessoas em condição geral de adoecimento.

Nenhuma instrumento foi identificado para medir o conforto de pessoas com IAM, embora esse evento cardiovascular ameace a vida e provoque inúmeros desconfortos. Essa lacuna na literatura justifica a adaptação transcultural do GCQ para pessoas com infarto sob tratamento intensivo no Brasil, as quais guardam características socioculturais e adoecimento distintas do local onde o GCQ foi validado, demandando adaptação transcultural. É preciso

avaliar de forma crítica e processual se o instrumento que se deseja aplicar é capaz de mensurar o fenômeno numa nova realidade (REICHEIHEIM, MORAES 2007). O termo "adaptação transcultural" vem sendo utilizado para caracterizar um processo em que se analisa tanto aspectos linguísticos, bem como culturais correspondentes ao processo de preparação de um instrumento para uso em outro contexto⁵.

Entende-se a importância de possibilitar a avaliação do nível de conforto de pessoas com infarto e de se orientar a implementação de práticas de cuidar dirigidas para sua promoção e operacionalização com vistas ao estabelecimento de intervenções pautadas em evidências empíricas.

Com base no exposto o presente estudo teve como objetivo apresentar a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio internadas em UTI.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo, o qual empregou os procedimentos teóricos e metodológicos relacionados a validade de conteúdo do processo de adaptação cultural do *General Comfort Questionnaire* (GCQ) para medida do conforto de pessoas com infarto do miocárdio em UTI.

O GCQ foi desenvolvido pela Dr^a Katherine Kolcaba, docente da Universidade de Akron, estado de Ohio, USA para avaliar o conforto de pessoas em situação geral de adoecimento e internamento. Compreende 48 itens referentes aos estados de conforto (calma, alívio e transcendência) e aos contextos em que são experienciados (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural). As alternativas de respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Quanto mais alta for a pontuação maior o nível de conforto e quanto menor a pontuação menor esse nível e maior a necessidade de intervenção.

O estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com nº de parecer consubstanciado 1.374.838. Todos os 30 participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Obteve-se autorização da autora do GCQ para o uso do instrumento original.

Para alcançar a validade de conteúdo utilizou-se o modelo universalista proposto por Hardman et al (1997) e Reicheiheim e Moraes (2007), o qual considera que os construtos podem não ser os mesmos em contextos e culturas diferentes. Portanto, é necessário investigar

previamente se o conceito estudado existe na nova cultura e se é interpretado de forma correspondente para que posteriormente possa ser estabelecida a equivalência transcultural.

A literatura utilizada recomenda que no processo de adaptação transcultural sejam avaliadas as equivalências conceitual e de itens, semântica e operacional (REICHEIHEIM E MORAES, 2007). Segundo Salmond (2008), equivalência é a correspondência entre estudos que utilizam um mesmo instrumento de medida, devendo, no entanto, produzir resultados semelhantes.

Nesse estudo, todas essas equivalências foram avaliadas mediante o seguimento de várias etapas propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton, (1993), Reicheinheim e Moraes (2007) e Borsa (2012), conforme mostra a Figura 1.

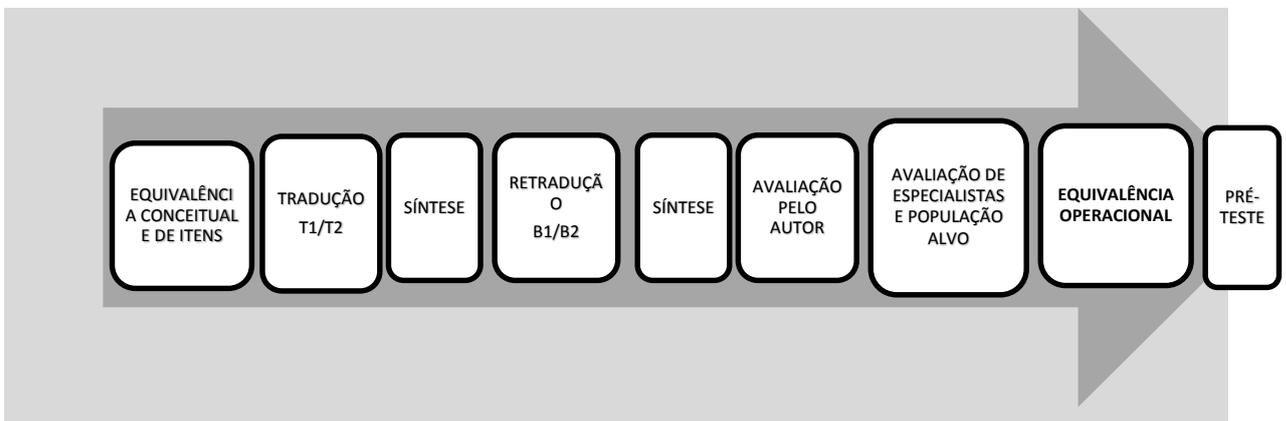


Figura 1. Etapas do Processo de ATCI

2.1 AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

Para compreensão e elaboração do mapa do construto realizou-se ampla revisão de literatura sobre conforto no contexto brasileiro. Além disso, estudou-se a teoria que embasa o instrumento original e analisou-se a relação dos itens do *GCQ* com os seus estados e contextos de conforto. Considerando a adaptação do instrumento para avaliação do conforto de pessoas com infarto do miocárdio em UTI, procedeu-se a revisão e análise da literatura sobre necessidades e experiências dessas pessoas visando verificar se os itens do instrumento refletiam a situação vivenciada nessa condição de adoecimento.

2.2 AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA

A tradução para o português do instrumento *GCQ-General Comfort Questionnaire* foi realizada, individualmente, por dois tradutores de nacionalidade brasileira, habilitados na língua inglesa, obtendo-se as duas primeiras versões do GCQ (T1 e T2). As versões T1 e T2 foram sintetizadas por meio de consenso entre as pesquisadoras de forma que os itens fossem compreensíveis pela população alvo (BOMBARDIER, BEATON, 1993; REICHEINHEIM, MORAES 2007; ALEXANDRE-COLLUCI, 2009; CASSEPP- TEODORO, 2010; BORSA, 2012). Os tradutores que tinham como língua nativa o inglês e habilitação na língua portuguesa. Desse modo, obteve-se duas versões do instrumento denominadas de retrotradução (backtranslation) – B1 e B2.

As versões B1 e B2 em inglês foram avaliadas por um novo tradutor bilíngue que analisou formalmente a equivalência entre as duas retraduições e o instrumento original. Essa avaliação foi independente e cega em relação aos tradutores e retradutores, pois o tradutor responsável pela síntese das versões B1 e B2 não sabia qual era o instrumento original e o retraduzido. Na sequência, a síntese foi avaliada pelo autor do instrumento original visando-se verificar se os itens apresentavam o mesmo sentido e refletiam o construto do documento inicial (ALEXANDRE COLLUCI, 2009; BORSA, 2012. TROTTE, 2014). Após essa análise pelo autor do *GCQ* e acatadas as suas sugestões, a versão foi retraduzida para o português pelo mesmo tradutor que realizou a síntese da etapa anterior.

A última versão do *GCQ* em português foi avaliada por dois grupos de juízes sendo um constituído por sete profissionais especialistas na área temática em que o instrumento se propõe a avaliar (conforto, cuidados críticos e cardiologia e psicométrica) e o outro por 10 pessoas leigas que vivenciaram o infarto e a internação em UTI (HARDMAN, 1998, BORSA, 2012).

O contato com o primeiro grupo de juízes foi feito por carta enviada por *e-mail*, junto como termo de consentimento livre e esclarecido. A resposta favorável ao e-mail foi considerada como aceite e assinatura do TCLE.

Obtendo-se a aquiescência encaminhou-se por *email* três documentos, um apresentava o GCQ e uma síntese da teoria que o embasa, um as instruções para apreciação e um o instrumento para ser avaliado. Os experts avaliaram os itens propostos pelo instrumento em três etapas. Na primeira etapa avaliaram cada item quanto a pertinência ao estado de conforto e na segunda etapa avaliaram cada item quanto a pertinência ao contexto de conforto. Nas duas primeiras etapas, a avaliação foi feita por escala tipo *Likert*, variando de 1 (não concordo) a 4 (concordo totalmente). Em caso de discordância, poderiam sugerir a inclusão, alteração ou eliminação de itens. Na terceira etapa, procederam a avaliação da linguagem e clareza dos itens para a população alvo.

Nesta etapa, a avaliação também foi feita por escala do tipo *Likert*, variando de 1 (não claro) e 4 (muito claro). Caso considerassem o item não claro e pouco claro tinham a possibilidade de apresentar sugestões e redação alternativa.

Após a avaliação de caráter qualitativo do instrumento, passou-se a avaliação quantitativa realizada por meio da aplicação do Índice de Validade Conteúdo (IVC). Este consiste em medir a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE COLLUCI, 2013).

O IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam a pontuação 3 ou 4 pelos especialistas dividido pelo número total de respostas (sete juízes). O IVC foi considerado adequado acima de 0,78, conforme recomendam os autores para estudos com seis ou mais especialistas (ALEXANDRE- COLLUCI, 2009). Itens que tiveram IVC inferior a 0,78 foram revisados.

Após as alterações sugeridas pelo primeiro grupo de juízes, o instrumento foi avaliado pela população alvo, isto é, pelo segundo grupo de juízes quanto a compressão e clareza dos itens. Esse grupo foi constituído por 10 pessoas com infarto internadas na UTI, abordadas pela pesquisadora no leito, após as primeiras vinte e quatro horas de internação. Foram orientados sobre o objetivo da avaliação, sobre o conteúdo e assinatura do TCLE. Por meio de uma conversa cada item foi do *GCQ- IAM* foi lido perguntando-se individualmente sobre o seu entendimento. Em seguida, foram realizadas as adequações necessárias.

Após todas as etapas descritas procedeu-se as alterações no *GCQ* o qual foi submetido a pré-teste, mediante entrevista, que teve como objetivo a identificação de problemas de ordem interpretativa. Ocorreu com 30 pessoas com e infarto internadas em UTI, abordadas no leito, após 24h de internação, convidados a participar do estudo e orientados sobre o TCLE e sua assinatura. Novamente cada item foi lido e a resposta obtida pelo participante era registrada no instrumento, bem como deveriam apreciar a adequação das instruções e do sistema de pontuação adotado. A escolha do número de participantes obedeceu aos critérios estabelecidos na literatura (Beaton et al; 2000).

2.3 AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA OPERACIONAL

Por fim, no pré-teste avaliou-se a equivalência operacional, que relaciona-se a utilização do instrumento na população a qual se quer estudar e consiste em apreciar aspectos

como: formato dos itens do instrumento, tipo de papel utilizado e a disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento, além das instruções para resposta dos itens (HARDMAN et al, 1997, REICHEINHEIM, MORAES 2007; GJSERING et al, 2010).

3 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados segundo as equivalências avaliadas.

3.1 EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

Após a revisão de literatura sobre conforto constatou-se a relevância do construto no contexto brasileiro e sua associação a teoria e a prática da enfermagem (KOLCABA, 1991; ARRUDA - NUNES, 1998; APÓSTOLO, 2005). No decorrer do estudo da teoria que embasa o *GCQ* vários e-mails foram trocados com Katherine Kolcaba visando a sua ampla compreensão. A análise da literatura nacional sobre problemas, necessidades e experiências de pessoas com infarto em UTI mostrou que nem todos os itens do *GCQ* os contemplavam. Esses elementos presentes nesta condição de adoecimento, foram entendidos como relacionados ao construto, dando origem a 15 novos itens. A seguir apresenta-se alguns desses problemas, necessidades e experiências seguidos dos respectivos itens elaborados:

a) Medo de sentir dor novamente, iluminação excessiva, incômodo com o barulho, isolamento social, sensação de sede, horário restrito de visitas, (PONTE et al, 2014; MUSSI, 2010; SCHENEIDER et al, 2008). Itens: 52. Você está com dor no peito agora; 54. A luz deste lugar te incomoda; 63. Você se sente isolado; 49. Você está com sede; 57. Gostaria de ficar mais tempo com sua família (BACKES et al, 2012; PONTE et al 2014; MUSSI 2010; SOUZA et al, 2005;);

b) Incomodo provocado pelos uso dos aparelhos, dificuldade para eliminar diurese, sentir-se invisível enquanto pessoa, ter sido internado de forma inesperada, desorientação no tempo e espaço (PONTE et al 2014; BACKES et al 2012; CARVALHO et al, 2011; MUSSI 2010; FAQUINELO, 2007, SEVERO, 2005; MUSSI, 2002;). Itens: 62. Os aparelhos que usa te perturbam; 55. Você tem dificuldade para urinar; 51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam; Item 53. Sua vida mudou desde que chegou aqui; 50. Você não sabe se agora é dia ou noite;

c) Interrupção do sono (PROENÇA et al, 2011; FAQUINELO, 2007). Item: 61. Você tem dificuldade para dormir;

d) Medo da morte; incerteza da recuperação (PONTE, 2014; MUSSI, 2010; SCHENEIDER et al, 2008; FAQUINELO, 2007; SOUZA, 2005;). Itens: 59 Você não sabe se vai se recuperar; Item 56. Você tem medo de morrer;

e) Dificuldade para alimentar-se (SCHENEIDER et al, 2008; MUSSI et al, 2002). Itens: 60.É difícil comer aqui; Item 58. Você está com falta de ar.

Com base no exposto, o *GCQ-IAM* foi constituído por 63 itens.

3.2 EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA

As traduções T1 e T2 foram avaliadas minuciosamente pelas pesquisadoras para chegar-se a versão síntese (Quadro1). Quinze itens tiveram tradução extremamente semelhantes (1,2,5,8,13,24,25,28,29,30,32,35,40,45,47), com variação basicamente relacionadas ao uso de artigo definido ou indefinido escolhendo-se aquele mais claro. Optou-se por dezenove itens da T2 (3,4,9,10,12,14,15,17,19,20,21,22,23,27,31,38,39,42,46) e por 13 itens da T1 (6,7,16,18,26,33,34,36,37,41,43,44,48) devido a melhor compreensão de seu conteúdo.

Além disso, substituição de palavras por um sinônimo foram feitas para evitar aquelas pouco compreensíveis na cultura brasileira, sendo no item 10, o verbo traduzido para “*inspirar*” e “*lisonjear*” foi substituído pelo sinônimo “*valorizar*”. No item 11, a expressão “ambiente” foi retirada do plural, já que em nosso contexto aplicamos o instrumento apenas na UTI.

Na síntese das retraduições B1 e B2 (Quadro 1), o tradutor julgou que 20 itens da versão B2 (1,4,8,10,11,12,15,16,22,26,27,30,35,36,37,38,39,41,46,47) e 9 itens da versão B1 (2,6,9,13,14,21,32,34,42) eram mais apropriados para compor a versão síntese das retraduições. Os demais itens obtiveram retradução semelhante, sendo mantidos. (3,5,7,17,18,19,20,23,24,25,28,29,31,33,40,43,44,45,48).

A síntese das retraduições foi encaminhada à autora do documento original a qual fez as seguintes sugestões: Item 2 substituição da expressão “*on my treatment*” por “*with my treatment*”; Item 6, substituição do verbo “*lets*” por “*gets*”; Item 12, alteração da expressão “*leave me relaxed*” por “*make me nervours*”; Item 15 substituição do adjetivo “*happy*” por “*able*”; Item 30, substituição “*mak happy*” por “*is pleasant*” e Item 37 mudança do verbo “*write*” para “*send*” (Quadro 1).

As modificações, recomendadas pela autora do instrumento original, foram consideradas pertinentes e incorporadas à nova versão. Depois dessa etapa, o instrumento foi novamente traduzido pelo profissional que realizou a síntese das retraduições (B1 e B2).

Após a retradução optou-se por substituir o pronome “meu” por “seu” na redação do item, já que o instrumento foi planejado para ser aplicado pela entrevista e não pela auto aplicação, em razão do baixo nível socioeconômico da população usuária dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Quadro 1 -Versão original do GCQ, síntese das traduções e retraduições e versão preliminar da GCQ-IAM. Salvador, 2016.

Versão Original	Síntese das traduções (T1 e T2)	Síntese das Retraduições (B1 e B2)	Versão avaliada pelos juízes	Versão final da GCQ- IAM
1. My body is relaxed right now	Meu corpo está relaxado agora	My body is relaxed right now	Seu corpo está relaxado neste eato momento	Seu corpo está relaxado agora
2. I feel useful because I'm working hard	Sou capaz de cooperar com meu tratamento	I'm able to cooperate on my treatment	Você é capaz de cooperar com seu tratamento	Você capaz de ajudar com seu tratamento
3. I have enough privacy	Eu tenho privacidade suficiente	I have enough privacy	Você tem muita privacidade	Você tem muita privacidade
4. There are those I can depend on when I need help	Tenho pessoas em que posso confiar quando preciso de ajuda	I have people I can trust when I need help	Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais
5. I don't want to exercise	Eu não quero me exercitar	I don't want to exercise	Você não quer se exercitar	Você não quer se exercitar
6. My condition gets me down	Minha condição me deixa para baixo	My condition lets me down	Seu problema de saúde te deixa pra baixo	Seu problema de saúde lhe deixa para baixo
7. I feel confidente	Sinto-me confiante	I feel confidente	Você se sente confiante	Você se sente confiante em sua recuperação
8. I feel dependent on others	Eu me sinto dependente dos outros	I feel dependent on others	Você se sente dependente dos outros	ocê se sente dependente dos outros
9. I feel my life is worthwhile right now	Sinto que minha vida tem importância agora	I feel my life is important now	Sente que sua vida é importante	Você sente que sua vida é importante agora
10. I am inspired by knowing that I am loved	Sinto-me valorizado em saber que sou amado	I feel valued for knowing I am loved	Sente-se valorizado(a) por saber que é amado(a)	Você se sente valorizado(a) por saber que sou amado(a)
11. These surroundings are pleasant	Este ambiente é agradável	This environment is pleasant	Este ambiente é agradável	Este lugar é agradável
12. The sounds keep me from resting	Os sons me deixam relaxado	The sounds leave me relaxed	Os ruídos não lhe deixam nervoso (a)	Os ruídos lhe deixam nervoso (a)

13. No one understands me	Ninguém me entende	Nobody understands me	Ninguém lhe entende	Ninguém lhe entende
14. My pain is difficult to endure	É difícil suportar a minha dor	My pain is hard to bear	É difícil suportar sua dor	É difícil suportar sua dor
15. I am inspired to do my best	Fico contente por fazer o meu melhor	I am happy to do my best	Você é capaz de dar o melhor de si	Eu sou capaz de dar o melhor de mim
16. I am unhappy when I am alone	Eu fico infeliz quando estou sozinho	I get unhappy when I am alone	Sente-se infeliz quando está sozinho(a)	Você se sente infeliz quando estou sozinho(a)
17. My faith helps me to not be afraid	Minha fê me ajuda a não ter medo	My faith helps me from being afraid	Sua fê lhe ajuda a não ter medo	Sua fê lhe ajuda a não ter medo
18. I do not like it here	Eu não gosto de estar daqui	I do not like being here	Você não gosta de estar aqui	Você não gosta de estar aqui
19. I am constipated right now	Eu estou constipado	I am constipated	Você está constipado	A prisão de ventre lhe incomoda
20. I do not feel healthy right now	Não me sinto saudável agora	I don't feel healthy right now	Você não se sente sadio (a) nesse exato momento	Você se sente sadio (a) nesse exato momento
21. This room makes me feel scared	Este quarto me faz sentir medo	This room makes me feel scared	Este quarto lhe assusta	Este quarto lhe assusta
22. I am afraid of what is next	Sinto medo do que está por vir	I'm afraid of what's to come	Você tem medo do que está por vir	Você tem medo do que pode acontecer
23. I have a favorite person(s) who makes me feel cared for	Tenho uma pessoa favorita que me faz sentir bem cuidado	I have a favorite person who makes me feel well cared	Tem uma pessoa que cuida muito bem de você	Tem uma pessoa que cuida muito bem de você
24. I have experienced changes which make me feel uneasy	Tenho experimentado mudanças que me deixaram preocupado	I have been though changes that have worried me	Você tem passado por mudanças que te preocupam	Você tem passado por mudanças que lhe preocupam
25. I am hungry	Eu estou com fome	I'm hungry	Está com fome	Você está com fome
26. I would like to see my doctor more often	Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência	I would like to see my doctor more frequently	Você gostaria que seu médico lhe visse com mais frequência	Você gostaria que seu médico lhe visse com mais frequência
27. The temperature in this room is fine	A temperatura neste quarto está boa	The temperature in this room is good	A temperatura neste quarto é boa	A temperatura neste quarto é boa
28. I am very tired	Eu estou muito cansado	I 'm very tired	Você está muito cansado (a)	Você está muito cansado (a)
29. I can rise above my pain	Eu posso superar minha dor	I can overcome my pain	Você pode superar sua dor	Você pode superar sua dor
30. The mood around here uplifts me	O ambiente aqui me deixa para cima	The environment here makes me happy	A atmosfera desse lugar faz você se sentir bem	A atmosfera desse lugar faz você se sentir bem
31. I am contente	Eu estou feliz	I am happy	Você está feliz	Você está feliz
32. This chair (bed) makes me hurt	Esta cama me machuca	This bed hurts me	Esta cama machuca você	Esta cama lhe machuca
33. This view inspires me	Esta vista me inspira	This view inspires me	Esta vista inspira você	Esta vista lhe inspira
34. My personal belongings are not here	Meus objetos pessoais não estão aqui	My personal belongings are not here	Seus pertences pessoais não estão aqui	Seus pertences pessoais não estão aqui
35 I feel out of place here	Eu me sinto deslocado aqui	I feel displaced here	Você se sente deslocado (a) aqui	Você se sente À vontade aqui

36. I feel good enough to walk	Eu me sinto bem o suficiente para andar	I feel well enough to walk	Sente-se bem o bastante para caminhar	Você se sente bem o bastante para caminhar
37. My friends remember me with their cards and phone calls	Meus amigos lembram de mim com cartões e ligações	My friends call me and write me cards	Seus amigos telefonam e enviam cartões para você	Seus amigos telefonam e enviam cartões
38. My beliefs give me peace of mind	Minhas crenças me dão paz de espírito	My beliefs give me spiritual peace	Suas crenças te dão paz espiritual	Suas crenças lhe dão paz espiritual
39. I need to be better informed about my health	Eu preciso estar melhor informado sobre o meu estado de saúde	I need to be better informed about my health	Precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde	Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde
40. I feel out of control	Eu me sinto fora do controle	I feel out of control	Você se sente fora de controle	Você se sente fora do controle da situação
41. I feel crummy because I am not dressed	Eu me sinto miserável por não estar vestido	I feel miserable because I'm not dressed	Você se sente péssimo(a) por não está vestido (a)	Você se sente péssimo(a) por não está vestido (a)
42. This room smells terrible	Este quarto tem um cheiro ruim	This room smells bad	Este quarto tem um cheiro horrível	Este quarto tem um cheiro horrível
43. I am alone but not lonely	Eu estou sozinho, mas não solitário	I am alone, but not lonely	Você está sozinho (a) mas não solitário (a)	Você está sozinho aqui
44. I feel peaceful	Eu estou tranquilo	I am calm	Você está calmo (a)	Você está calmo (a)
45. I am depressed	Eu estou deprimido	I am depressed	Você está deprimido (a)	Você está deprimido (a)
46. I have found meaning in my life	Eu encontrei o sentido da minha vida	I have found my life's meaning	Você encontrou o significado de sua vida	Você encontrou o significado da sua vida
47. It is easy to get around here	É fácil se locomover aqui	It is easy to get around here	É fácil andar por aqui	É fácil andar nesse espaço
48. I need to feel good again	Eu preciso me sentir bem novamente	I need to feel good again	Você precisa se sentir bem novamente	Você precisa se sentir bem novamente
49. -	-	-	Você está com sede	Você está com sede
50. -	-	-	Você não sabe se agora é dia ou noite	Você não sabe se agora é dia ou noite
51.-	-	-	As pessoas que trabalham aqui não te enxergam	As pessoas que trabalham aqui não te enxergam
52.-	-	-	As pessoas que trabalham aqui não lhe enxergam	As pessoas que trabalham aqui não lhe enxergam
53. -	-	-	Você está com dor no peito agora	Você está com dor no peito agora
54.-	-	-	Sua vida mudou desde que chegou aqui	Sua vida mudou desde que chegou aqui
55.-	-	-	A luminosidade te incomoda	A luminosidade te incomoda
56.-	-	-	Você se sente isolado	Você se sente isolado

57.-	-	-	Você tem dificuldade para urinar	Você tem dificuldade para urinar
58.-	-	-	Gostaria de ficar mais tempo com sua família	Gostaria de ficar mais tempo com sua família
59.-	-	-	Você está com falta de ar	Você está com falta de ar
60.-	-	-	Você não sabe se vai se recuperar	Você não sabe se vai se recuperar
61.-	-	-	É difícil comer aqui	É difícil comer aqui
62 .-	-	-	Você tem dificuldade para dormir	Você tem dificuldade para dormir
63 .-	-	-	Os aparelhos que usa te perturbam	Os aparelhos que usa te perturbam

De posse da versão preliminar do *GCQ-IAM* (Quadro 1), essa foi encaminhada aos especialistas para avaliação da pertinência dos itens ao estado e ao contexto de conforto e para avaliação da linguagem e clareza dos itens.

Quanto a análise da pertinência dos 63 itens ao estado de conforto, verificou-se que 44 itens (69,4%) alcançaram IVC de 100%, 15 (23,8%) de 85,7% e 4 (6,34%) de 71,1%. Destaca-se que os 15 itens acrescentados a versão do *GCQ-IAM* obtiveram pontuação superior a 0,78% nesta avaliação (Tabela 1).

Quanto a análise da pertinência dos 63 itens ao contexto de conforto, verificou-se que 43 itens (68,2%) alcançaram IVC de 100%, 15 (23,8%) de 85,7% e 5 (%)de 79,3%. Os 15 itens acrescentados na versão do *GCQ-IAM* também obtiveram pontuação superior a 0,78% nesta avaliação (Tabela 1).

Apesar de poucos itens não atingirem IVC de 0,78 na análise da pertinência ao estado ou contexto de conforto optou-se por sua manutenção, pois nesse momento realiza-se uma análise teórica do instrumento, o que deverá ser levado em consideração na fase empírica de validação do *GCQ-IAM*.

Tabela 1 - Especificação dos itens do *GCQ-IAM* que obtiveram IVC menor que 0,78 na análise dos juízes quanto a pertinência ao estados e contextos de conforto.Salvador, 2016.

Nº item	Item	IVC	Estado do item no GCQ	Opinião dos juízes quanto ao estado de pertinência do item
3	Você tem muita privacidade	0,71	Estado de Alívio	Estado de Calma
11	Esse lugar é agradável	0,71	Estado de Calma	Estado de Transcendência
42	Este quarto tem um cheiro horrível	0,71	Estado de Calma	Estado de Alívio

46	Você encontrou o significado da vida depois que ficou doente	0,71	Estado de Alívio	Estado de Transcendência
Nº item	Item	IVC	Contexto do item no GCQ	Opinião dos juízes quanto ao contexto de pertinência do item
6	Seu problema de saúde lhe deixa para baixo	0,43	Contexto Sociocultural	Contexto Psicoespiritual
10	Você se sente amado por sua família	0,71	Contexto Sociocultural	Contexto Psicoespiritual
32	Esta cama lhe machuca	0,71	Contexto Ambiental	Contexto Sociocultural
35	Você se sente deslocado aqui	0,71	Contexto Ambiental	Contexto Sociocultural
51	As pessoas que trabalham aqui lhe dão atenção	0,71	Contexto Sociocultural	Não Sugeriu

Quanto a linguagem e clareza dos 63 itens, verificou-se que 26 itens (41,2%) alcançaram IVC de 100%, 28 (44,4%) de 85,7%, 9(14,2%) de 71,4 e 1 (1,58%). Todas as sugestões apresentadas pelos juízes foram incorporadas à versão preliminar do *GCQ-IAM*.

Tabela 2 - Especificação dos itens do *GCQ-IAM* que obtiveram IVC menor que 0,78 na análise dos juízes quanto a linguagem e clareza. Salvador, 2016.

Nº item	Item	IVC	Modificação sugerida pelos juízes
4	Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	0,57	Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais
12	Os ruídos não lhe deixam nervoso	0,71	Os ruídos lhe deixam nervoso
19	Você está com prisão de ventre	0,71	A prisão de ventre lhe incomoda
27	A temperatura neste quarto é boa	0,71	A temperatura aqui é boa
35	Você se sente deslocado aqui	0,71	Você se sente à vontade aqui
40	Você se sente fora do controle	0,71	Você se sente fora do controle da situação
43	Você se sente sozinho(a), mas não se sente solitário(a)	0,71	Você se sente sozinho aqui
47	É fácil andar por aqui	0,71	É fácil andar neste espaço
52	A luz deste lugar te incomoda	0,71	A claridade aqui lhe incomoda

Na apreciação dos itens pela população alvo a palavra “constipado” (item 19) era entendida por alguns sujeitos como “estar resfriado”. Desse modo, foi alterada por “prisão de ventre”.

Na última etapa da avaliação semântica, realizou-se o pré-teste do *GCQ-IAM* com 30 pessoas internadas na UTI com diagnóstico de infarto do miocárdio. O tempo médio de resposta do instrumento foi de 23 minutos. O instrumento teve boa aceitação pelo grupo, nenhum

respondente o considerou cansativo, apesar de ter 63 itens. Todos os itens foram bem compreendidos chegando-se a versão final da análise de conteúdo do instrumento. Ademais as instruções foram consideradas claras e corresponderam a seguinte frase: "Muitíssimo obrigada por nos auxiliar neste estudo sobre o conceito de conforto". Existem algumas afirmações abaixo as quais talvez possam descrever seu estado de conforto no momento em que você responde estas questões. Por exemplo: "Eu estou feliz por responder este questionário sobre o meu conforto".

4 DISCUSSÃO

No processo de adaptação transcultural do GCQ para pessoas com infarto do miocárdio, na etapa de avaliação da equivalência conceitual do construto conforto, evidenciou-se que o instrumento original e seus conceitos tinham relevância e aplicabilidade ao contexto brasileiro. Nesta etapa, foi necessário acrescentar quinze itens, pois o instrumento original não contemplava amplamente a especificidade da vivência de pessoas com infarto, em unidade de terapia intensiva. Tal fato poderia ser esperado tendo em vista que o GCQ foi elaborado para avaliar o conforto de pessoas em situação geral de adoecimento, Esses novos itens foram validados na análise semântica pelos dois grupos de juízes, reforçando a importância da exploração da literatura no que se refere a teorias e pesquisas empíricas, bem como da própria observação e experiência das pesquisadoras sobre a condição específica de adoecimento do público alvo. Com isso assegurou-se que os itens abarcaram todos os aspectos do construto estudado para sujeitos sob investigação (Colluci Alexandre et al 2013). Acréscimos de itens podem ser realizados, a partir de revisão bibliográfica ou realização de grupo focal para explorar o fenômeno de acordo com valores culturais e crenças da população alvo (Reicheinheim & Moraes, 2007, Nascimento, Monteiro, 2010).

Todas as traduções e retraduações foram conduzidas conforme preconiza a literatura ratificando-se a importância do seguimento das recomendações em conformidade com a fundamentação teórica adotada para assegurar a fidedignidade da análise semântica (Guilhemin et al, 1993 e Hardman et al (1997).

Após as traduções para o português, o instrumento vertido foi sintetizado pelas autoras da pesquisa em uma única versão que fosse melhor entendida pela população alvo, procurando-se manter a equivalência semânticas das versões. Poucas mudanças foram realizadas nesta fase,

cuja síntese consta no Quadro 1. Selecionar a melhor tradução em português é fundamental para que os itens não sejam julgados de difícil compreensão ou apresentem problemas de equivalência semântica e conceitual (Sampaio, Moraes, Reicheinheim, 2014 Epstein et al (2015).

Em se tratando da retradução para o inglês, duas versões foram alcançadas por dois outros tradutores bilíngues. O perfil do tradutores foi importante, tinham a língua-mãe igual à do instrumento e fluência no idioma (Hardman et al 1997; Reicheinheim & Moraes, Guilhemini et al (1993); Bealton et al (2002); Trotte, (2010). Novamente as versões foram sintetizadas e traduzidas por outro profissional que não teve participação nas etapas anteriores, garantindo assim a manutenção da equivalência conceitual e semântica das versões. Com esse processo foi possível obter uma versão síntese, a qual foi avaliada pela autora do documento original que apontou considerações relacionadas a substituição de verbos, adjetivos e expressões em seis itens. Essa etapa foi considerada relevante para o estudo, pois a avaliação da autora propiciou investigar palavras e expressões que não refletiam a concepção da versão original. É ímpar que o autor do instrumento original possa ter acesso e apreciar a versão retraduzida para observar se os itens em sua essência representam a mesma ideia conceitual dos itens originais (Borsa et al 2012). A retradução dessa versão para o português mostrou de modo mais contundente a aproximação do instrumento com o contexto cultural para o qual estava sendo adaptado.

A análise do instrumento realizada pelo grupo de juízes (especialistas e população-alvo), foi primordial para adequação dos itens do documento original visando o uso no contexto brasileiro. Especialistas com expertise em cardiologia, terapia intensiva, psicometria e conforto puderam assegurar uma avaliação criteriosa do instrumento, oferecendo informações que ampliaram o universo de sugestões e críticas para avaliação do inventário. Entendemos que o número de especialistas foi suficiente para a validade de conteúdo do *GCQ-IAM* sendo recomendada na literatura o mínimo três e máximo de dez (Polit e Beck (2006); Alexandre e Colluci, 2013).

É relevante ressaltar que as instruções encaminhadas aos juízes para procederem a apreciação do *GCQ-IAM*, foram primordiais para escrutinar a pertinência dos itens aos estados, contextos de conforto e a clareza e linguagem dos mesmos. Ofereceram não apenas informações acerca da teoria que embasava o documento original, como também, o passo a passo da avaliação e o que deveria ser considerado em cada etapa da mesma. Os juízes puderam apresentar o seu parecer tendo clareza do que consistia a avaliação, tendo-se recebido os instrumentos devidamente preenchidos.

Na ótica dos especialistas nenhum item do instrumento original necessitaria ser removido, apenas ajustes deveriam ser feitos na redação, incluindo a substituição de palavras ou expressões por outras que fossem melhor entendidas ou adequadas a cultura alvo. Conforme Regnault e Hardman (2014), a retirada de itens pode interferir na equivalência de mensuração, ou seja, avaliação psicométrica do instrumento. As alterações realizadas na redação do item são esperadas no processo de adaptação cultural de instrumentos a fim de se manter a equivalência semântica (Sampaio, Reicheinheim, Moraes 2014).

Com a realização do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) relacionado a clareza e linguagem constatou-se que apenas nove itens do instrumento apresentaram valor inferior a 0,78 havendo necessidade de alteração dos mesmos, adotando-se as sugestões apresentadas pelos juízes. A literatura ratifica que resultados de IVC inferiores a 0,78 exige modificações na redação dos itens, visando melhor compreensão dos mesmos pela população alvo (Alexandre e Coluci, 2013).

Na análise da pertinência dos itens ao estados e contexto de conforto apenas 4 e 5 itens não atingirem IVC superior a 0,78, respectivamente. Nesta etapa do processo de adaptação, não foi levada em consideração a realocação do item em um ou outro estado ou contexto, pois nesse momento realiza-se uma análise teórica do inventário, devendo ser considerado esses resultados na fase empírica de validação do *GCQ-IAM*.

Já na fase de avaliação do GCQ IAM pela população alvo, apenas um item foi sinalizado para substituição do um termo (constipação por prisão de ventre). No pré – teste, o instrumento foi plenamente compreendido e facilmente respondido pelo público alvo. Observou-se que as instruções oferecidas para obter as respostas do GCQ-IAM estavam também claras e que os participantes submetidos a essa etapa não consideraram cansativa a sua aplicação.

A versão final do instrumento manteve o formato e a sequência dos itens apresentados na versão original e está apta a submissão a validade empírica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação reforça a importância da realização das etapas do processo de adaptação cultural, com a execução da equivalência conceitual, elaboração do mapa do construto, como também a execução da equivalência semântica composta por todas as etapas preconizadas na literatura e pela equivalência operacional. Essas etapas são de grande relevância para que se possa identificar imprecisões no processo que podem ocasionar

problemas de compreensão em relação ao contexto para o qual o instrumento está sendo adaptado.

É possível afirmar que o GCQ- IAM alcançou as equivalências requeridas no processo de adaptação transcultural, sendo constituído por 63 itens que deverão ser respondidos mediante escala do tipo Likert de quatro pontos, variando de 1 (não concordo) a 4 (concordo totalmente). Para melhor robustez do estudo, é essencial a realização da equivalência de mensuração que se baseia na investigação das propriedades psicométricas do instrumento e na apreciação da sua confiabilidade.

Os achados apresentados indicam que a versão brasileira do *General Comfort Questionnaire - GCQ-IAM*, configura-se como um instrumento próspero e uma ferramenta que parece válida para avaliar o conforto de pessoas com infarto do miocárdio internadas na UTI. Estudos relativos à equivalência de mensuração serão realizados em futuro próximo com a finalidade de complementar o processo de adaptação transcultural.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre NMC, Colluci MZO, Daniela Milani. Construção de instrumentos de medidas na área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 20(3): 925-936.
- Alexandre NMC, Colluci MZO. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. *Rev. Acta. Paul. Enf* 2009; 22(2): 149-54.
- Alexandre, NMC.Colluci, MZO. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. *Rev. Acta. Paul. Enf* 2009; 22(2): 149-54.
- Alexandre. NMC; Colluci, MZO. Construção de instrumentos de medidas na área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 20(3): 925-936.
- Arruda, EN.Nunes, AMP. Conforto em enfermagem: uma análise teórico conceitual. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 1998; 7(2): 93-110.
- Backes, JC. Paradoxo do trabalho em equipe em um CTI pediátrico: entre sofrimentos, procedimentos e o cuidado. Mestrado em Saúde Pública. Dissertação. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin R, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25 (24):3186-3191.
- Beaton, DE; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self Report Measures *Spine* 2000; 25(24):3186-3191
- Beaton, DE; Bombardier, C.; Guillemin, F; Ferraz, MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self Report Measures *.Spine* 2000. 25(24):3186-3191.
- Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Rev. Paidéia* 2012; 22(33): 423-432.
- Brasil, Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Data SUS, Brasília, 2014. Disponível em <://http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/536programa-detecta-a-ocorrencia-de-infarto-do-miocardio-em-tempo-habil-para-um-melhor-tratamento-dados-do-datas. Acesso em: 02 fev. 2015
- Carvalho, NM; Camrago, AT; Pernambuco, AT. Infarto Agudo do Miocárdio em adulto jovem: relato de caso. *Conexão Ciência on line*. 6(2): 1-15.
- Cassep, VB.; Balbinotti, MA; Teodoro A. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Interam. J. Psychol* 2010; 43(1): 356-365.
- Epstein, J. Santo, RM; Guillemin, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Jornal of Clinical Epidemiology* 2015; 68; 435-441.
- Faquinelto, P. Dióz, MA. UTI na ótica dos pacientes. *REME – Rev. Min. Enf* 2007; 11(1): 41-47.
- Fernanda CM, Koizumi MS, Ângelo M, Lima MS. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram IAM. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(2): 115-24.
- Fernanda CM. A Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(1): 80-7.
- Fernanda CM. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(5): 751-9.
- Gjesring L, Caplehom JRM, Clausen T. Cross cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC medical research methodology* 2010; 10(13): 1-10.

- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12): 1417-1432.
- Hardman, M. et al. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. *Quality of Life Research* 1998; 7: 323-335.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of life research* 1997; 6(3):237-247.
- KOLCABA, K. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J. Nurs. School* 1991; 25(4): 237-240.
- KOLCABA, K. A theory of holistic concept comfort for nursing. *J. Adv. Nurs* 1994; 19:1178-1184.
- Martins, JJ. O cotidiano de trabalho de enfermagem: prazer ou sofrimento? (Dissertação). Florianópolis (SC); Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências e Saúde da UFSC, 2000.
- Mussi, FC; Freitas, KS; Gibaut, MAM. Práticas Del Cuidar em Enfermería: para La Promoción Del Confort. *Index de Enfermeria*. 2014; 23(1-2): 65-69.
- Mussi, FC; Perreira, A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(1):80-7.
- Nascimento, MI, Monteiro GTR. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo de útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(6): 1096-1108.
- Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported: critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 2006; 29: 489-497.
- Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Cuidado de enfermagem para o conforto psicoespiritual. *Esc Anna Nery* (impr.) 2012 out -dez; 16 (4):666 – 673.
- Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com IAM. *Texto Contexto Enferm*; 2014 Florianópolis, Jan-Mar; 23(1): 56-64.
- Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com IAM. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 56-64.
- Proença, MO; Dell Agnolo, CM. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011; 32(2):279-86.
- Regnault A, Herdman M. Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-culture equivalence of patient-reported outcome instruments. *Qual Life Res.* [Internet]. 2014 [acesso em: 10 ago 2014]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s111136-014-0722-8>.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(4): 665- 73.
- Salmond, SS.; Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthop Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 set 2013]; 27(1):28-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54>.
- Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME. Equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional da versão brasileira do EMBU para aferição das práticas educativas parentais em adolescentes. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(8): 1633-38.
- Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008; 17(1): 81-9.
- Severo GC; Girardon-Perlini NMO. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Sci Med* 2005; 15(1):21-29.

Sociedades brasileira de cardiologia, hipertensão e nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão* 2010; 17(1):69-73.

Souza, MZ; oliveira, VLM. Vivenciando o infarto: experiências e expectativas dos pacientes. *Esc. Anna Nery* 2005 abr; 9 (1): 72- 79.

Trotte, LAC; Lima, CFM; Pena, TLN; et al. Adaptação Transcultural para o Português do End of Life Comfort Questionnaire Patient. *Rev. Enf. (UERJ)* 2014; 22(4);461-465.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação reforça a importância da realização das etapas do processo de adaptação cultural, com a execução da equivalência conceitual, elaboração do mapa do construto, como também a execução da equivalência semântica composta por todas as etapas preconizadas na literatura e aqui abordados. Essas etapas são de grande relevância para que se possa identificar imprecisões no processo que podem ocasionar problemas de compreensão em relação ao contexto onde o instrumento está sendo adaptado.

Os desfechos encontrados nesse trabalho após a validade de conteúdo, nos apontam para uma versão brasileira do *General Comfort Questionnaire GCQ- IAM* que configura-se como propícia para aplicação em pessoas com infarto do miocárdio, internados na UTI.

É importante ressaltar que somente após a etapa de avaliação psicométrica, é que poderemos utilizar o instrumento como uma ferramenta válida para se avaliar o conforto de pessoas com infarto do miocárdio internados na UTI. Entretanto, entende-se que o *General Comfort Questionnaire CGQ-IAM* configura-se como um instrumento próspero e que a equivalência de mensuração está sendo cogitada para realização num futuro muito próximo.

REFERÊNCIAS

- ABDELLAH, A.H.; BELANDI, I.L.; MARTINS A, et al. **Patient centered approaches to nursing**. New York, 1960.
- AIKEN, L.R. **Tests Psicológicos y Evaluación Pearson Educación**. México, Pearson Educacion, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLLUCI, M.Z.O. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Rev. Acta. Paul. Enf**, São Paulo, v. 22, n 2, p. 149-54, mai, 2009.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALEXANDRE. N.M.C.; COLLUCI, M.Z.O. Construção de instrumentos de medidas na área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2013.
- AMBUEL, B.; HAMLETT, KW. MARX CM, et al. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the comfort scale. **J. Pediatr. Psychol.** v. 17, n. 1, p. 95-109, 1992.
- AMIGONI, A.; MOZZO, E.; BURGNARO L, et al. Assessing sedation in a pediatric intensive care unit using Comfort Behavioural Scale and Bispectral Index: these tools are different. **Minerva Anesthesiol.** v. 78, n. 3, p.322-9, 2012.
- APOSTOLO, J.L.A.; BATISTA, A.C.M.; MACEDO, C.M.R.; PEREIRA, E.M.R. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. **Referência. II** Serie. n.3, p.55-64, 2006.
- APOSTOLO, J.L.A.; KOLCABA K.; AZEREDO, Z.A et al. Avaliação das qualidades psicométricas do conforto de doentes psiquiátricos. **Psicológica.** v. 44, p. 489-504. 2007.
- APÓSTOLO, J. L. A. O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência. II** Serie, n.9, p.61-67, 2009.
- ARRUDA, E.N.; NUNES, A.M.P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico conceitual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.7, n.2, p.93-110, 1998.

- ASTRENZY, S.; DEKEYSER- GANZ, F. Assessment of the reliability and validity of the Comfort Scale for adult intensive care patients. **The Journal of Acute and Critical Care**. v. 40, p. 44-51. 2011.
- AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C.; OLIVEIRA, R. V. C. Adaptação transcultural de Escala de Auto-estima para Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.3, p.397-405, 2007.
- BACKES, J. C. Paradoxo do trabalho em equipe em um CTI pediátrico: entre sofrimentos, procedimentos e o cuidado. Mestrado em Saúde Pública. Dissertação. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, 178f, 2012.
- BAI, J.; H.S.U, L.; TANG Y et al. Validation of the COMFORT Behavior Scale and the FLACC Scale for Pain Assessment in Chinese Children after Cardiac Surgery. **Pain Management Nursing**. vol. 13, p. 18-26, 2012.
- BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH e Quick DASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007.
- BEATON, D.; et al. Recommendations for the cross-cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons – **Institute for Work & Health**, 1998.
- BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the Process of Cross- Cultural Adaptation of Self Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p.3186-3191, 2000.
- BOERLAGE, A.A.; ISTA, E.; de JONG, M et al. COMFORT behavior scale: is a shorter observation period feasible? **Pediatr Crit Care Med**. v.13, n. 2, p.124-5, 2012.
- BORSA, J.C et al. Adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Rev. Paidéia**. v. 22, n.3, p. 423-4323, 2012.
- BRAGA, G. C. Construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de importância. 2004. 241f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 189f. São Paulo, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1707, 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a **Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção. 1, p.1, 8 jul, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Data SUS, Brasília, 2014. Disponível em <://http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/536programa-detecta-a-ocorrencia-de-infarto-do-miocardio-em-tempo-habil-para-um-melhor-tratamento-dados-do-datas. Acesso em: 02 fev, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.44,2006.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.32,2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde** Datasus. [Internet]. [Citado em 2013Dez]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtbr.def>.

CARVALHO, NM; CAMARGO, AT; PERNAMBUCO, AT. Infarto Agudo do Miocárdio em adulto jovem: relato de caso, 2011.

CASSEP, V.B.; BALBINOTTI, M.A.; TEODORO A. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. **Interam. J. Psychol.** v.43 n.1, p. 356-365. Porto Alegre abr, 2010.

CINTRA E.A.; NISHIDE V.M.; NUNES W.A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico. São Paulo (SP): Atheneu, 2000.

CONTI, M. A. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite InfluenceScale de insatisfação corporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.503-513, 2010.

DALMORO, M.; VIEIRA, K.M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam os resultados. **Rev. Gestão Organizacional**, v. 6. Edição especial, 2013.

DI MARCO, M; KOLCABA K. Comfort Theory and Its Application to Pediatric **Nursing. Pediatric Nursing**, v. 31, n. 3, p. 187-194, 2005.

DOWD, T.; KOLCABA, K.; STEINER, R. Development of the Healing Touch Comfort Questionnaire. **Holistic Nursing Practice**, v. 20, n. 3, p. 122-129, 2006.

DUGAS, B.W. Enfermagem Prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 580.2008.

EPSTEINJ. SANTO, RM; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Jornal of Clinical Epidemiology**, 68; 435-441, 2015.

ELHART, D. et al. Princípios Científicos da Enfermagem. Lisboa, Portuguesa de livros técnicos e científicos, Cap. 4, p.228-96,1983.

ERTHAL, T. C. Manual de Psicometria. 7ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

- FAQUINELO, P. Dióz, M. A UTI na ótica dos pacientes. **REME – Rev. Min. Enf.**; 11(1): 41-47, jan/mar, 2007.
- FEAUTERED in Dowd, T.; Kolcaba, K., & Steiner, R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. **Holistic Nursing Practice**, v. 14, n.2, p. 91-103, 2001.
- FEGADOLLI, C. Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros em condições crônicas: fase I. (Tese) Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 162p. Universidade de São Paulo, 2008.
- FREITAS, K.S. Construção e validação de uma escala de conforto para familiares em estado crítico de saúde (ECONF). (Tese). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 196p. Salvador, 2012.
- FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 441-445. Rio de Janeiro, 2010.
- FULMER, T.; GUADAGNO, L.; BITOMDO DYER, C.; et al. Progress in elder abuse screening and assesment instruments. **J AM Geriatric Soc**, v. 52, p. 297-304, 2004.
- GIBAUT, MAM; HORI, LM; FREITAS, KS; MUSSI, FC. Conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. **Rev. esc enferm USP**, v.47 n°5. p. 115-1121, 2013.
- GIBAUT, M; FREITAS, KS; MUSSI, FC. Conforto de familiares de pessoas na UTI frente ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p.1117-1124, 2013.
- GJERSTAD, A.C.; WAGNER, K.; HENRISSCH, T et al. Skin Conductance versus the Modified COMFORT Sedation Score as a Measure of Discomfort in Artificially Ventilated Children. **Pediatrics**, v. 122, n. 4, p. 848-53, 2008.
- GJESRING, L.; CAPLEHOM, J.R.M.; CLAUSEN, T. Cross cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC medical research methodology**, v. 10, n.13, p. 2-10, 2010.
- GRIEP R.H, CHOR D.; FAERSTEIN E.; LOPES C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev Saúde Pública**; 37: 379-85, 2003.
- GROPPER, EI. Promoting halth by promoting comfort. **Nur. Forum**. v.27, n.2, p.5-8, 1992.
- GUDMUNDSSON, E. Guidelines for translating and adapting physiological instruments. **Nordic Psychology**, v. 61, n.2, p. 29-45, 2009.
- GUERRER, F.J.C. Caracterização do estresse nos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva. **Revista Esc. Enf USP**, v. 42, n.2, p. 365-82, 2008.

- GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-Cultural adaptation of health-related quality of live measures: literature review and proposed guider lines. **J. Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAIR, J.F.; BLACK, W, C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. Análise Multivariada de Dados.6ªed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HANH, V.T.X.; GUILHERMIM F.; CONG, D.D; et al. Health related quality of life adolcents in Vietnan: cross- cultural adaptation and validation of the Adolecnet Duke Health Profile. **Jornal of Adolecent**, v. 28, p. 127-146, 2005.
- HARDMAN, M. et al. A modelo f equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. **Quality of Life Reseach**, v. 7, p.323-335, 1998.
- HARDMAN, M.; FOX- RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and the translation and adaptation of helth-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Reseach**, v. 6, p. 237-247, 1997.
- HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tatics Scale Form R (CTS-1), usada para aferir violência do casal: equivalência semântica e de mensuração. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4,p. 1083-1093, 2003.
- HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Physical Assess**. v. 7, n. 3, p. 94-105, 1995.
- HOLANDA, Aurélio Buarque Ferreira. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.Ed. Positivo. 3ª ed, 2004.
- ISTA E; R.N M.; TIMBBOEL D; et al. Assessment of sedation levels in pediatric intensive care patients can be improved by using the comfort behaviorscale. **Pediatr Crit Care Med**. v. 6, n. 1, p. 58-63, 2005.
- ITC. INTERNATIONAL TEST COMMISSION. International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. ITC. 2010. Disponível em: <http://www.intestcom.org>. Acesso em: 12 de dezembro.de 2014.
- KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Research Fundamentals. Am J Health-Syst Pharm**. v.65, p. 2276-2283, 2008.

- KIROPOULOS, L.A.; MEREDITH, I; CLARCK, A.T.D; et al. Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart diseases. **BMC Psychiatry**, v.12, n.216, p. 2-8, 2012.
- KOLCABA, K. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. Sch.**, v.25, n.4, p.237-240, 1991.
- KOLCABA, K. A theory of holistic concept comfort for nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.19, p.1178-1184, 1994.
- KOLCABA, K. *Comfort Theory and practice: a vision holistic health care and research*. York: **Springer Publishing Company**, In. 264p, 2003.
- KOLCABA, K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Science**, v. 15, n. 11, p- 1-10, 1992.
- KOLCABA, K. The Comfort Line. 2010. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- KOLCABA, K; DIMARCO, M.A. Comforto theory and its application to pediatric nursing. **Pediatric Nursing**. v. 31, n. 3, p.187-194, 2005a.
- LAMINO, D.A.; TURINI, R.N.T; KOLCABA, K. Cancer Patients Caregivers Comfort. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 278-284, 2014.
- LEAL, A.M. The development of instrument for the measurement of psychological comfort. Texas, 2316p. Dissertation (Doctoral),1996.
- LEMOS, R.C.; RUSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Lat. Am. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 345-357, 2002.
- LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, v. 35, n. 6, p.382-385, 1986.
- MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**. Vol 8, nº20. São Paulo, 2006.
- MARTINS, J. J. O cotidiano de trabalho de enfermagem: prazer ou sofrimento? (Dissertação). Florianópolis (SC); Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências e Saúde da UFSC. 133p. Santa Catarina, 2000.
- MCCAY E.; GALLOP R.; AUSTIN W; et al. Sexual abuse comfort scale: a scale to measure nurses' comfort to respond to sexual abuse in psychiatric populations. **J. Psychiatric Ment Health Nurse**, v. 4, n. 5, p.; 361-367, 1997.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- MELO, R.P.; MOREIRA, R. P.; FONTENELLE, A. S.C, et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos em enfermagem. **Rev Rene**. v.12, n.2; p. 424-31, 2011.
- MENEZES, I. G. Escala de intenções comportamentais de comprometimento organizacional: concepção, desenvolvimento, validação e padronização. 2006. 355p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de filosofia e ciências humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- MOKKINK L.B.; TERWEE, C.B.; KNOL, D.L. Startford PW, Alonso J, Patrick DL, Bouter LM, DeVet HCW. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. 2010; [acessado em 2015 Jul 8] 10(22):Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/22>.
- MORSE, J. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Rev. Texto e contexto**.v.7, n.2, p.70-92, 1998.
- MORSE, J. On Comfort and Comforting. **Am J of Nursing**, v.100, n.9, p.34-38, 2000.
- MOTA D.C.F.; PIMENTA C.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n 3, p. 309-14, 2007.
- MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Rev. Acta Paul Enfermagem** v. 18/1, p. 72-81, 2005.
- MUSSI, F. C. Conforto: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo.v.30, n.2, p. 254-66. Agosto de 1996a.
- MUSSI, F. C; FRIEDLANDER, M. R.; ARRUDA, E.N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, vol. 4, n 3, p. 19-39. Ribeirão Preto, dezembro de 1996b.
- MUSSI, F.C.; KIOZUMI, MS.; ANGELO, M.; LIMA, M.S.; Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm**, v. 36, n. 2, p. 115-124. USP, 2002.
- MUSSI, F.C. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartado. **Acta Paul Enf**, v.16, n.3, p. 88-97, 2003.
- MUSSI, FC; A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. **Acta Paul Enferm**;23(1):80-7, 2010.
- MUSSI, F.C.; FREITAS, K.S.; GIBAUT, M.A.M. Prácticas Del Cuidar em Enfermería: para La Promoción Del Confort. **Index de Enfermeria**. Primer- segundo trimestre, v. 23, n.1-2, p. 65-69, 2014.

- NASCIMENTO A.R, CAETANO JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Nursing**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 12- 17, 2003.
- NASCIMENTO, MI, MONTEIRO GTR. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo de útero: três etapas metodológicas e da adaptação do instrumento de coleta de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6): 1096-1108, jun 2010.
- NEMER R.M.; BLASCO P.A.; RUSSMAN, B.S. Validation of a care and comfort hypertonic questionnaire. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 48, p. 181-187, 2006.
- NIELSEN, K.; PELMAN, M.N.; BAKKER, F.M et al. Comparison of the Dutch and English versions of the Carolinas Comfort Scale: a specific quality-of-life questionnaire for abdominal hernia repairs with mesh. **Journal Hernia**, v. 18, p. 459-464,2014.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadoras da atualidade. International Council of Nurses (ICN) apresentação internacional Alliance of Patient's Organization (IAPO); (tradução Telma Ribeiro Garcia). Rio de Janeiro, Elsevier 2010.
- NOVAK, B.; KOLKABA, K.; STREINER, R. T. Measuring comfort in caregiver and patients during late end-of-life care. **The American Journal of Hospice & Palliative-Care**, v. 18, p. 170-180, 2001.
- OLIVEIRA F.P.T.; SANTOS G.S.; SILVA L.S. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de terapia intensiva. **Nursing** (São Paulo), v. 6, n. 60, p.:37-42, 2003.
- OLIVEIRA R.; MARUYAMA S.A.T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. **Rev. Eletr. Enferm** [online]. 2009 Mai [acesso 2014 Dez 10]; 11(2):375-82. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- ORLANDO, L.I. O relacionamento dinâmico enfermeiro – paciente. Cap I; Pag: 7- 11. EPU, 1978.
- PAIXÃO, JR.C.M.; REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L; et al. Adaptação transcultural do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n. 9, p. 2013-2022, 2007.
- PASQUALI L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin**. v. 25, n.5, p. 206 – 213, 1998.
- PASQUALI, L. Psicometria. Rev Esc Enferm. USP, v.43, n.Esp, p.992-999, 2009.
- PASQUALI, L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

- PASQUALI, L. Validade dos Testes Psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.23, n.Esp, p.99-107, 2007.
- PEREIRA, J. C. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 2004.
- PEREIRA, M.N.; COELHO, M.J. O (des) conforto como vínculo do cuidar de enfermagem. UERJ: Rio de Janeiro, 2003.
- PINA, R.Z.; LAPCHINSK, L.F.; PUPULIM, J.S.L. Percepção de pacientes sobre o período de internação na terapia intensiva. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 4, p. 503-508. 2008.
- PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: considerações entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 66-72, 2008.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PONTE, K.M.A. Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. 2011. 176p.(Dissertação)- Mestrado em Enfermagem. Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará.
- PONTE KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. **Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com IAM**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 23(1): 56-64, 2014.
- PORTO I.S.; FIGUEIREDO N.M.A.; SILVA R.C.L.; ROCHA R. Cuidado em UTI:repensando um paradigma. In: Figueiredo NMA, Silva CRL, Silva RCL, organizadores. CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. 2aed. São Caetano do Sul: Yendis; p.75-95,2009.
- PROENÇA, M.O.; DELL AGNOLO, C. M. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes.**Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v.32, n. 2, p. 279-286, jun, 2011.
- REGNAULT A.; HERDMAN, M. Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-culture equivalence of patient-reported outcome instruments. **Qual Life Res**. [Internet]. 2014 [acesso em: 10 ago 2014]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1007/s111136-014-0722-8>.
- REISCHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**.Rio de Janeiro, v. 41. n. 4, p. 665-673,2007.

- REZENDE, V.L.; DERCHAIN, S.; BOTEAGA, N.J, et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Rev. Paideia**, v. 20, n. 46, p.229-237, 2010.
- REZENDE, V.L.; DERCHAIN, S.M.; BOTEAGA N.J et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n. 1, p. 79-87, 2005.
- ROGEAU, C.; BEAUCAMP, F.; ALLART, E et al. Pilot assessment of a comfort scale in stroke patients. **J Neurol Sci**, v. 15, n. 339, p. 102-107. Epub 2014.
- ROSA, L.M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 410-404, jul/set, 2008.
- ROSTOM, A.; ROSS, E.D.; DUBE, C et al. Development and validation of a nurse-assessed patient comfort score for colonoscopy. **Gastrointest Endosc**, v. 77, n. 2, p.:255-261. 2013.
- SALMOND, S.S.; Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs** [Internet]. 2008 [acesso em: 30 set 2013];27(1):28-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54>.
- SAMPAIO P.F.; MORAES, C, L.; REICHENHEIM, M.E. Equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional da versão brasileira do EMBU para aferição das práticas educativas parentais em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**; v. 30, n.8, p.1633-38,2014.
- SAMPAIO, E.S.; MENDES, A.S.; GUIMARÃES, A.C.; MUSSI, FC. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. **Cienc Cuid Saude**; 11(4):687-696, Out/Dez, 2012.
- SANTOS, F.L.M.M.; ARAÚJO, T.L. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 742-748, 2003.
- SANTOS, M.A.C.; VITORINO, J.M.T.; MARÔCO, J. Análise estatística de escalas ordinais. Aplicação na área de saúde infantil e pediatria. **Rev. Eletr. Enfermeira Global**. Abril, n. 30, p. 446-457, 2013.
- SCHNEIDER D.G. A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco (Dissertação),161p. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.
- SCHNEIDER, D.G.; MANSCHEIM, A.M.M.; AUSEN, M.A.B; et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v 17, n1, p. 81-89, jan/mar, 2008.

- SEVERO G.C., GIRARDON-PERLINI N.M.O. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Sci Med.**, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.
- SIRESI, S.G. Using bilinguals to evaluate the comparability of difference language versions of a test. In R.K. Hambleton, P.F. Merenda & C.D. Spielberg (Eds). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* p117-138). Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum, 2006.
- SOARES, M.Z.L.; MAHALEM, A.G.; COSTA, B.S et al. Comparação entre as escalas de Comfort-Behavior e Ramsay em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Dor.** v. 15, n. 1, p. 25-29, 2014.
- SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-55, 2010.
- SOUZA, MZ; OLIVEIRA, VLM. Vivenciando o infarto: experiências e expectativas dos pacientes. *Rev. Ana Neri.* v 9, n 1, 72-79, 2005
- SPEBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v.126, supl. 1, p. 124-128, 2004.
- STEINEIR, R.; MITZEL, A. Efficacy of hand manager for enhancing comfort of hospice patients. **Jornal of Hospice and Palliative Care**, v 6, n. 2, p. 91-101, 2004.
- STEINER, R.; MITZEL, A; KOLCABA, K., DOWD, T. Efficacy of hand massage for enhancing comfort of Hospice Patients. **Journal of Hospice and Palliative Care**, v.6, n. 2, p. 91-101, 2004.
- TRISTÃO, R.M.; GARCIA, N.V.; JESUS, J.A, et al. COMFORT behavior scale and skin conductance activity: what are they really measuring? **Acta Pediatr**, v.102, n. 9, p.402-406. Epub, 2013.
- TROTTE, L.A.C.; Lima, C.F.M.; PENA, T.L.N; et al. Adaptação Transcultural para o Português do End of Life Comfort Questionnaire Patient. **Rev. Enf. (UERJ)**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 461-465, 2014.
- URBINA, S. Fundamentos da Testagem Psicológica. Artmed. Rio Grande do Sul, 2007.
- VAN DER LINDEN, J. C. S.; GUIMARÃES, L. B. M.; TABASNIK, R. Conforto e Desconforto: são transcultural de construtos opostos? In: 3º Congresso Internacional de Pesquisa em Design, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: www.producao.ufrgs.br/.../224. Acessado: 20 de outubro de 2014.

VARGAS, D.; BRAGA, A.L. O enfermeiro na unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, 2002.

WALDOW, V.R. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petropolis: Vozes, 2006.

WILD, D.; GROVE, A.; MARTIN, M.; EREMENCO, S.; et al. 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 in Health**, v.8, n.2, p. 95-104, 2005.

WILSON, L.; KOLCABA, K. Practical application of Comfort Theory in the perianesthesia setting. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.19, n. 3, p. 164-173, 2004.



ANEXO A -
Instrumento
Original



	Strongly Agree		Strongly Disagree	
	4	3	2	1
1. My body is relaxed right now	4	3	2	1
2. I feel useful because I'm working hard	4	3	2	1
3. I have enough privacy	4	3	2	1
4. There are those I can depend on when I need help	4	3	2	1
5. I don't want to exercise	4	3	2	1
6. My condition gets me down	4	3	2	1
7. I feel confident	4	3	2	1
8. I feel dependent on others	4	3	2	1
9. I feel my life is worthwhile right now	4	3	2	1
10. I am inspired by knowing that I am loved	4	3	2	1
11. These surroundings are pleasant	4	3	2	1
12. The sounds keep me from resting	4	3	2	1
13. No one understands me	4	3	2	1
14. My pain is difficult to endure	4	3	2	1
15. I am inspired to do my best	4	3	2	1
16. I am unhappy when I am alone	4	3	2	1
17. My faith helps me to not be afraid	4	3	2	1
18. I do not like it here	4	3	2	1
19. I am constipated right now	4	3	2	1
20. I do not feel healthy right now	4	3	2	1
21. This room makes me feel scared	4	3	2	1
22. I am afraid of what is next	4	3	2	1

23.	I have a favorite person(s) who makes me feel cared for	4	3	2	1
24.	I have experienced changes which make me feel uneasy	4	3	2	1
25.	I am hungry	4	3	2	1
26.	I would like to see my doctor more often	4	3	2	1
27.	The temperature in this room is fine	4	3	2	1
28.	I am very tired	4	3	2	1
29.	I can rise above my pain	4	3	2	1
30.	The mood around here uplifts me	4	3	2	1
31.	I am content	4	3	2	1
32.	This chair (bed) makes me hurt	4	3	2	1
33.	This view inspires me	4	3	2	1
34.	My personal belongings are not here	4	3	2	1
35.	I feel out of place here	4	3	2	1
36.	I feel good enough to walk	4	3	2	1
37.	My friends remember me with their cards and phone calls	4	3	2	1
38.	My beliefs give me peace of mind	4	3	2	1
39.	I need to be better informed about my health	4	3	2	1
40.	I feel out of control	4	3	2	1
41.	I feel crummy because I am not dressed	4	3	2	1
42.	This room smells terrible	4	3	2	1
43.	I am alone but not lonely	4	3	2	1
44.	I feel peaceful	4	3	2	1
45.	I am depressed	4	3	2	1
46.	I have found meaning in my life	4	3	2	1
47.	It is easy to get around here	4	3	2	1
48.	I need to feel good again	4	3	2	1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO B - Carta Liberação Autor (GCQ)



Hello Joselice, You have my permission to adapt the GCQ for cross cultural use in the context of people with myocardial disorders. You may continue to use your adaptation for further psychometric evaluation and future stages of your work. I would be honored to post your adapted instrument with its statistical properties on my web site, adding yours to my extensive list of translated and tested comfort instruments.

Dr. Kathy Kolcaba
Associate Professor (Emeritus)
The University of Akron
Adjunct Faculty, Ursuline College
www.TheComfortLine.com



ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação transcultural de uma escala para medida de conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio

Pesquisador: Joselice Almeida Góis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50270615.6.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.386.874

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Fernanda Carneiro Mussi. Projeto relevante, atual e coerente com a linha de pesquisa da orientadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Adaptar transculturalmente e validar o General Comfort Questionnaire (GCQ), para avaliar medida de conforto de pessoas que sofreram infarto do Miocárdio.

Objetivos Secundários:

- 1 - Traduzir os itens do General Comfort Questionnaire (GCQ) para o contexto de pessoas com IAM;
- 2 - Avaliar a validade de conteúdo do instrumento adaptado para o contexto de pessoas com IAM internadas em UTI;
- 3 - Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento em termos de confiabilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos nesta pesquisa, pois apenas será aplicado um instrumento para avaliar o conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio internados na Unidade de Terapia Intensiva. Serão

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Handwritten signature

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.386.874

abordados apenas aquelas pessoas conscientes e com condições clínicas.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo seria validar um instrumento que irá se configurar como uma ferramenta para os profissionais de terapia intensiva avaliar as situações de conforto vivenciadas por pessoas com Infarto do Miocárdio, internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Tem como desfecho primário "propiciar aos profissionais que atuam na UTI uma ferramenta válida para avaliar o conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo metodológico com delineamento de pesquisa não-experimental no qual as técnicas de investigação e análise qualitativa e quantitativa. A temática é relevante para a prática de enfermagem e para o conforto de pacientes cardíacos. Procedimentos metodológicos estão descritos de maneira clara e criteriosa atendendo ao rigor em cada uma das etapas protocolares do processo de adaptação transcultural. Parte da Hipótese de que Pessoas com Infarto do Miocárdio internadas na unidade de terapia intensiva experenciam muitos desconfortos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios consistentes com o objeto, os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

Recomendações:

Recomendo a aprovação Ad referendum.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências ou inadequações estando em condições de aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

A coordenação homologa o PARECER DE APROVAÇÃO AD REFERENDUM e recomenda a pesquisadora a contatar com o CEPEE.UFBA antes de apresentar os relatórios parcial e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	20/12/2015		Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Douci Santa Rose

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.386.874

Outros	Termo de compromisso.pdf	17:25:15		Aceito
Outros	Termo de compromisso do pesquisador.pdf	26/07/2015 17:24:39		Aceito
Outros	Termo confidencialidade.pdf	26/07/2015 17:24:07		Aceito
Outros	Liberção HGCA.pdf	26/07/2015 17:22:42		Aceito
Outros	Liberção HGC 2.pdf	26/07/2015 17:22:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração de concordância.pdf	26/07/2015 17:21:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto plataforma.pdf	26/07/2015 17:17:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 12 de Janeiro de 2016

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EE/UFBA
COREN-BA 10311

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
APÊNDICE A– Carta Convite aos Juízes

Salvador, 10 de novembro de 2015

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Joselice Almeida Góis, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou desenvolvendo a dissertação intitulada “Adaptação transcultural do General Comfort Questionnaire (GCQ) para pessoas com Infarto do Miocárdio, sob orientação da Dr^a Fernanda Carneiro Mussi.

O objetivo da referida dissertação de mestrado é adaptar e validar o General Comfort Questionnaire (GCQ) para a medida do conforto de pessoas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio no contexto brasileiro. Para o alcance deste objetivo várias etapas metodológicas precisam ser perseguidas. Neste momento, tenho a satisfação em convidar V. Sa para participar como “juiz(a)” da etapa Análise do conteúdo e linguagem dos itens do GCQ, etapa esta inerente a estudos de Adaptação Transcultural.

O General Comfort Questionnaire (GCQ) é um instrumento, criado nos Estados Unidos na língua inglesa, pela pesquisadora Katherine Kolcaba, para avaliar o conforto de pessoas hospitalizadas em situação de adoecimento geral.

Gostaríamos de contar com a sua valiosa colaboração no julgamento de cada item do GCQ – IAM considerando a sua pertinência/representatividade ao contexto e aos estados de conforto, bem como a clareza dos mesmos.

Desta forma, V.Sa. foi escolhido(a) para participar deste estudo como juiz/especialista na área temática deste estudo, pela experiência na área de conforto, cuidados críticos, cardiologia e psicometria, e por reconhecer que sua colaboração é de extrema relevância para a construção desse trabalho.

A adaptação transcultural do GCQ para pessoas com IAM além de reforçar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), oferecerá aos profissionais de saúde que atuam em UTI uma ferramenta válida para avaliar o conforto de pessoas com IAM, numa perspectiva multidimensional e orientar as práticas de cuidar dirigidas a promoção do conforto.

As instruções e os critérios para apreciação e preenchimento dos formulários serão encaminhadas junto com o formulário de avaliação.

Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Após a análise, pedimos que devolva o material em 15 dias para o endereço eletrônico de origem, pois precisamos dar continuidade ao processo de análise.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação e a sua imprescindível competência, desde já agradecemos imensamente a sua colaboração.

Estaremos encaminhando uma declaração relativa a sua contribuição ao trabalho como juiz na apreciação deste instrumento.

Estaremos a seu dispor para quaisquer esclarecimentos,

Joselice Almeida Góis

Mestranda do PPGE- UFBA

email: joselice.gois@hotmail.com

Prof^ª Dr^ª Fernanda Carneiro Mussi

Docente PPGE- UFBA

e-mail: femussi@uol.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B- Versão original, traduções, síntese do General Comfort Questionnaire (GCQ)

Versão em inglês	Tradução I	Tradução II	Síntese
1. My body is relaxed right now	Meu corpo está relaxado agora	Meu corpo está relaxado agora	Meu corpo está relaxado agora
2. I feel useful because I'm working hard	Eu me sinto útil porque eu estou trabalhando duro	Me sinto útil porque estou me esforçando muito	Sinto-me capaz de colaborar com meu tratamento
3. I have enough privacy	Eu tenho bastante privacidade	Tenho privacidade suficiente	Eu tenho privacidade suficiente
4. There are those I can depend on when I need help	Há aqueles em que eu posso confiar quando preciso de ajuda	Existem aqueles que eu dependo quando preciso de ajuda	Tenho pessoas em que posso confiar quando preciso de ajuda
5. I don't want to exercise	Eu não quero me exercitar	Eu não quero me exercitar	Eu não quero me exercitar
6. My condition gets me down	Minha condição me deixa para baixo	Minha condição me deixa triste	Minha condição me deixa pra baixo
7. I feel confident	Sinto-me confiante	Me sinto confiante	Sinto-me confiante
8. I feel dependent on others	Eu sinto que dependo dos outros	Me sinto dependente dos outros	Eu me sinto dependente dos outros
9. I feel my life is worthwhile right now	Eu sinto que minha vida vale à pena agora	Sinto que minha vida tem valor agora	Sinto que minha vida tem importância agora
10. I am inspired by knowing that I am loved	Eu me inspiro por saber que sou amado	Fico lisonjeado em saber que sou amado	Sinto-me valorizado em saber que sou amado
11. These surroundings are pleasant	Estes ambientes são agradáveis	Estes ambientes são agradáveis	Este ambiente é agradável
12. The sounds keep me from resting	Os sons me mantem relaxado	Os sons me deixam relaxado	Os sons me deixam relaxado
13. No one understands me	Ninguém me entende	Ninguém me entende	Ninguém me entende
14. My pain is difficult to endure	Minha dor é difícil de suportar	É difícil suportar minha dor	É difícil suportar a minha dor
15. I am inspired to do my best	Eu estou inspirado a fazer o meu melhor	Fico contente por fazer o meu melhor	Fico contente por fazer o meu melhor
16. I am unhappy when I am alone	Eu fico infeliz quando estou sozinho	Fico infeliz quando estou sozinho	Eu fico infeliz quando estou sozinho
17. My faith helps me to not be afraid	Minha fé ajuda-me a não ter medo	Minha fé me ajuda a não ter medo	Minha fé me ajuda a não ter medo
18. I do not like it here	Eu não gosto de estar aqui	Eu não gosto daqui	Eu não gosto de estar daqui
19. I am constipated right now	Eu estou com prisão de ventre	Eu estou constipado agora	Eu estou constipado
20. I do not feel healthy right now	Eu não me sinto saudável agora	Não me sinto saudável agora	Não me sinto saudável agora
21. This room makes me feel scared	Esta sala me faz sentir medo	Este quarto me dá medo	Este quarto me faz sentir medo

22. I am afraid of what is next	Eu tenho medo do que está por vir	Sinto medo do que está por vir	Sinto medo do que está por vir
23. I have a favorite person(s) who makes me feel cared for	Eu tenho uma pessoa(s) favorita que me faz sentir bem cuidado	Tenho uma pessoa favorita que me faz sentir bem cuidado	Tenho uma pessoa favorita que me faz sentir bem cuidado
24. I have experienced changes which make me feel uneasy	Eu tenho experimentado mudanças que me deixam desconfortável	Passei por mudanças que me deixaram preocupado	Tenho experimentado mudanças que me deixaram preocupado
25. I am hungry	Eu estou com fome	Eu estou com fome	Eu estou com fome
26. I would like to see my doctor more often	Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência	Eu gostaria de ver o médico responsável por mim mais vezes	Eu gostaria de ver meu médico com mais frequência
27. The temperature in this room is fine	A temperatura dessa sala está boa	A temperatura neste quarto está boa	A temperatura neste quarto está boa
28. I am very tired	Eu estou muito cansado	Eu estou muito cansado	Eu estou muito cansado
29. I can rise above my pain	Eu posso superar minha dor	Eu posso suportar minha dor	Eu posso superar minha dor
30. The mood around here uplifts me	O ambiente aqui me eleva	O clima aqui me deixa de bom humor	O ambiente aqui me deixa pra cima
31. I am contente	Eu estou contente	Eu estou feliz	Eu estou feliz
32. This chair (bed) makes me hurt	Esta cadeira(cama) me machuca	Esta cadeira (ou cama) me machuca	Esta cama me machuca
33. This view inspires me	Esta vista me inspira	A vista me inspira	Esta vista me inspira
34. My personal belongings are not here	Meus objetos pessoais não estão aqui	Meus pertences pessoais não estão aqui	Meus objetos pessoais não estão aqui
35 I feel out of place here	Me sinto deslocado aqui	Me sinto deslocado aqui	Eu me sinto deslocado aqui
36. I feel good enough to walk	Eu me sinto bem o suficiente para andar	Me sinto bem o suficiente para andar	Eu me sinto bem o suficiente para andar
37. My friends remember me with their cards and phone calls	Meus amigos lembram de mim com cartões e ligações	Meus amigos me mandam cartões e me ligam	Meus amigos lembram de mim com cartões e ligações
38. My beliefs give me peace of mind	Minhas crenças me proporcionam paz de espírito	Minhas crenças me dão paz de espírito	Minhas crenças me dão paz de espírito
39. I need to be better informed about my health	Eu preciso ser mais bem informado sobre a minha saúde	Eu preciso estar melhor informado sobre o meu estado de saúde	Eu preciso estar melhor informado sobre o meu estado de saúde
40. I feel out of control	Eu me sinto fora de controle	Eu me sinto sem controle	Eu me sinto fora do controle
41. I feel crummy because I am not dressed	Eu me sinto miserável por não estar vestido	Eu me sinto desconfortável por não estar vestido	Eu me sinto miserável por não estar vestido
42. This room smells terrible	Esta sala tem um cheiro horrível	Este quarto tem um cheiro ruim	Esta quarto tem um cheiro ruim
43 .I am alone but not lonely	Eu estou sozinho mas não solitário	Eu estou só, mas não solitário	Eu estou sozinho, mas não solitário
44. I feel peaceful	Eu me sinto tranquilo	Eu estou em paz	Eu estou tranquilo
45. I am depressed	Eu estou deprimido	Eu estou deprimido	Eu estou deprimido
46.. I have found meaning in my life	Eu encontrei significado para minha vida	Eu encontrei o sentido da minha vida	Eu encontrei o sentido da minha vida
47. It is easy to get around here	É fácil se locomover aqui	É fácil se locomover aqui	É fácil se locomover aqui
48. I need to feel good again	Eu preciso me sentir bem novamente	Eu preciso estar bem de novo	Eu preciso me sentir bem novamente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C- Retradução, síntese, revisão pelo autor, versão traduzida

Retradução I	Retradução II	Síntese	Revisão pelo Autor	Versão Traduzida
1. My body is relaxed right now	I feel my body relaxed right now	My body is relaxed right now	My body is relaxed right now	Meu corpo está relaxado neste exato momento
2. I feel capable of collaborating in my treatment	I'm able to cooperate on my treatment	I'm able to cooperate on my treatment	I'm able to cooperate with my treatment	Sou capaz de cooperar com meu tratamento
3. I have enough privacy	I have enough privacy	I have enough privacy	I have enough privacy	Eu tenho muita privacidade
4. I have people I can trust when I need help	I have people who I can trust when I need help	I have people I can trust when I need help	I have people I can trust when I need help	Quando eu preciso de ajuda eu tenho com quem contar
5. I don't want to exercise	I do not want to work out	I don't want to exercise	I don't want to exercise	Eu não quero me exercitar
6. My condition makes me feel low	My condition lets me down	My condition lets me down	My condition gets me down	Meu problema de saúde me deixa pra baixo
7. I feel confident	I feel confident	I feel confident	I feel confident	Eu me sinto confiante
8. I feel dependent on others	I feel dependent from other people	I feel dependent on others	I feel dependent on others	Sinto-me dependente dos outros
9. I feel that my life has more importance now	I feel my life is important now	I feel my life is important now	I feel my life is important now	Sinto o que minha vida é importante agora
10. I feel valued in knowing I am loved	I feel appreciated for I know I am loved	I feel valued for knowing I am loved	I feel valued for knowing I am loved	Sinto-me valorizado(a) por saber que sou amado(a)
11. This environment is pleasant	These surroundings here are pleasant	This environment is pleasant	This environment is pleasant	Este ambiente é agradável
12. The sounds leave me relaxed	The sounds here make me feel relaxed	The sounds leave me relaxed	The sounds make me nervous (chg to neg)	Os ruídos não me deixam nervoso (a)
13. No one understands me	Nobody understands me	Nobody understands me	Nobody understands me	Ninguém me entende
14. My pain is difficult to tolerate	My pain is hard to bear	My pain is hard to bear	My pain is hard to bear	É difícil suportar minha dor

15. I am happy to do my best	I feel glad for doing my best	I am happy to do my best	I am able to do my best	Eu sou capaz de dar o melhor de mim
16. I get unhappy when I am alone	I feel unhappy when I'm alone	I get unhappy when I am alone	I get unhappy when I am alone	Eu me sinto infeliz quando estou sozinho(a)
17. My faith helps me to not be afraid	My faith helps me from being afraid	My faith helps me from being afraid	My faith helps me from being afraid	Minha fé me ajuda a não ter medo
18. I do not like being here	I do not like being here	I do not like being here	I do not like being here	Eu não gosto de estar aqui
19. I am constipated	I feel constipation	I am constipated	I am constipated	Eu estou com prisão de ventre
20. I don't feel healthy right now	I do not feel healthy now	I don't feel healthy right now	I don't feel healthy right now	Eu não me sinto sadio (a) nesse exato momento
21. This room makes me feel scared	This room makes me feel afraid	This room makes me feel scared	This room makes me feel scared	Este quarto me assusta
22. I'm afraid of what's to come	I feel afraid for what may come	I'm afraid of what's to come	I'm afraid of what's to come	Eu tenho medo do que está por vir
23. I have a favorite person who makes me feel cared for	I have a favorite person who makes me feel well cared	I have a favorite person who makes me feel well cared	I have a favorite person who makes me feel well cared	Eu tenho uma pessoa que cuida muito bem de mim
24. I have experienced changes that worried me	I have been through changes that have worried me	I have been through changes that have worried me	I have been through changes that have worried me	Eu tenho passado por mudanças que me preocupam
25. I'm hungry	I'm hungry	I am hungry	I'm hungry	Eu estou com fome
26. I would like to see my doctor more frequently	I would like to see my doctor more often	I would like to see my doctor more frequently	I would like to see my doctor more frequently	Eu gostaria que meu médico me visse com mais frequência
27. The temperature in this room is good	The temperature in this room is okay	The temperature in this room is good	The temperature in this room is good	A temperatura neste quarto é boa
28. I'm very tired	I'm very tired	I'm very tired	I'm very tired	Eu estou muito cansado (a)
29. I can overcome my pain	I can overcome my pain	I can overcome my pain	I can overcome my pain	Eu posso superar minha dor
30. The environment here makes me happy	The surroundings here lift me up	The environment here makes me happy	The environment here is pleasant	A atmosfera desse lugar me faz sentir bem
31. I am happy	I am happy	I am happy	I am happy	Eu estou feliz
32. This bed hurts me	This bed hurts me	This bed hurts me	This bed hurts me	Esta cama de machuca
33. This view inspires me	This view inspires me	This view inspires me	This view inspires me	Esta vista me inspira
34. My personal effects are not here	My personal belongings are not here	My personal belongings are not here	My personal belongings are not here	Meus pertences pessoais não estão aqui
35. I feel displaced here	I feel dislocated here	I feel displaced here	I feel displaced here	Eu me sinto deslocado (a) aqui

36. I feel well enough to walk	I feel good enough to take a walk	I feel well enough to walk	I feel well enough to walk	Eu me sinto bem o bastante para caminhar
37. My friends call me and write me cards	My friends remember of me with cards and calls	My friends call me and write me cards	My friends call me and send me cards	Meus amigos telefonam pra mim e enviam cartões
38. My beliefs give me spiritual peace	My beliefs give me piece of mind	My beliefs give me spiritual peace	My beliefs give me spiritual peace	Minhas crenças me dão paz espiritual
39. I need to be better informed about my health	I need a better checkup on my health condition	I need to be better informed about my health	I need to be better informed about my health	Eu preciso estar melhor informado sobre meu estado de saúde
40. I feel out of control	I feel out of control	I feel out of control	I feel miserable because I'm not dressed	Eu me sinto péssimo(a) por não está vestido (a)
41. I feel miserable because I'm not dressed	I feel miserable for not being dressed	I feel miserable because I'm not dressed	I feel miserable because I'm not dressed	Eu me sinto péssimo(a) por não está vestido (a)
42. This room smells bad	This room smells bad	This room smells bad	This room smells bad	Este quarto tem um cheiro horrível
43. I am alone, but not lonely	I am alone, but not lonely	I am alone, but not lonely	I am alone, but not lonely	Estou sozinho (a) mas não solitário (a)
44. I am calm	I am calm	I am calm	I am calm	Eu estou calmo (a)
45. I am depressed	I am depressed	I am depressed	I am depressed	Eu estou deprimido (a)
46. I have found my life's meaning	I found the meaning of my life	I have found my life's meaning	I have found my life's meaning	Eu encontrei o significado de minha vida
47. It is easy to get around here	It's easy to move around here	It is easy to get around here	It is easy to get around here	É fácil andar por aqui
48. I need to feel good again	I need to feel good again	I need to feel good again	I need to feel good again	Eu preciso me sentir bem novamente



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Juízes

O (a) Sr^o. ou Sr^a. está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que tem como título **“Adaptação transcultural de uma escala para medida de conforto de pessoas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio”** que faz parte das atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA. Este projeto tem como objetivo adaptar transculturalmente e validar o instrumento chamado General Comfort Questionnaire (GCQ) para a medida do conforto de pessoas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio. Por este motivo estamos solicitando a um grupo de especialistas que analisem os itens construídos, a fim de verificar se eles são pertinentes ao constructo conforto e aos seus respectivos fatores, bem como, avaliá-los quanto a alguns critérios considerados importantes para garantir a qualidade dos itens que irão mensurar o construto que ele representa. Desta forma, solicitamos sua valiosa participação em nosso projeto de pesquisa. Ressaltamos que sua participação é voluntária. O Sr. (a) não terá nenhum benefício financeiro na participação. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa garantindo-lhe o anonimato, inclusive após a publicação dos resultados da mesma. A avaliação dos itens da referida pesquisa poderá acarretar e gasto de tempo e energia, porém estamos encaminhando orientações para que a avaliação dos itens do instrumento possa ser acontecer em um mínimo de tempo possível. As orientações estão relacionadas em anexo, caso concorde em participar da pesquisa. O Sr (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e outra via ficará com o pesquisador. Esses dados ficarão armazenados na sala do GISC- Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado a Saúde Cardiovasculares na Escola de Enfermagem da – UFBA por quatro anos, depois serão descartados. Se considerar necessário modificar a redação do item, sinta-se a vontade para apontar a sugestão seguida da sua justificativa. Após a análise, pedimos que devolva o material para o endereço eletrônico de origem. Pedimos também permissão para publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação e a sua imprescindível competência, desde já agradecemos imensamente a sua colaboração.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, da
minha contribuição na pesquisa e concordo participar.

Feira de Santana/ Salvador, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Especialista

Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE E – Apresentação do Instrumento/Instruções Juízes

Instruções para avaliação do General Comfort Questionnaire (GCQ- IAM)

I. Apresentação do Instrumento

Para orientar a avaliação do GCQ-IAM, apresentamos a seguir algumas considerações sobre a teoria que embasou a sua construção original, bem como a descrição do mesmo.

O GCQ é um instrumento elaborado por Katherine Kolcaba, docente da Universidade de Akron, Ohio, Estados Unidos e sua construção teve a finalidade de mensurar o conforto de pessoas hospitalizadas.

Os 48 itens que compõem o instrumento estão respaldados na teoria holística do conforto proposta pela autora. Para ela, o conforto é positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável. Todos os aspectos do conforto estão inter-relacionados e são diagramados numa grade bidimensional que representa o conforto holístico. A primeira dimensão da grade representa a intensidade das necessidades de conforto atendidas e não satisfeitas para alívio, calma e transcendência (estados de conforto). A segunda dimensão da grade é designada como graus de necessidade de conforto internas ou externas, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. A grade surge quando as duas dimensões estão justapostas, produzindo doze células e quando as necessidades são encontradas o conforto é aumentado. Finalmente, a autora define o conforto teoricamente como uma experiência imediata de ter atendidas as necessidades para alívio, calma e transcendência. Todos os 48 itens do instrumento estão contextualizados na intersecção das duas dimensões da grade.

Estados Contextos	CALMA	ALÍVIO	TRANSCENDÊNCIA
FÍSICO	Calma Físico	Alívio Físico	Transcendência Físico
PSICOESPIRITUAL	Calma Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
AMBIENTAL	Calma Ambiental	Alívio Ambiental	Transcendência Ambiental
SOCIOCULTURAL	Calma Sócio-cultural	Alívio Sócio-cultural	Transcendência Sociocultural

Os estados de conforto e os contextos nos quais podem ser experienciados foram definidos como:

Estados

Calma: estado de contentamento ou aceitação da condição de saúde vivenciado pelo indivíduo. É um estado positivo e que ultrapassa o desconforto,

Alívio: estado em que uma necessidade de conforto é atendida ou minimizada por meio de intervenções. Este estado pode não ser pleno, mas refletir a atenuação de uma condição de desconforto.

Transcendência: estado em que o indivíduo sente-se competente para superar/ultrapassar a condição de saúde em que se encontra, inclusive a dor.

Contextos

Físico: contexto relativo a experiência de conforto associada a dimensão fisiológica do indivíduo, a qual pode estar afetada devido a doença ou procedimentos invasivos. Contexto referente a sensações corporais como dor, náusea, prurido, vômito, tremores, a condições de repouso e relaxamento, ao nível de hidratação, a nutrição, a eliminações urinárias e intestinais.

Psicoespiritual: contexto que combina a dimensão psicológica e espiritual do indivíduo. Relaciona-se a consciência interna, aos componentes espirituais, mentais e emocionais, a autoestima, ao autoconceito, a sexualidade e a relação do indivíduo consigo mesmo e com uma ordem ou ser superior.

Ambiental: contexto relacionado a interação do indivíduo com as influências e condições do ambiente externo. Relaciona-se a interação e percepção do indivíduo quanto aos elementos naturais ou artificiais do ambiente onde está inserido, englobando cor, barulho, luz e temperatura.

Sociocultural: contexto relacionado as relações familiares, interpessoais, sociais e culturais, incluindo finanças, apoio, educação, tradições familiares e costumes.

II. Instruções para Análise do Instrumento

Para avaliar o GCQ-IAM, leve em consideração que está sendo validado um instrumento para pessoas adultas e /ou idosas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio e estão internadas em Unidade de Terapia Intensiva. A fim de contemplar a realidade vivida por essas pessoas, alguns itens foram acrescentados ao instrumento com base na revisão da literatura, na observação clínica e na experiência pessoal das autoras.

A avaliação engloba três etapas:

Etapa 1: Avaliação de cada item quanto a pertinência ao estado de conforto

Etapa 2 : Avaliação de cada item quanto a pertinência ao contexto de conforto

Nas etapas 1 e 2 a avaliação será feita mediante uma escala Likert, que varia de 1-não concordo a 4-concordo totalmente. Caso discordem, podem sugerir a inclusão, alteração ou a eliminação de itens.

Para a análise da pertinência considere a relação de cada item com o estado de conforto (calma, alívio e transcendência) e com o contexto de conforto (físico, psicoespiritual, ambiental, sociocultural) .

Etapa 3: Avaliação da linguagem e clareza dos itens para o público alvo

Para esse julgamento você deverá se posicionar mediante uma escala Likert, a qual varia de 1- não claro a 4- muito claro. Caso considere o item não claro e pouco claro, por favor

apresente sugestões de uma redação alternativa para o mesmo. Existe um espaço específico para sugestões, caso julgue falta de clareza na redação dos itens.

Joselice Almeida Góis

Mestranda do PPGE- UFBA

E-mail: joselice.gois@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Fernanda Carneiro Mussi

Docente PPGE- UFBA E-mail: femussi@uol.com.br

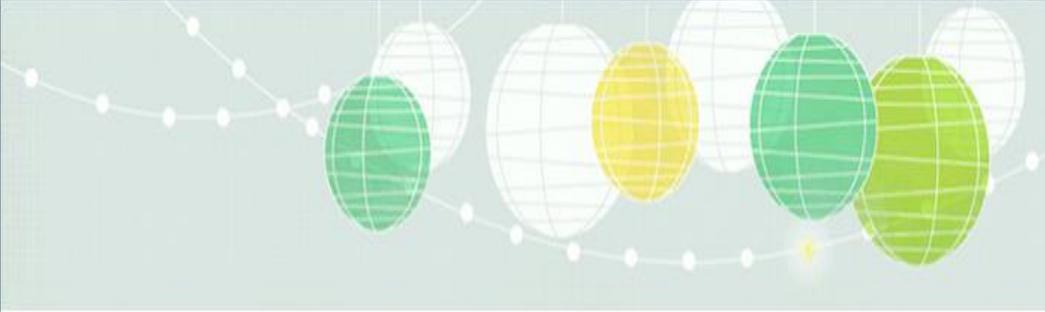


UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE F–Instrumento Avaliação Juízes (Formulário Eletrônico)



APRECIÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO GCQ- IAM

Sou discente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Estou desenvolvendo a pesquisa de conclusão de curso intitulado: "Adaptação transcultural de uma escala para medida do conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio", que tem como objetivo traduzir e adaptar para o português brasileiro o General Comfort Questionnaire para mensurar o conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio e internadas na Unidade de Terapia Intensiva. Esta pesquisa está sob orientação da Prof^ª Dr^ª Fernanda Carneiro Mussi. Caso concorde em participar, marcar os itens abaixo.

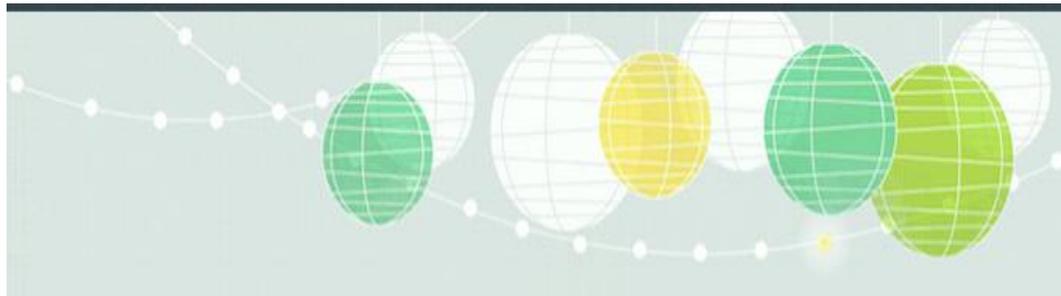
***Obrigatório**

Nome Completo *

Declaração de aceite *

Sim, aceito

− 100% +



APRECIÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO GCQ- IAM

*Obrigatório

Parte I

Caracterização do Juiz

1. Sexo *

Masculino

Feminino

2. Idade em anos *

3. Qual sua área de formação acadêmica? *

APRECIACÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO GCQ- IAM

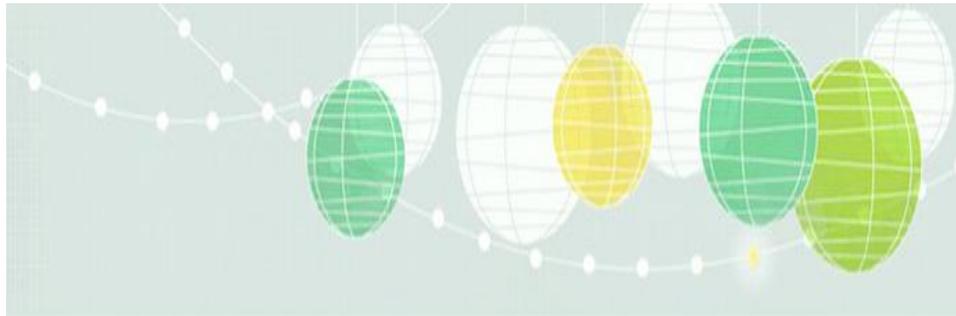
Parte II: Apresentação do Instrumento

Para orientar a avaliação do GCQ-IAM, apresentamos a seguir algumas considerações sobre a teoria que embasou a sua construção original, bem como a descrição do mesmo.

O GCQ é um instrumento elaborado por Katherine Kolcaba, docente da Universidade de Akron, Ohio, Estados Unidos e sua construção teve a finalidade de mensurar o conforto de pessoas hospitalizadas.

Os 48 itens que compõem o instrumento estão respaldados na teoria holística do conforto proposta pela autora. Para ela, o conforto é positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável. Todos os aspectos do conforto estão inter-relacionados e são diagramados numa grade bidimensional que representa o conforto holístico. A primeira dimensão da grade representa a intensidade da necessidade de conforto atendida e não satisfeitas para alívio, calma e transcendência (estados de conforto). A segunda dimensão da grade é designada como graus de necessidade de conforto internas ou externas, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. A grade surge quando as duas dimensões estão justapostas, produzindo 12 células e quando as necessidades são encontradas o conforto é aumentado. Finalmente, a autora define o conforto teoricamente como uma experiência imediata de ter atendidas as necessidades para alívio, calma e transcendência. Todos os 48 itens do instrumento estão contextualizados na intersecção das duas dimensões da grade.

Estados	CALMA	ALÍVIO	TRANCENDÊNCIA
Contextos			



APRECIÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO GCQ- IAM

*Obrigatório

Parte III: Instruções para Análise do Instrumento.

Para avaliar o GCQ-IAM, leve em consideração que está sendo validado um instrumento para pessoas adultas e /ou idosas que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio e estão internadas em Unidade de Terapia Intensiva. A fim de contemplar a realidade vivida por essas pessoas, alguns itens foram acrescentados ao instrumento com base na revisão da literatura, na observação clínica e na experiência pessoal das autoras.

A avaliação engloba três etapas:

Etapa 1: Avaliação de cada item quanto a pertinência ao estado de conforto

Etapa 2 : Avaliação de cada item quanto a pertinência ao contexto de conforto

Na etapa 1 e 2 a avaliação será feita mediante uma escala Likert, que varia de 1-não concordo a 4-concordo totalmente. Caso discordem, podem sugerir a inclusão, alteração ou a eliminação de itens. Para a análise da pertinência considere a relação de cada item com o estado de conforto (calma, alívio e transcendência) e com o contexto de conforto (físico, psíquico, ambiental, sociocultural) .



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE G – Instrumento para Avaliação Juízes

Muitíssimo obrigada por nos auxiliar neste estudo sobre o conceito de conforto. Existem algumas afirmações abaixo as quais talvez possam descrever seu estado de conforto no momento em que você responde estas questões.

Por exemplo:

Eu estou feliz por responder este questionário sobre o meu conforto.

	Concordo 4	Totalmente 3	Discordo 2	totalmente 1
1. Seu corpo está relaxado neste exato momento	4	3	2	1
2. Você é capaz de cooperar com seu tratamento	4	3	2	1
3. Você tem muita privacidade	4	3	2	1
4. Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	4	3	2	1
5. Você não quer se exercitar	4	3	2	1
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo	4	3	2	1
7. Você se sente confiante	4	3	2	1
8. Você se sente dependente dos outros	4	3	2	1
9. Você sente que sua vida é importante agora	4	3	2	1
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)	4	3	2	1
11. Este ambiente é agradável	4	3	2	1
12. Os ruídos não te deixam nervoso (a)	4	3	2	1
13. Ninguém te entende	4	3	2	1
14. É difícil suportar sua dor	4	3	2	1
15. Você é capaz de dar o melhor de si	4	3	2	1
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)	4	3	2	1
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18. Você não gosta de estar aqui	4	3	2	1
19. Você está com prisão de ventre	4	3	2	1

20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento	4	3	2	1
21. Este quarto lhe assusta	4	3	2	1
22. Você tem medo do que estar por vir	4	3	2	1
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você	4	3	2	1
24. Você tem passado por mudanças que te preocupam	4	3	2	1
25. Você está com fome	4	3	2	1
26. Você gostaria que seu médico te visse com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste quarto é boa	4	3	2	1
28. Você está muito cansado (a)	4	3	2	1
29. Você pode superar sua dor	4	3	2	1
30. A atmosfera desse lugar faz você se sentir bem	4	3	2	1
31. Você está feliz	4	3	2	1
32. Esta cama lhe machuca	4	3	2	1
33. Esta vista lhe inspira	4	3	2	1
34. Seus pertences pessoais não estão aqui	4	3	2	1
35. Você se sente deslocado (a) aqui	4	3	2	1
36. Você se sente bem o bastante para caminhar	4	3	2	1
37. Seus amigos telefonam pra você e enviam cartões	4	3	2	1
38. Suas crenças te dão paz espiritual	4	3	2	1
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde	4	3	2	1
40. Você se sente fora de controle	4	3	2	1
41. Você se sente péssimo por não estar vestido (a)	4	3	2	1
42. Este quarto tem um cheiro horrível	4	3	2	1
43. Você está sozinho (a) mas não solitário (a)	4	3	2	1
44. Você está calmo (a)	4	3	2	1
45. Você está deprimido (a)	4	3	2	1
46. Você encontrou o significado de sua vida	4	3	2	1
47. É fácil andar por aqui	4	3	2	1
48. Você precisa se sentir bem novamente	4	3	2	1
49. Você está com sede	4	3	2	1
50. Você não sabe se agora é dia ou noite	4	3	2	1

51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam	4	3	2	1
52. Você está com dor no peito agora	4	3	2	1
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui	4	3	2	1
54. A luz deste lugar te incomoda	4	3	2	1
55. Você tem dificuldade para urinar	4	3	2	1
56. Você tem medo de morrer	4	3	2	1
57. Gostaria de ficar mais tempo com sua família	4	3	2	1
58. Você está com falta de ar	4	3	2	1
59. Você não sabe se vai se recuperar	4	3	2	1
60. É difícil comer aqui	4	3	2	1
61. Você tem dificuldade para dormir	4	3	2	1
62. Os aparelhos que usa te perturbam	4	3	2	1
63. Você se sente isolado	4	3	2	1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Sujeitos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor (a):

O Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**Adaptação transcultural de uma escala para medida do conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio**”. Sou aluna do Curso de Mestrado na Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa sobre o conforto de pessoas internadas na UTI com Infarto do Miocárdio. Pesquiso por exemplo quais os fatores que o senhor (a) percebe serem ou não confortáveis durante seu período de internamento. O resultado desta pesquisa será importante para melhorar a assistência prestada a pessoas internadas na UTI com Infarto do Miocárdio. Se o senhor(a) concordar em participar serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas durante seu internamento. No decorrer da entrevista alguns questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, invasão de sua vida íntima, gasto de tempo e energia para respostas aos mesmo. Caso isso venha acontecer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista sem que isto venham lhe trazer nenhum dano ou prejuízo. O Sr (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e outra via ficará com o pesquisador. A participação nesta pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro para o Sr (a). Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases em que o Sr ou a Sr^a poderá informar o seu nível de conforto em cada situação, e até mesmo se concorda ou não com os itens apresentados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Esses dados ficarão armazenados na sala do GISC- Grupo Interdisciplinar sobre o cuidado a saúde Cardiovasculares na Escola de Enfermagem da – UFBA por quatro anos, depois serão descartados. O Sr. (a) poderá desistir de participar a qualquer momento e não haverá problemas nem para o Sr (a) e nem para sua família. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde possam conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência durante seu período de internamento. Pedimos também permissão para publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo. Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

Assinatura do participante

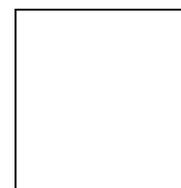
Salvador/ Feira de Santana, _____ de _____ de 2015.

Comitê de Ética em Pesquisa –UFBA

Rua Augusto Vianna s/n. Sala 435. Canela. Salvador- Bahia

Tel. : 71. 32837615. E-mail: cepee. Ufba@

Impressão datiloscópica





UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE I – Instrumento Aplicado

totalmente

Concordo Totalmente Discordo

4 3 2 1

1. Seu corpo está relaxado nesse exato momento	4	3	2	1
2. Você é capaz de cooperar com seu tratamento	4	3	2	1
3. Você tem privacidade	4	3	2	1
4. Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	4	3	2	1
5. Você não quer se exercitar	4	3	2	1
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo	4	3	2	1
7. Você se sente confiante	4	3	2	1
8. Você se sente dependente dos outros	4	3	2	1
9. Sente que sua vida é importante	4	3	2	1
10. Sente-se valorizado(a) por saber que é amado(a)	4	3	2	1
11. Este ambiente é agradável	4	3	2	1
12. Os ruídos não lhe deixam nervoso (a)	4	3	2	1
13. Ninguém te entende	4	3	2	1
14. É difícil suportar sua dor	4	3	2	1
15. Você é capaz de dar o melhor de si	4	3	2	1
16. Sente-se infeliz quando está sozinho(a)	4	3	2	1
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18. Você não gosta de estar aqui	4	3	2	1
19. Você está constipado	4	3	2	1
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento	4	3	2	1
21. Este quarto lhe assusta	4	3	2	1
22. Você tem medo do que estar por vir	4	3	2	1
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você	4	3	2	1
24. Você tem passado por mudanças que te preocupam	4	3	2	1

25. Você está com fome	4	3	2	1
26. Você gostaria que seu médico te visse com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste quarto é boa	4	3	2	1
28. Você está muito cansado (a)	4	3	2	1
29. Você pode superar sua dor	4	3	2	1
30. A atmosfera desse lugar faz você se sentir bem	4	3	2	1
31. Você está feliz	4	3	2	1
32. Esta cama machuca você	4	3	2	1
33. Esta vista inspira você	4	3	2	1
34. Seus pertences pessoais não estão aqui	4	3	2	1
35. Você se sente deslocado (a) aqui	4	3	2	1
36. Você se sente bem o bastante para caminhar	4	3	2	1
37. Seus amigos telefonam e enviam cartões	4	3	2	1
38. Suas crenças te dão paz espiritual	4	3	2	1
39. Precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde	4	3	2	1
40. Você se sente fora de controle	4	3	2	1
41. Você se sente péssimo por não estar vestido (a)	4	3	2	1
42. Este quarto tem um cheiro horrível	4	3	2	1
43. Você está sozinho (a) mas não solitário (a)	4	3	2	1
44. Você está calmo (a)	4	3	2	1
45. Você está deprimido (a)	4	3	2	1
46. Você encontrou o significado de sua vida	4	3	2	1
47. É fácil andar por aqui	4	3	2	1
48. Você precisa se sentir bem novamente	4	3	2	1
49. Você está com sede	4	3	2	1
50. Você não sabe se agora é dia ou noite	4	3	2	1
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam	4	3	2	1
52. Você está com dor no peito agora	4	3	2	1
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui	4	3	2	1
54. A luminosidade te incomoda	4	3	2	1
55. Você se sente isolado (a)	4	3	2	1
56. Você tem dificuldade para urinar	4	3	2	1
57. Você tem medo de morrer	4	3	2	1
58. Gostaria de ficar mais tempo com sua família	4	3	2	1

59. Você está com falta de ar	4	3	2	1
60. Você não sabe se vai se recuperar	4	3	2	1
61. É difícil comer aqui	4	3	2	1
62. Você tem dificuldade para dormir	4	3	2	1
63. Os aparelhos que usa te perturbam	4	3	2	1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICEJ: Escores obtidos na avaliação do IVC – Clareza dos itens

Escores obtidos na avaliação da clareza dos itens da versão brasileira do General Comfort Questionnaire - IAM com respectivos índices de validade de conteúdo								
Item	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	IVC
1	4	3	4	4	4	4	4	100%
2	4	4	2	4	4	4	4	85,70%
3	4	4	4	4	4	4	4	100%
4	4	3	3	2	2	2	2	57%
5	4	4	4	2	4	4	4	85,70%
6	4	4	4	4	4	4	4	100%
7	4	4	4	4	4	4	2	85,70%
8	4	4	4	4	4	4	4	100%
9	4	4	4	4	4	4	4	100%
10	4	4	4	4	4	4	4	100%
11	4	4	4	4	4	4	4	100%
12	4	4	2	3	4	4	2	71,40%
13	4	4	4	4	4	4	4	85,70%
14	4	4	4	2	4	4	4	85,70%
15	4	3	4	3	2	2	4	85,70%
16	4	4	4	4	4	4	4	100%
17	4	1	4	4	4	4	4	85,70%
18	4	4	3	4	4	3	4	100%

19	4	4	4	4	4	2	2	74,40%
20	4	2	4	4	4	4	4	85,70%
21	4	4	4	2	4	4	4	85,70%
22	4	4	4	4	2	3	4	85,70%
23	4	3	3	4	2	3	4	85,70%
24	4	4	4	4	4	4	4	100%
25	4	4	4	4	4	4	4	100%
26	4	4	4	4	4	4	2	85,70%
27	4	2	1	4	4	4	4	71,40%
28	4	4	4	4	4	4	4	100%
29	4	3	4	3	4	4	4	100%
30	4	4	4	4	4	4	4	100%
31	4	1	4	4	4	4	4	85,70%
32	2	2	4	4	4	4	4	71,40%
33	4	4	4	4	4	4	4	100%
34	4	4	2	4	4	4	4	85,70%
35	4	1	4	3	3	2	2	71,40%
36	4	4	4	4	2	4	4	85,70%
37	4	2	4	4	4	4	4	85,70%
38	4	4	3	4	2	4	4	85,70%
39	4	4	4	4	3	4	4	100%
40	4	4	3	2	1	4	4	71,40%
41	4	4	4	4	2	4	4	85,70%
42	4	4	4	4	3	4	4	100%
43	4	4	1	4	3	4	1	71,40%
44	3	4	2	4	4	4	4	85,70%
45	4	4	4	4	2	4	4	85,70%
46	4	3	4	4	3	4	2	85,70%

47	4	4	4	2	4	2	4	71,40%
48	4	4	4	3	2	4	4	85,70%
49	4	4	4	4	4	4	4	100%
50	4	4	4	4	4	4	4	100%
51	4	4	4	4	4	4	4	85,70%
52	4	4	4	4	4	4	4	100%
53	4	4	4	4	4	4	4	100%
54	4	3	4	4	2	4	4	85,70%
55	4	4	4	4	4	4	4	100%
56	4	4	4	4	4	4	4	100%
57	4	4	4	4	4	4	4	100%
58	4	4	4	3	3	4	4	100%
59	4	4	2	4	4	4	4	85,70%
60	4	4	4	4	4	3	4	100%
61	4	4	4	4	4	4	4	100%
62	4	4	4	4	4	4	4	100%
63	4	4	4	4	4	4	4	100%



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE K- Especificação dos itens do *GCQ-IAM* que obtiveram IVC menor que 0,78 na análise dos juízes quanto a pertinência ao estados e contextos de conforto.

Nº item	Item	IVC	Estado do item no GCQ	Opinião dos juízes quanto ao estado de pertinência do item
3	Você tem muita privacidade	0,71	Estado de Alívio	Estado de Calma
11	Esse lugar é agradável	0,71	Estado de Calma	Estado de Transcendência
42	Este quarto tem um cheiro horrível	0,71	Estado de Calma	Estado de Alívio
46	Você encontrou o significado da vida depois que ficou doente	0,71	Estado de Alívio	Estado de Transcendência
Nº item	Item	IVC	Contexto do item no GCQ	Opinião dos juízes quanto ao contexto de pertinência do item
6	Seu problema de saúde lhe deixa para baixo	0,43	Contexto Sociocultural	Contexto Psicoespiritual
10	Você se sente amado por sua família	0,71	Contexto Sociocultural	Contexto Psicoespiritual
32	Esta cama lhe machuca	0,71	Contexto Ambiental	Contexto Sociocultural
35	Você se sente deslocado aqui	0,71	Contexto Ambiental	Contexto Sociocultural
51	As pessoas que trabalham aqui lhe dão atenção	0,71	Contexto Sociocultural	Não Sugeriu



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE L- Especificação dos itens do *GCQ-IAM* que obtiveram IVC menor que 0,78
na análise dos juízes quanto a linguagem e clareza

Nº item	Item	IVC	Modificação sugerida pelos juízes
4	Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	0,57	Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais
12	Os ruídos não lhe deixam nervoso	0,71	Os ruídos lhe deixam nervoso
19	Você está com prisão de ventre	0,71	A prisão de ventre lhe incomoda
27	A temperatura neste quarto é boa	0,71	A temperatura aqui é boa
35	Você se sente deslocado aqui	0,71	Você se sente à vontade aqui
40	Você se sente fora do controle	0,71	Você se sente fora do controle da situação
43	Você se sente sozinho(a), mas não se sente solitário(a)	0,71	Você se sente sozinho aqui
47	É fácil andar por aqui	0,71	É fácil andar neste espaço
52	A luz deste lugar te incomoda	0,71	A claridade aqui lhe incomoda



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Apêndice M – Versão Final GCQ- IAM

Questionário Geral sobre Conforto no Infarto do Miocárdio

Muitíssimo obrigada por nos auxiliar neste estudo sobre o conceito de conforto. Existem algumas afirmações abaixo as quais talvez possam descrever seu estado de conforto no momento em que você responde estas questões.

Por exemplo:

Eu estou feliz por responder este questionário sobre o meu conforto.

	Concordo Totalmente	Discordo totalmente		
	b 4	3	2	1
1. Seu corpo está relaxado neste exato momento	4	3	2	1
2. Você é capaz de cooperar com seu tratamento	4	3	2	1
3. Você tem muita privacidade	4	3	2	1
4. Quando você precisa de ajuda tem com quem contar	4	3	2	1
5. Você não quer se exercitar	4	3	2	1
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo	4	3	2	1
7. Você se sente confiante	4	3	2	1
8. Você se sente dependente dos outros	4	3	2	1
9. Você sente que sua vida é importante agora	4	3	2	1
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)	4	3	2	1
11. Este ambiente é agradável	4	3	2	1
12. Os ruídos não te deixam nervoso (a)	4	3	2	1
13. Ninguém te entende	4	3	2	1
14. É difícil suportar sua dor	4	3	2	1
15. Você é capaz de dar o melhor de si	4	3	2	1
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)	4	3	2	1
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo	4	3	2	1
18. Você não gosta de estar aqui	4	3	2	1

19. Você está com prisão de ventre	4	3	2	1
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento	4	3	2	1
21. Este quarto lhe assusta	4	3	2	1
22. Você tem medo do que estar por vir	4	3	2	1
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você	4	3	2	1
24. Você tem passado por mudanças que te preocupam	4	3	2	1
25. Você está com fome	4	3	2	1
26. Você gostaria que seu médico te visse com mais frequência	4	3	2	1
27. A temperatura neste quarto é boa	4	3	2	1
28. Você está muito cansado (a)	4	3	2	1
29. Você pode superar sua dor	4	3	2	1
30. A atmosfera desse lugar faz você se sentir bem	4	3	2	1
31. Você está feliz	4	3	2	1
32. Esta cama lhe machuca	4	3	2	1
33. Esta vista lhe inspira	4	3	2	1
34. Seus pertences pessoais não estão aqui	4	3	2	1
35. Você se sente deslocado (a) aqui	4	3	2	1
36. Você se sente bem o bastante para caminhar	4	3	2	1
37. Seus amigos telefonam pra você e enviam cartões	4	3	2	1
38. Suas crenças te dão paz espiritual	4	3	2	1
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde	4	3	2	1
40. Você se sente fora de controle	4	3	2	1
41. Você se sente péssimo por não estar vestido (a)	4	3	2	1
42. Este quarto tem um cheiro horrível	4	3	2	1
43. Você está sozinho (a) mas não solitário (a)	4	3	2	1
44. Você está calmo (a)	4	3	2	1
45. Você está deprimido (a)	4	3	2	1
46. Você encontrou o significado de sua vida	4	3	2	1
47. É fácil andar por aqui	4	3	2	1
48. Você precisa se sentir bem novamente	4	3	2	1
49. Você está com sede	4	3	2	1
50. Você não sabe se agora é dia ou noite	4	3	2	1

51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam	4	3	2	1
52. Você está com dor no peito agora	4	3	2	1
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui	4	3	2	1
54. A luz deste lugar te incomoda	4	3	2	1
55. Você tem dificuldade para urinar	4	3	2	1
56. Você tem medo de morrer	4	3	2	1
57. Gostaria de ficar mais tempo com sua família	4	3	2	1
58. Você está com falta de ar	4	3	2	1
59. Você não sabe se vai se recuperar	4	3	2	1
60. É difícil comer aqui	4	3	2	1
61. Você tem dificuldade para dormir	4	3	2	1
62. Os aparelhos que usa te perturbam	4	3	2	1
63. Você se sente isolado	4	3	2	1