

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E FIDEDIGNIDADE DA *SELF-CARE OF CHRONIC ANGINA INDEX* PARA USO NO BRASIL

PORTO ALEGRE

2013

SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL, FIDEDIGNIDADE E VALIDAÇÃO
INICIAL DA *SELF-CARE OF CHRONIC ANGINA INDEX* PARA USO NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra^a. Eneida Rejane Rabelo da Silva

PORTO ALEGRE

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Chiarelli da Silva Pokorski, Simoni
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E FIDEDIGNIDADE
DA SELF-CARE OF CHRONIC ANGINA INDEX PARA USO NO
BRASIL / Simoni Chiarelli da Silva Pokorski. --
2013.
61 f.

Orientadora: Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. TRADUÇÃO. 2. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL. 3.
FIDEDIGNIDADE DE INSTRUMENTO. I. Rejane Rabelo da
Silva, Eneida, orient. II. Título.

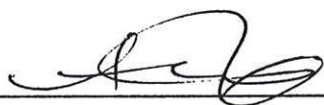
SIMONI CHARELLI DA SILVA POKORSKI

Adaptação Transcultural, Fidedignidade e Validação Inicial da Self Core of Chronic Angina Index para uso no Brasil.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de março de 2013.


BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Presidente da Banca – Orientadora

UFRGS



Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

Membro da banca

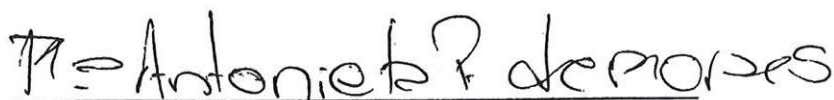
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Graciele Fernanda da Costa Linch

Membro da banca

UFCSPA



Profa. Dra. Maria Antonieta Pereira de Moraes

Membro da banca

UFRGS

Dedico este trabalho aos meus dois grandes amores: Meus filhos Mateus e Arthur, pequenas grandes bênçãos de Deus.

AGRADECIMENTOS

À Deus, princípio e fim de todas as coisas, Senhor da minha vida, que todos os dias provê as condições necessárias para a minha existência.

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que renunciaram seus sonhos para que eu pudesse viver os meus;

Ao meu esposo, companheiro de caminhada e grande incentivador, por suportar as minhas ausências;

À minha orientadora, Dra Eneida Rejane Rabelo da Silva, pelo profissionalismo, por acreditar e confiar em mim - proporcionando meu crescimento pessoal e profissional nesses últimos nove anos de convivência.

Aos colegas e amigos da Hemodinâmica e Unidade de Cuidados Coronarianos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial as colegas Clarisse Maia e Silva e Roselene Matte, exemplos de profissionalismo e dedicação à Enfermagem, pela parceria de todos os dias.

Ao Núcleo de Assessoria Estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial a Dra Jandyra Fachel, pela disponibilidade e pela grandeza em dividir seu conhecimento sobre o método que escolhemos utilizar;

Ao Fundo de Incentivo a Pesquisa pelas etapas de tradução e retrotradução deste trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de formação de excelência;

Aos pacientes, razão do nosso trabalho, com os quais buscamos desenvolver novos saberes e nos tornamos profissionais melhores.

RESUMO

Estudos indicam a importância da prática do autocuidado aliada ao tratamento farmacológico de pacientes com doença arterial coronariana (DAC). Neste estudo, considerou-se a definição de autocuidado como um processo de tomada de decisão que consiste na busca da estabilidade fisiológica através de manutenção da adesão farmacológica e das adaptações para um estilo de vida saudável, bem como a capacidade do paciente em monitorar os sintomas e tomar decisões adequadas na ocorrência destes. A necessidade da avaliação das habilidades dos pacientes em desempenhar o autocuidado, assim como a necessidade de verificar a efetividade das orientações fornecidas e o impacto dessas em desfechos clínicos demandaram o desenvolvimento de escalas de medida de autocuidado. Pesquisadores americanos desenvolveram a *Self-Care of Chronic Angina Index* (SCCAI), que permite a avaliação do autocuidado nas etapas de manutenção, manejo e confiança. A SCCAI é composta por 22 itens e dividida em três escalas. No Brasil, não temos escalas validadas que avaliem o autocuidado em pacientes com angina crônica nas diferentes etapas de manutenção, de manejo e de autoconfiança. Baseados nessa prerrogativa, desenvolveu-se um estudo metodológico com o objetivo de realizar a adaptação transcultural, validação de conteúdo e a fidedignidade da SCCAI. A escala adaptada e validada foi denominada Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira. As propriedades psicométricas testadas foram a validade de conteúdo e face e a fidedignidade. A validade de conteúdo e face foi realizada por meio do comitê de juízes e estudo piloto. A fidedignidade foi avaliada quanto à consistência interna de seus itens (Alfa de Cronbach) com a inclusão de 78 pacientes. Na avaliação das três escalas, o Alfa foi de 0,385, 0,149 e 0,671 para manutenção, manejo e autoconfiança, respectivamente. Pode-se concluir que a adaptação transcultural e a validação inicial da versão em português da SCCAI resultou em uma escala adaptada para uso no Brasil. Os resultados da fidedignidade foram insatisfatórios, sugerindo ampliar outros métodos de fidedignidade e validade para que a escala possa ser utilizada na prática clínica.

Palavras-chave: Angina estável. Autocuidado. Adaptação. Estudos de validação.

ABSTRACT

Studies indicate that the practice of self-care is an important ally to the pharmacological treatment of patients with coronary artery disease (CAD). In this study, we consider self-care a decision-making process that consists in the search of physiological stability through the adherence to pharmacological therapy and adaptation to a healthy lifestyle. In such concept is also included the patient's ability to monitor symptoms and make proper decisions when they occur. The need for assessing patients' abilities to perform self-care, along with the need of a health team to verify the effectiveness of the guidelines given and the impact of them in clinical outcomes demanded the development of scales to measure self-care. Researchers from the United States developed a *Self-Care of Chronic Angina Index* (SCCAI), composed of 22 items divided into three subscales that allow the assessment of self-care through the stages of Maintenance, Management, and Self-confidence. In Brazil, there are no validated scales to assess self-care in patients with chronic angina, therefore, based on this prerogative, a methodological study was developed to create a cross-cultural adaptation, verify the content validation and the reliability of SCCAI. The scale was adapted and named as *Escala de Autocuidado Para Angina Crônica – Versão Brasileira*. The psychometric properties tested were content and face validity, and reliability. The property content and face validity was verified by the committee of experts and by a pilot study. Reliability was assessed based on internal consistency of the items (Cronbach's Alpha), considering 78 patients. For the assessment of the three scales, Alpha was of 0.385, 0.149, and 0.671 to respectively Maintenance, Management, and Self-Confidence. We may conclude that the cross-cultural adaptation and initial validation of the Portuguese version of SCCAI resulted in a scale adapted to be used in Brazil. The results for reliability were unsatisfactory, suggesting that other methods for verifying reliability and validity for the scale may be used in clinical practice.

Keywords: Angina stable. Selfcare Cross-cultural. Adaptation. Validation studies.

RESUMEN

Estudios indican que la práctica del autocuidado es importante aliada al tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedad arterial coronaria (DAC). En este estudio, se ha considerado la definición de la estabilidad fisiológica a través de manutención de la adhesión farmacológica y de las adaptaciones para un estilo de vida saludable, bien como la capacidad del paciente en monitorear los síntomas y tomar decisiones adecuadas en la ocurrencia de estos. La necesidad de evaluación de las habilidades de los pacientes en desempeñar el autocuidado, así como la necesidad del equipo de salud en verificar la efectividad de las orientaciones conferidas y el impacto de ellas en deshechos clínicos entablaron el desarrollo de escalas de medida de autocuidado. Investigadores americanos desarrollaron la *Self-Care of Chronic Angina Index (SCCAI)*, compuesta por 22 artículos, dividida en tres sub escalas, que permite la evaluación del autocuidado en las etapas de manutención, manejo y confianza. En Brasil, no tenemos graduaciones subsistentes que evalúen el autocuidado en pacientes con angina crónica en las diferentes sucesiones de manutención, de manejo y de autoconfianza. Con base en dicha exención, se desarrolló un estudio metodológico que tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural, validación de contenido y la fidedignidad de la SCCAI. La graduación adaptada y validada fue nombrada de Escala de Autocuidado Para Angina Crónica – Versión Brasileña. Las propiedades psicométricas examinadas fueron la validez de contenido y de fase y la fidedignidad. La validez de contenido y de fase fue hecha a través de comité de jueces y estudio modelo. La fidedignidad fue evaluada con relación a la consistencia interna de sus artículos (Alfa de Cronbach) con la inclusión de 78 pacientes. En la evaluación de las tres escalas Alfa fue de 0,385, 0,149 e 0,671 para Manutención, Manejo y Autoconfianza, respectivamente. Puede concluirse que la adaptación transcultural y la validación inicial de la versión en portugués de SCCAI resultó una graduación adaptada para uso en Brasil. Los resultados de la fidedignidad fueron muy poco satisfactorios, sugiriendo ampliar otros métodos de fidedignidad y validez para que la graduación pueda ser utilizada en la práctica-clínica.

Palabras claves: Angina estable. Autocuidado. Adaptación cultural. Estudios de validación.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1 – Graduação da angina de peito segundo a Sociedade Canadense de Cardiologia.....	20
Quadro 2 – Escala original, versão traduzida e adaptada, com as justificativas das mudanças na <i>Selfcare of Chronic Angina Index</i> (SCCAI).....	36
Quadro 3 – Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção A (10 questões).....	40
Quadro 4 – Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção B (6 questões)	41
Quadro 5 – Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção C (6 questões)	41
Figura 1 – Etapas metodológicas do estudo.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....	39
--	----

LISTA DE SIGLAS

AHA – *American Heart Association*
CDC – Centro de Prevenção e Controle de Doenças
CRM – Cirurgia de Revascularização Miocárdica
DAC – Doença arterial coronariana
DCV – Doença cardiovascular
ECG – Eletrocardiograma
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IAM – Infarto agudo do miocárdio
ICP – Intervenção coronariana percutânea
IECA – Inibidores da enzima conversora de angiotensina
SCA – Síndrome coronariana aguda
SCCAI – *Self-Care of Chronic Angina Index*
SCHFI – *Self-Care of Heart Failure Index*
SL – Sublingual
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SVP – Síntese da Versão Português
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VP1 – Versão Português 1
VP2 – Versão Português 2
VPA – Versão Preliminar Adaptada
VPF – Versão Português Final
VRT1 – Versão Retrotradução 1
VRT2 – Versão Retrotradução 2
VSRT – Versão Síntese da Retrotradução

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Justificativa e relevância do estudo.....	14
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivos específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	16
3.1	Angina crônica.....	16
3.1.1	Definição e epidemiologia da angina.....	16
3.1.2	Etiologia.....	18
3.1.3	Manifestações clínicas de angina.....	18
3.1.4	Classificação da angina.....	20
3.1.5	Objetivos do tratamento.....	21
3.1.6	Abordagem não farmacológica na angina crônica.....	21
3.1.7	Autocuidado na angina crônica.....	22
3.1.8	<i>Self-Care of Chronic Angina Index</i>	23
3.2	Processo de adaptação transcultural de instrumentos.....	23
3.2.1	Tradução.....	24
3.2.2	Retrotradução (<i>back-translation</i>).....	24
3.2.3	Síntese da tradução e retrotradução.....	24
3.2.4	Revisão das versões traduzidas por comitê de juízes.....	24
3.2.5	Pré-teste.....	25
3.3	Propriedades psicométricas avaliadas nesse estudo.....	25
3.3.1	Validade de conteúdo.....	26
3.3.2	Fidedignidade.....	26
4	MÉTODOS.....	27
4.1	Tipo de estudo.....	27
4.2	Local e período.....	27
4.3	População.....	27
4.3.1	Critérios de inclusão.....	27
4.3.2	Critérios de exclusão.....	27
4.4	Estimativa da amostra.....	28
4.5	<i>Self-Care of Chronic Angina Index</i>.....	28
4.6	Processo de adaptação transcultural adotado neste estudo.....	29

4.6.1	Tradução da SCCAI para a língua portuguesa.....	31
4.6.2	Síntese da versão em português da SCCAI	31
4.6.3	Retrotradução da Síntese da Versão Português da SCCAI	31
4.6.4	Revisão pelo comitê de juízes	31
4.7	Coleta de dados	32
4.8	Estudo piloto.....	32
4.9	Pré-teste da Escala de Autocuidado Para Angina Crônica – Versão Brasileira	34
4.10	Validade de conteúdo e face.....	34
4.11	Análise da fidedignidade	34
4.12	Análise dos dados	34
4.13	Aspectos éticos	34
5	RESULTADOS	36
5.1	Adaptação transcultural e validação de conteúdo realizada no comitê de especialistas	36
5.2	Pré-teste	38
5.3	Características clínicas e demográficas da amostra do pré-teste	38
5.4	Fidedignidade	40
6	DISCUSSÃO	42
6.1	Limitações do estudo.....	45
7	CONCLUSÕES	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	ANEXO A – <i>Self-care of Chronic Angina Index</i>.....	52
	ANEXO B – Autorização via e-mail para uso da escala.....	54
	ANEXO C – Escala da Autocuidado Para Angina Crônica – Versão Brasileira..	55
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	58
	APÊNDICE – Formulário características clínicas e demográficas.....	60

1 INTRODUÇÃO

A angina crônica é uma manifestação comum de doença arterial coronariana (DAC). A causa mais comum de angina é a insuficiência de oxigênio fornecido ao miocárdio pelas artérias coronárias relacionada à presença de lesões epicárdicas^(1,2).

As estratégias de tratamento que começam com tratamento médico otimizado com agentes antianginosos ou revascularização imediata através de intervenção coronariana percutânea parecem melhorar significativamente a frequência de angina e a qualidade de vida⁽¹⁾. No entanto, os pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) permanecem em risco de eventos recorrentes⁽³⁾, contribuindo para impacto negativo na capacidade funcional e qualidade de vida⁽¹⁾.

Com a persistência dos sintomas anginosos a despeito dos tratamentos implementados, pacientes com angina crônica são estimulados a compreender a complexidade da sua doença e da terapêutica, a modificar hábitos de vida e, também, a reconhecer os sintomas da doença por meio de estratégias de autocuidado^(1,3).

Dentre as condutas de autocuidado, a abordagem multidisciplinar é aquela que demonstra mais benefícios ao longo do tempo, melhorando a qualidade de vida e a adesão e reduzindo readmissões e custos para os sistemas de saúde^(4,5). A estratégia utilizada pelos profissionais em equipe multidisciplinar concentra-se basicamente em melhorar as habilidades dos pacientes e/ou de seus cuidadores para o autocuidado nas doenças crônicas⁽⁶⁾. Essa estratégia baseia-se em um processo de educação e conhecimento sobre o tratamento, mobilizando a participação do paciente no seguimento da prescrição e nas mudanças do estilo de vida^(6,3). É durante esse processo de educação que as habilidades para a implementação do autocuidado ganham espaço, constituindo-se em importantes ações a serem planejadas e acordadas para a sua realização⁽⁷⁾.

Pela necessidade de avaliar a efetividade das orientações fornecidas no processo do autocuidado e do impacto dessas em desfechos clínicos, surgiram os instrumentos ou escalas de medida de autocuidado^(7,8). Especificamente na população de indivíduos com DAC e angina crônica, não existem instrumentos validados no Brasil com o objetivo de mensurar o autocuidado. Em revisão de literatura, identificou-se um instrumento desenvolvido por pesquisadores norte-americanos denominado *Self-Care of Chronic Angina Index* (SCCAI), composto por

uma escala do tipo Likert que inclui 22 itens, os quais avaliam manutenção da angina crônica, manejo do autocuidado e autoconfiança na tomada de decisão⁽⁹⁾. Esse instrumento foi desenvolvido com base em uma escala da mesma autora, denominada *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI), validada e disponível na literatura para avaliar o comportamento do autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca (IC)⁽¹⁰⁾.

Para a utilização da SCCAI em pacientes com angina crônica no Brasil, é necessária a realização de um processo metodológico complexo que envolve a tradução, adaptação transcultural, a fidedignidade e a validade do instrumento⁽¹¹⁾. É nessa perspectiva que este estudo foi desenvolvido no ambulatório de Cardiopatia Isquêmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com o objetivo de realizar a adaptação transcultural, a validade inicial e a fidedignidade da SCCAI para uso na língua portuguesa do Brasil.

Nossos resultados poderão guiar estratégias individualizadas para melhorar as habilidades dos pacientes em reconhecer seus sintomas e tomar decisões baseadas em autoconfiança.

1.1 Justificativa e relevância do estudo

A incapacidade dos pacientes em reconhecer, monitorar e gerenciar a ocorrência de sinais e sintomas de eventos cardiovasculares trazem como consequência a necessidade de internações de emergência e hospitalizações frequentes^(3,12).

Por essa razão, instrumentos que busquem avaliar a habilidade e as atitudes dos pacientes tornam-se ferramentas importantes para guiar a equipe em suas estratégias. Este estudo torna-se relevante para a prática clínica, uma vez que se propõe a validar um instrumento, que avalia o autocuidado em suas diferentes etapas e, principalmente, porque permite identificar a etapa em que o autocuidado está prejudicado.

2 OBJETIVOS

Realizar a tradução, adaptação transcultural e validação da Self Care of Chronic Angina Index para uso no Brasil.

2.1 Objetivos específicos

São objetivos específicos da pesquisa: (a) realizar a validação de conteúdo e de face da Self Care of Chronic Angina Index ; (b) avaliar a fidedignidade da Self Care of Chronic Angina Index por meio da consistência interna das questões.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O referencial teórico deste estudo tem como base aspectos relacionados à definição, epidemiologia e etiologia da angina crônica, bem como sua classificação, manifestações clínicas, tratamento, abordagem não farmacológica e o autocuidado.

3.1 Angina crônica

A seguir abordaremos aspectos conceituais e epidemiológicos, bem como o tratamento da Angina Crônica.

3.1.1 Definição e epidemiologia da angina

Segundo a Diretriz Brasileira de Angina Estável, a angina é uma síndrome clínica predominantemente caracterizada por dor ou desconforto em uma ou mais das seguintes regiões: tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores. É tipicamente desencadeada ou agravada por atividade física ou estresse emocional e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados⁽¹³⁾.

A angina crônica é uma manifestação prevalente de DAC. Sua causa mais comum é o fornecimento insatisfatório de oxigênio ao miocárdio pelas artérias coronárias devido a lesões epicárdicas⁽¹⁾. Embora a angina seja uma apresentação inicial comum de DAC, suas causas são mal compreendidas, existindo, nesse sentido, poucas investigações epidemiológicas em grande escala⁽²⁾.

A importância da DAC na sociedade contemporânea é atestada pelo número alarmante de pessoas atingidas. Estima-se que 13 milhões de norte-americanos sofrem de DAC e, destes, 9 milhões têm angina⁽³⁾.

Com base em dados do clássico estudo Framingham, o risco de desenvolver DAC sintomática após os 40 anos é de 49% para homens e 32% para as mulheres. Em 2006, a DAC correspondia a 52% de todas as mortes causadas por doença cardiovascular (DCV) e era a causa mais frequente de morte em homens e mulheres norte-americanos, resultando em mais de uma em cada seis mortes nos Estados Unidos⁽¹⁴⁾.

Segundo a *American Heart Association* (AHA), em conjunto com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) e outras agências governamentais norte-

americanas, as taxas de mortalidade associadas a DCV nos Estados Unidos têm diminuído nesta última década⁽¹⁵⁾. Porém, embora haja redução nas taxas de mortalidade por DCV, a morbidade da DAC mostra tendências opostas, com aumento das taxas de cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) e um aumento da prevalência da angina de peito⁽¹⁵⁾.

Além de aumentar o risco de morte cardiovascular e IAM recorrente, a angina crônica tem um impacto significativo sobre a capacidade funcional e qualidade de vida^(1,3). Os sintomas anginosos tendem a persistir apesar do tratamento clínico e da CRM. Eles ainda podem levar a uma importante incapacidade funcional e a elevados custos de saúde, mesmo na ausência de DAC⁽²⁾. Na angina crônica, tanto os custos diretos (relacionados aos profissionais de saúde, hospitais e atendimento domiciliar), quanto os indiretos (perda da produtividade, resultante da mortalidade pelas DCV) são considerados elevados⁽¹⁶⁾. No Brasil, o custo total estimado para síndrome coronariana aguda (SCA) em 2011, considerando IAM e angina, foi de R\$ 3,8 bilhões, incluindo custos diretos e indiretos⁽¹⁶⁾.

Atualmente, a DAC é considerada a principal causa de mortalidade nos Estados Unidos, responsável por cerca de 27% de todas as mortes naquele país. Além disso, a angina instável é a causa cardiovascular mais comum de internação hospitalar, sendo também a responsável pela maioria das internações em unidades coronarianas americanas^(2,15). No Brasil, as DCV são responsáveis por quase 30% de todas as mortes registradas em um ano. A alta prevalência coloca o Brasil entre os dez países do mundo com maior índice de mortes por DCV⁽¹⁶⁾.

A DAC ocupa posição de destaque no cenário das DCV, estando associada à necessidade de internações frequentes para monitorização e controle de eventos coronarianos. A estratificação de risco, a realização de exames e procedimentos terapêuticos, além do tratamento farmacológico têm benefícios comprovados em sobrevida e determinam um impacto econômico considerável no sistema de saúde^(15,17).

A DAC pode persistir com poucos ou nenhum sintoma e progredir rapidamente, geralmente tendo como primeira manifestação clínica a angina, o IAM ou mesmo morte súbita⁽²⁾. Pacientes com coronárias normais e isquemia miocárdica relacionada ao espasmo ou disfunção endotelial também podem apresentar angina, bem como os hipertensos não controlados, com doenças valvares ou cardiomiopatia hipertrófica⁽²⁾.

3.1.2 Etiologia

A angina é a apresentação clássica da isquemia miocárdica, causada por um desequilíbrio entre as exigências do miocárdio e o fornecimento de oxigênio⁽¹⁴⁾. A isquemia do miocárdio normalmente ocorre em situações de aterosclerose, mas pode também refletir os componentes dinâmicos da resistência vascular coronariana, como no caso de angina resultante de espasmo coronariano (ocorrendo na vigência de artérias coronárias normais) ou em pacientes com doença coronariana – próxima às placas ateroscleróticas ou em artérias coronárias de menor calibre⁽¹⁵⁾.

Outras causas menos comuns de diminuição do fluxo sanguíneo coronariano incluem síndromes que comprometem o lúmen das artérias coronárias, como arterite coronariana e aortite proximal. A dissecação coronariana espontânea ou dissecação aórtica proximal, bem como a embolia coronariana provocada por endocardite também podem causar angina. A angina pode ser, ainda, uma apresentação clínica presente em pacientes com trombo no átrio ou ventrículo esquerdo, ponte miocárdica ou alguma anomalia congênita das artérias coronárias⁽¹⁵⁾. Condições clínicas comuns que incluem anemia, aumento de peso acentuado, febre, infecções e taquicardia, bem como a insuficiência mitral ou taquiarritmias (incluindo taquicardia sinusal), podem aumentar a necessidade de oxigênio do miocárdio, juntamente com um aumento da frequência e da gravidade da angina⁽¹⁴⁾.

3.1.3 Manifestações clínicas de angina

As diretrizes da AHA sugerem uma abordagem do paciente com dor torácica que integre as informações a partir da história pregressa, exame físico, eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e coleta de marcadores cardíacos⁽¹⁵⁾. Essa abordagem tem o objetivo de classificar o paciente em uma das quatro categorias diagnósticas: dor torácica de origem não cardíaca, angina crônica estável, possivelmente SCA ou SCA definida⁽¹⁵⁾. Essa avaliação busca a acurácia no diagnóstico de angina e inclui a anamnese e o exame físico detalhados^(3,13,15).

A coleta da história clínica através da anamnese deve ser dirigida à busca dos fatores de risco mais prevalentes, tais como tabagismo, hiperlipidemia, diabetes, hipertensão arterial, história familiar de DAC precoce (< 55 anos para familiares

homens e < 65 anos para mulheres) e antecedentes pessoais de DAC, com abrangente descrição dos sintomas⁽¹⁵⁾.

Alguns estudos sugerem que o exame clínico tende a ser normal nos pacientes com angina, e alguns achados estão associados à presença dos fatores de risco para DAC^(13,15). Mesmo que o exame físico não contribua para evidenciar sinais diretos e indiretos de DAC, o exame completo, especialmente do sistema cardiovascular, deve ser realizado cuidadosamente, pois pode fornecer informações importantes sobre outras condições associadas, como doenças valvares, cardiomiopatia hipertrófica e outras. A palpação da parede torácica frequentemente revela os locais da dor nos pacientes com síndromes músculo-esqueléticas, mas pode também estar presente naqueles pacientes com angina típica^(13,15).

A probabilidade de DAC significativa é definida angiograficamente pela presença de estenose, \geq que 70% do diâmetro, de pelo menos um segmento de uma das artérias epicárdicas maiores, ou estenose \geq que 50% do diâmetro do tronco da coronária esquerda⁽¹⁴⁾.

Algumas características dos sintomas devem ser cuidadosamente indagadas, com a finalidade de orientar a probabilidade da presença de angina, tais como:

- a) qualidade da dor: constrictiva, aperto, peso, opressão, desconforto, queimação, pontada;
- b) localização: precordial, retroesternal, ombro, epigástrico, cervical, hemitórax, dorso;
- c) irradiação: membros superiores (direito, esquerdo, ambos), ombro, mandíbula, pescoço, dorso, região epigástrica;
- d) duração: segundos a minutos, horas e dias;
- e) fatores desencadeantes: esforço físico, atividade sexual, posição, alimentação, respiração, componente emocional, espontânea;
- f) fatores de alívio: repouso, nitrato sublingual, analgésico, alimentação, antiácido, posição e apneia;
- g) sintomas associados: sudorese, náusea, vômito, palidez, dispneia, hemoptise, tosse, pré-síncope e síncope⁽¹⁵⁾.

Os pacientes costumam descrever angina como “sufocamento”, “queimação”, “opressão”, “peso”, “desconforto”, entre outros sintomas. Tipicamente, o episódio de angina dura alguns minutos; normalmente é precipitado por exercício físico ou

estresse emocional, com alívio ao repouso. O uso de compostos de nitroglicerina, como o nitrato sublingual, alivia a angina em aproximadamente 1min⁽¹⁵⁾.

A detecção precoce da DAC é importante, pois a terapêutica adequada, quando a DAC ainda é subclínica, pode melhorar o prognóstico dos pacientes em alto risco^(18,2).

3.1.4 Classificação da angina

A adequada classificação da angina precisa ser empregada na prática clínica. Diversas classificações já foram propostas, e a mais utilizada é a que divide a dor torácica em três grupos: típica, atípica e não cardíaca⁽¹³⁾. A angina também pode ser classificada como estável e instável. A angina instável pode ser dividida em três grupos, conforme algumas características clínicas: angina em repouso, angina de aparecimento recente e angina em crescendo⁽¹³⁾.

Segundo estudo norte-americano, a classificação da Sociedade Canadense é a de utilização mais fácil⁽¹⁾; no entanto, o *Seattle Angina Questionnaire* foi proposto como uma ferramenta sensível e com especificidade, oferecendo uma melhor avaliação global dos sintomas de angina e qualidade de vida e podendo ser usado para comparar a eficácia de tratamentos diferentes⁽¹⁸⁾.

A Classificação de Angina Estável da Sociedade Canadense de Cardiologia, utilizada no instrumento de pesquisa deste estudo, divide a ocorrência de angina de peito em quatro classes, descritas no quadro abaixo⁽¹³⁾.

Quadro 1 – Graduação da angina de peito segundo a Sociedade Canadense de Cardiologia.

Classe I - Atividade física habitual, como caminhar, subir escadas, não provoca angina. Angina ocorre com esforços físicos prolongados e intensos.
Classe II - Discreta limitação para atividades habituais. A angina ocorre ao caminhar ou subir escadas rapidamente, caminhar em aclives, caminhar ou subir escadas após refeições, ou no frio, ou ao vento, ou sob estresse emocional, ou apenas durante poucas horas após o despertar. A angina ocorre após caminhar dois quarteirões planos ou subir mais de um lance de escada em condições normais.
Classe III - Limitação com atividades habituais. A angina ocorre ao caminhar um quarteirão plano ou subir um lance de escada.
Classe IV - Incapacidade de realizar qualquer atividade habitual sem desconforto – os sintomas anginosos podem estar presentes no repouso.

Fonte: Diretriz Brasileira de Angina Estável, 2004

3.1.5 Objetivos do tratamento

O tratamento da angina engloba cinco aspectos: (a) identificar e tratar doenças associadas que possam precipitar ou agravar a condição anginosa; (b) reduzir os fatores de risco para DAC; (c) aplicar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, dando atenção à mudança no estilo de vida; (d) tratamento farmacológico propriamente dito; (e) intervenção coronariana percutânea (ICP) ou cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), quando indicado⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Quanto ao tratamento farmacológico, aspirina, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e fármacos que atuam na inibição e redução de lipídios têm demonstrado reduzir a mortalidade e morbidade em doentes com função ventricular esquerda preservada e DAC estável⁽¹⁴⁾. Outras terapias, tais como nitratos, betabloqueadores e antagonistas de cálcio, têm demonstrado melhorar a sintomatologia de angina e a tolerância ao exercício, mas sem efeito sobre a maior sobrevivência dos indivíduos com DAC estável; por outro lado, estudos evidenciam redução da mortalidade e do risco de IAM em pacientes com disfunção ventricular esquerda que utilizam IECA e betabloqueadores e, portanto, são recomendados a essa população⁽¹⁴⁾.

3.1.6 Abordagem não farmacológica na angina crônica

Os programas de manejo de doenças crônicas que envolvem abordagens não farmacológicas baseiam-se em um processo de educação sistemática, com reavaliações periódicas dos pacientes. A conscientização sobre a importância da prática do autocuidado, visando à mudança no estilo de vida e à redução dos fatores de risco para DAC, dá-se através da participação ativa do paciente no processo de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico^(12,15, 3, 14).

Outra abordagem importante nesse contexto pode ser a reabilitação cardíaca: os pacientes que aderem a programas de reabilitação cardíaca parecem obter inúmeros benefícios, apresentando mudanças hemodinâmicas, metabólicas, miocárdicas, vasculares, alimentares e psicológicas que estão associadas também ao melhor controle dos fatores de risco e à melhora da qualidade de vida. Nos pacientes portadores de cardiopatia isquêmica, a reabilitação cardíaca reduz a mortalidade cardiovascular e total. Além desses benefícios, os programas de

reabilitação cardíaca, quando adequadamente conduzidos, são seguros e custo/efetivos, devendo ser oferecidos a todos os pacientes^(19,20).

Existem inúmeras evidências na literatura sobre a atuação da equipe multidisciplinar em programas de manejo da IC. Acreditamos que muitos desses achados podem se aplicar ao cenário de outras doenças crônicas, tal como a DAC^(21,22).

3.1.7 Autocuidado na angina crônica

A definição de autocuidado seguida neste estudo se baseia na Dra. Victoria Dickson, autora que desenvolveu a *SCHFI*. O autocuidado é definido como um processo de tomada de decisão que consiste na busca da estabilidade fisiológica através de manutenção da adesão farmacológica e das adaptações para um estilo de vida saudável. Também a capacidade do paciente em monitorar os sintomas e tomar decisões adequadas na ocorrência destes fazem parte do autocuidado^(23,24).

Conforme a autora, o processo de autocuidado desenvolvido pelos pacientes com IC é igualmente aplicável em outras doenças crônicas. O gerenciamento do autocuidado é um processo ativo e deliberado que começa com o reconhecimento de uma mudança e da presença de sinais ou de sintomas (ou seja, dor, ardência, aperto, desconforto no peito ou regiões adjacentes características de angina), com a avaliação da mudança e com a busca de estratégias de tratamento (como repouso, nitrato sublingual), seguida da avaliação do tratamento implementado^(23,9). Além disso, pacientes com DAC que apresentam fatores de risco modificáveis podem adotar mudanças no seu estilo de vida, como realizar atividade física, aumentar o consumo de frutas e vegetais, evitar o fumo, reduzir o peso, controlar a pressão e a diabetes⁽²⁵⁾.

Diante do exposto, o desempenho de atitudes de autocuidado é um importante aliado ao tratamento farmacológico de pacientes com DAC. Nesse sentido, a avaliação da efetividade das orientações fornecidas e o impacto dessas em desfechos clínicos demandaram o desenvolvimento de instrumentos ou escalas de medida de avaliação do autocuidado^(7,8). No Brasil, para pacientes com angina crônica não temos escalas validadas que avaliem o autocuidado nas diferentes etapas de manutenção, de manejo e de autoconfiança. Baseados nessa prerrogativa, desenvolvemos este estudo para, após o processo de adaptação

transcultural e validação da SCCAI, utilizar o instrumento na avaliação do autocuidado em pacientes com angina.

A seguir descreveremos o desenvolvimento e as características da SCCAI.

3.1.8 *Self-Care of Chronic Angina Index*

A SCCAI (Anexo A) foi desenvolvida pela Dra. Victoria Dickson, pesquisadora norte-americana com ampla experiência no desenvolvimento de escalas de autocuidado na área da cardiologia, e com vários estudos publicados sobre o tema^(9,26,27). Esse instrumento avalia o autocuidado em pacientes com angina crônica e é composto por uma escala do tipo Likert que inclui 22 itens. Desenvolvida com base nas diretrizes para angina crônica estável da AHA (2007), a SCCAI permite avaliar os seguintes aspectos: manutenção da angina crônica, manejo do autocuidado e autoconfiança dos pacientes quando da tomada de decisão⁽⁹⁾.

A SCCAI foi desenvolvida com base na SCHFI v. 6.2⁽¹⁰⁾ – uma escala da mesma autora validada em outros idiomas e disponível na literatura –, que avalia o comportamento do autocuidado em pacientes com IC. Recentemente, a SCHFI foi validada pelo nosso grupo de pesquisa⁽²⁸⁾. Para que o mesmo ocorra com a SCCAI, faz-se necessário realizar um processo de adaptação transcultural e validação⁽¹¹⁾.

3.2 Processo de adaptação transcultural de instrumentos

Estudos envolvendo a adaptação transcultural de instrumentos são cada vez mais difundidos. Muitos pesquisadores na área da saúde optam por adaptar instrumentos já existentes visando reduzir o tempo e o custo^(29,30).

Os critérios metodológicos e o rigor com o qual o processo precisa ser desenvolvido envolve duas etapas: a avaliação rigorosa da tradução do instrumento e a adaptação propriamente dita, buscando ainda a avaliação das propriedades psicométricas da nova versão^(30, 31,11).

Uma das propostas mais utilizadas para esta adaptação tem sido aquela preconizada por pesquisadores da França no início da década de 1990⁽²⁹⁾. Essa proposta foi revisada e sua última atualização foi publicada em 2007⁽¹¹⁾.

Os autores sugerem as etapas apresentadas nos próximos itens.

3.2.1 Tradução

Nesta primeira etapa, orienta-se que a tradução seja realizada por dois tradutores diferentes, ambos fluentes no idioma original e no idioma para o qual o instrumento será traduzido⁽¹¹⁾.

3.2.2 Retrotradução (*back-translation*)

Da mesma forma que na tradução, dois tradutores fluentes no idioma e nas formas coloquiais da língua de origem do instrumento traduzem do português para o inglês novamente. Na sequência, a versão original e as versões traduzidas devem ser comparadas e discutidas com os tradutores e o pesquisador responsável, visando um consenso.

3.2.3 Síntese da tradução e retrotradução

Ao final da tradução e da retrotradução são obtidas versões síntese, resultantes das duas traduções realizadas originalmente. As versões em português e em inglês são discutidas posteriormente em comitê de juízes e comparadas com a versão original, visando consenso entre todos os itens. Alguns autores sugerem que essa etapa seja apenas realizada com a tradução⁽¹¹⁾, enquanto outros⁽³²⁾ sugerem uma síntese resultante da retrotradução.

3.2.4 Revisão das versões traduzidas por comitê de juízes

O comitê deve ser composto por profissionais preferencialmente bilíngues, que sejam representativos da população-alvo e também de especialistas nos conceitos a serem explorados. O papel do comitê é obter uma versão final a partir de todas as versões produzidas desde a tradução. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo. Dessa maneira, foram propostas várias taxonomias de equivalências com o objetivo de avaliar as versões original e final do instrumento de medida:

- a) equivalência semântica: o comitê discute o significado das palavras fazendo perguntas: as palavras significam a mesma coisa? Há múltiplos significados para o mesmo item? Há dificuldades gramaticais na tradução?
- b) equivalência idiomática: muitas vezes alguns termos podem ter conotação de gírias, o que impede a tradução adequada. Dessa forma, o comitê deve encontrar expressões equivalentes para substituí-las;
- c) equivalência experimental: o comitê avalia itens que remetem às experiências de determinada cultura, na tentativa de compensar um item não significante na cultura alvo por outro significante. Por exemplo, “Você tem dificuldade de comer com garfo?” deverá ser substituída por outro utensílio, como hashi (palitinhos japoneses) se esse utensílio for comumente utilizado para alimentação numa determinada cultura, como no Japão;
- d) equivalência conceitual: refere-se à validade do conceito explorado (no caso deste estudo, autocuidado) e aos eventos experimentados pelos indivíduos da cultura alvo, pois itens podem ser equivalentes quanto ao significado, mas não equivalentes quanto ao conceito.

3.2.5 Pré-teste

Essa etapa do processo de adaptação consiste na avaliação da equivalência das versões original e final. Os autores sugerem a aplicação da versão adaptada em uma amostra da população-alvo, idealmente 30 a 40 indivíduos, com o objetivo de garantir sua compreensão e clareza⁽¹¹⁾.

3.3 Propriedades psicométricas avaliadas neste estudo

Ao final do processo de adaptação transcultural é necessário que outras etapas sejam realizadas, a fim de verificar se as características de cada item/questão do instrumento original se mantiveram ao longo do processo de adaptação transcultural^(30,31).

Nesse estudo, as propriedades psicométricas avaliadas foram a validade de conteúdo e face e a fidedignidade⁽³³⁻³⁵⁾.

3.3.1 Validade de conteúdo

A validade de um instrumento refere-se ao que o instrumento mede e através de quais conceitos ele realiza essa medição^(34,35). Os métodos empregados para medir a validade de escalas são numerosos e, por conta disso, os pesquisadores não são unânimes sobre classificação e conceitos de validade⁽³⁴⁾.

De acordo com recente estudo desenvolvido pelo Programa de Epidemiologia Clínica da Escola de Enfermagem da Universidade de Ottawa, a nomenclatura para validade foi agrupada em três categorias principais: validade relacionada a conteúdo, validade relacionada a critério e validade relacionada a constructo⁽³⁵⁾.

Como validação inicial, no presente estudo realizou-se a validade relacionada a conteúdo. Esse conceito de validade é classificado com a seguinte tipologia: validade de conteúdo e validade de face⁽³⁵⁾.

A validade de conteúdo resulta do julgamento de diferentes juízes (pessoas de reconhecido saber na área de interesse), os quais analisam a representatividade dos itens em relação aos conceitos medidos^(34,11). A validade de face diz respeito à linguagem, à forma com que o conteúdo das questões do instrumento está sendo apresentado. A validade de face pode ser melhorada por meio da reformulação de itens do teste em termos apropriados ao grupo no qual se aplicará a escala⁽³⁴⁾.

3.3.2 Fidedignidade

Diversos métodos para obter a fidedignidade das escalas e testes são descritos na literatura. A fidedignidade de uma escala pode, portanto, ser medida de várias formas; cada forma é apropriada para um tipo de teste e depende de que tipo de fidedignidade se pretende medir⁽³⁴⁾.

Conforme recente estudo, os métodos apresentados quando queremos estabelecer a fidedignidade em relação aos conceitos principais que são o problema de estabilidade no tempo e ao problema de consistência interna da escala, são o método do teste e reteste, método dos testes equivalentes ou das formas paralelas, método da divisão pela metade e o método da Consistência interna: o coeficiente alfa de Cronbach, que foi o método utilizado nesse estudo^(36, 34).

4 MÉTODOS

A seguir, descreveremos os métodos pelos quais este estudo foi realizado.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico. Esse tipo de estudo consiste em uma investigação de métodos para organização e análise de dados projetados para avaliar e validar instrumentos e técnicas de pesquisa⁽¹¹⁾.

4.2 Local e período

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Cardiopatia Isquêmica, na Unidade de Hemodinâmica e nas Unidades de Internação Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O período de coleta de dados foi de maio a outubro de 2012.

4.3 População

Foram elegíveis para o estudo pacientes com diagnóstico de DAC (comprovado por cineangiocoronariografia ou outra forma de estratificação não invasiva rotineiramente utilizada) e com angina crônica.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de doença arterial coronariana, de idade igual ou superior a 18 anos, com angina estável classe I a IV, segundo a Classificação da Sociedade Canadense de Cardiologia⁽¹³⁾.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes com déficits cognitivos que prejudicassem o entendimento das questões.

4.4 Estimativa da amostra

Para a etapa piloto incluímos 10 pacientes, no pré-teste em estudos do tipo metodológico, sugere-se a inclusão de 30 a 40 pacientes⁽¹¹⁾.

4.5 *Self-care of Chronic Angina Index*

A SCCAI, escala adaptada neste estudo (ANEXO A), é composta por 22 itens e dividida em três escalas: a primeira (Seção A), composta por 10 itens, relaciona-se com a manutenção do autocuidado, ou seja, os comportamentos e atitudes que mantêm a estabilidade fisiológica – como regularidade às consultas, adesão ao tratamento farmacológico, dieta, exercícios físicos, hábitos de vida recomendados e monitoramento dos sintomas de angina. A segunda escala (Seção B) é composta por seis itens que avaliam o manejo do autocuidado, ou seja, como o paciente interpreta os sintomas (dor ou cansaço no peito, dispneia) quando eles ocorrem. A terceira escala (Seção C), composta por seis itens, avalia a autoconfiança na tomada de decisão frente aos sintomas – quando procura auxílio médico, como trata a sua dor ou dispneia⁽⁹⁾.

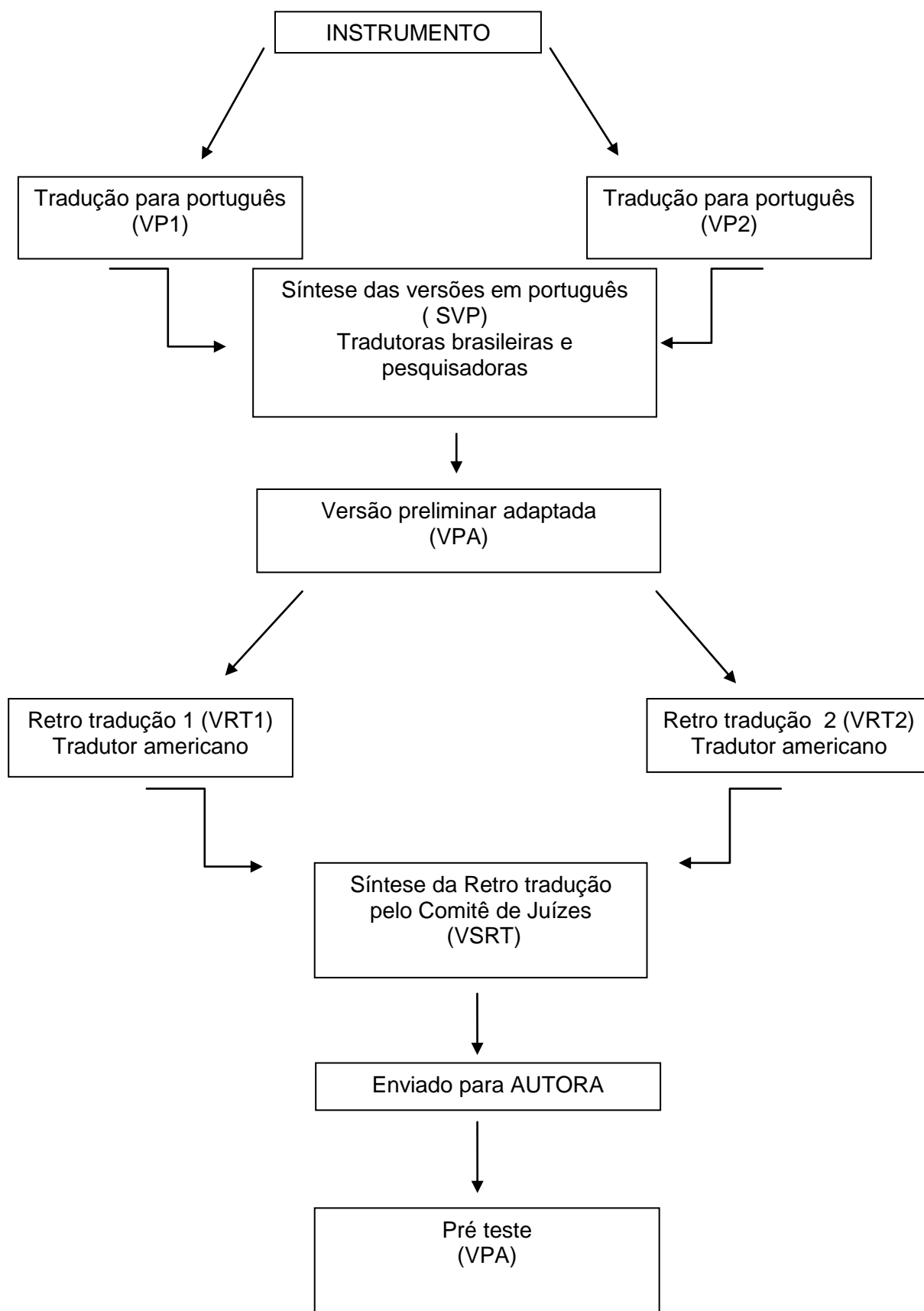
As respostas para cada item variam de nunca/raramente a sempre/diariamente para a primeira escala (manutenção do autocuidado), com pontuação que varia de 10 a 40. A Seção B inicia com a questão 11 e só é aplicada aos que responderam positivamente a essa questão; nessa segunda escala (manejo do autocuidado), as respostas variam de pouco provável a muito provável, com pontuação variando entre 0 a 24. Os pacientes que não tenham apresentado sintoma de angina no último mês passam, automaticamente, a responder a terceira escala (autoconfiança na tomada de decisão), que tem como respostas possíveis não confiante a extremamente confiante, variando de 6 a 24. Escores maiores refletem um autocuidado superior⁽⁹⁾.

As características demográficas e clínicas tais como idade, sexo, cor, escolaridade, status profissional e conjugal, com quem reside e a renda familiar, classificação e tempo de angina, comorbidades e medicamentos em uso também foram coletadas (APÊNDICE A).

4.6 Processo de tradução e adaptação transcultural adotado neste estudo

Antes de dar início ao processo de tradução da SCCAI, entrou-se em contato com a autora Victoria Dickson através de correio eletrônico para a obtenção da autorização e acesso à versão original. A autora autorizou a tradução, adaptação e validação, bem como o uso da escala no Brasil (ANEXO B).

As etapas metodológicas⁽¹¹⁾ que realizamos durante este estudo foram tradução, síntese da tradução, retrotradução (*back-translation*), síntese por um comitê de juízes de todas as versões, aprovação do autor que desenvolveu o instrumento e pré-teste. Essas etapas estão demonstradas na figura abaixo e serão descritas a seguir:

Figura 1 – Etapas metodológicas do estudo

Fonte: Pokorski, 2013.

4.6.1 Tradução da SCCAI para a língua portuguesa

A tradução da SCCAI para a língua portuguesa foi realizada de modo independente por dois tradutores que dominavam o idioma original (inglês) e o idioma para o qual o instrumento era traduzido (português), seguindo a orientação metodológica. Desse processo foram originadas duas versões: Versão Português 1 (VP1) e Versão Português 2 (VP2).

4.6.2 Síntese da versão em português da SCCAI

A pesquisadora e sua orientadora, de posse das duas versões VP1 e VP2, serviram de mediadoras entre os dois tradutores. Estes se reuniram com o objetivo de resolver possíveis discrepâncias entre as versões e chegar a um consenso. Essa etapa é designada de Síntese da Versão Português (SVP).

4.6.3 Retrotradução da Síntese da Versão Português da SCCAI

A SVP da SCCAI foi submetida a dois tradutores (que têm como língua nativa o inglês) e cegos para a versão original do instrumento, obtendo-se dessa etapa duas retrotraduções individualmente, a que chamamos de Versão Retrotradução 1 (VRT1) e Versão Retrotradução 2 (VRT2).

4.6.4 Revisão pelo comitê de juízes

Para a composição do comitê de juízes, os membros foram convidados via correio eletrônico. Compuseram o comitê duas tradutoras brasileiras, duas enfermeiras especialistas em cardiologia e com experiência na metodologia, um enfermeiro especialista em cardiologia e com formação em Letras, uma nutricionista com experiência clínica em cardiologia, bem como a pesquisadora e sua orientadora, todas essas com experiência na metodologia. Participou também do comitê, via *Skype*, um tradutor britânico (responsável por uma das versões da retrotradução, tendo em posse todas as versões). Após o aceite de todos, os membros do comitê receberam uma pasta com todo o material: escala SCCAI

original, as versões VP1 e VP2, síntese da versão SVP e as duas retrotraduções VRT1 e VRT2.

A partir de todas as versões, optou-se por discutir todos os itens levando em consideração as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, utilizando a VRT1 e VRT2 e sempre comparando com a versão original⁽¹¹⁾.

Desta etapa constituída pelo comitê de juizes, obtivemos a Versão Síntese da Retrotradução (VSRT), submetida à avaliação da Dra. Victoria Dickson, autora do instrumento. Via e-mail, a autora manifestou concordância em relação à versão. Após essa etapa originou-se a versão que foi utilizada no pré-teste com o nome de Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira.

4.7 Coleta de dados

A busca por pacientes elegíveis foi realizada diariamente pela pesquisadora e uma acadêmica de enfermagem, bolsista do estudo nas áreas referidas anteriormente. Pacientes com dor torácica, dor no peito, angina foram considerados potencialmente elegíveis. Na sequência, acessava-se o prontuário eletrônico com o objetivo de confirmar o diagnóstico de cardiopatia isquêmica. Após a confirmação dos critérios de elegibilidade, a pesquisadora se apresentava ao paciente, explicava o estudo e o convidava a participar. Imediatamente, procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após assiná-lo, o paciente respondia às perguntas da escala, em forma de entrevista, num ambiente tranquilo. O tempo médio para o preenchimento da escala foi de 20 minutos.

4.8 Estudo piloto

Antes do pré-teste, aplicou-se a SCCAI em 10 pacientes, a fim de obter o máximo de informações relativas ao tempo de aplicação e, principalmente, do entendimento dos pacientes acerca das questões.

A realização do estudo piloto identificou a necessidade de uma padronização das categorias: *nunca ou raramente*, *às vezes*, *frequentemente* e *sempre ou diariamente*, visando reduzir a subjetividade das respostas dos pacientes. Após discussão entre as pesquisadoras, consideramos *raramente* (frequência < 3 vezes na semana), *às vezes* (3 a 4 vezes na semana), *frequentemente* (4 a 6 vezes na

semana) e *sempre ou diariamente* (atividade realizada 7 dias na semana). Exceto na questão nº 4 – *Pratica exercícios por 30 min?*, Baseando-se no *American College of Sports Medicine*⁽³⁷⁾, considerou-se *sempre ou diariamente* a realização de atividade física intensa ou moderada por 150min/semana; *frequentemente*, de 76min a 125min/semana; *às vezes*, 75min/semana e *raramente*, de 37 a 74min/semana.

Ainda na Seção A, a questão nº 6 não se aplica à população em estudo, uma vez que a maioria das pessoas não *faz refeições fora de casa*. Portanto, se o paciente responde que “procura escolher *sempre* alimentos com pouca gordura”, a resposta pontuava 4 na escala Likert, configurando um melhor comportamento para manutenção do autocuidado.

A questão 7 da Seção A, quando obtinha-se como resposta “*não uso um sistema para ajudar a lembrar de tomar os remédios, pois sempre me lembro*”, considerou-se a memória do paciente como sistema e pontuou-se 4.

Durante a aplicação da questão nº 9, “*Evita fumar e/ou fumantes?*”, o fato de o comitê de juízes ter substituído “*evita cigarros*” por “*evita fumar e/ou fumantes*” causou dificuldades no momento de aplicação da escala. Alguns pacientes não fumam, mas convivem com fumantes e, portanto, não evitam cigarros, apesar de não serem fumantes. Então, caso a resposta fosse “*Não fumo*”, perguntava-se a seguir: “*Tem alguém que fume dentro de sua casa?*” Se a resposta fosse “sim”, considerávamos o pior escore para a resposta – *nunca ou raramente*.

Na Seção B, escala que avalia o manejo do autocuidado, as respostas à pergunta nº 11, “*Com que rapidez você reconheceu o sintoma como sendo de doença cardíaca?*”, foram complementadas com *reconheci muito rapidamente* (até, no máximo, 10min), *reconheci rapidamente* (de 10 a 30min) e *reconheci com certa rapidez* (de 30min a 1h). Ainda nessa escala, a questão 14, *Ligar para o seu médico ou enfermeiro para receber orientações*, não faz parte da realidade do nosso sistema público de saúde. Em geral, orienta-se os pacientes a procurarem um pronto atendimento ou unidade de emergência.

A última escala, Seção C, foi de difícil entendimento por parte dos pacientes. Algumas vezes, o paciente demonstrou claramente não entender o significado de autoconfiança, relatando confiança “na equipe” e não em si próprio.

4.9 Pré-teste da escala de autocuidado para angina crônica – versão brasileira

O início do pré-teste seguiu-se ao estudo piloto, que objetivou reduzir a subjetividade das respostas dos pacientes. O pré-teste incluiu 40 pacientes com angina crônica estável.

4.10 Validade de conteúdo e face

A validade de conteúdo resultou do julgamento do comitê de juízes, analisando a representatividade de cada um dos itens da escala em relação aos conceitos⁽³⁵⁾. Através da validade de face, mensurou-se a compreensão das questões e o consenso dos participantes do comitê de juízes, aprimorando e reformulando as questões do instrumento. Essa etapa avalia principalmente se o instrumento estava medindo aquilo que se propunha a medir^(34,35).

4.11 Análise da fidedignidade

No presente estudo, avaliou-se a fidedignidade através da consistência interna de medida por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach.

4.12 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel. Para as análises estatísticas, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. As variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e relativas n (%). As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão para aquelas com distribuição normal ou mediana, e intervalo interquartil para variáveis assimétricas. O Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna das questões que compõem a SCCAI.

4.13 Aspectos éticos

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a

Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde). Após ter sido aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética da mesma instituição, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), de igual teor e em duas vias; posteriormente, foi aplicado o instrumento de pesquisa. A assinatura no TCLE confirmou o aceite do entrevistado em participar do estudo, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o participante.

5 RESULTADOS

Na sequência passaremos a descrever os resultados encontrados nesse estudo.

5.1 Adaptação transcultural e validação de conteúdo realizada no comitê de especialistas

As três seções da escala, A, B e C, sofreram modificações, descritas no quadro 2. Na Seção A, (Manutenção do Autocuidado), de um total de dez questões, apenas duas (números 3 e 8) foram mantidas conforme a versão original.

Na Seção B (Manejo do Autocuidado), das seis questões, todas sofreram modificações em suas respostas. A questão 16 foi modificada em sua estrutura, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Na Seção C (Autoconfiança), as seis questões sofreram modificações. Abaixo estão listadas as modificações realizadas na SCCAI.

Quadro 2 - Escala original, versão traduzida e adaptada, com as justificativas de mudanças na *Selfcare of Chronic Angina Index* (SCCAI).

ESCALA ORIGINAL	VERSÃO TRADUZIDA E ADAPTADA	JUSTIFICATIVA
Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.	Para responder a essas perguntas, pense em como você tem se sentido no último mês ou desde que conversamos pela última vez.	Na etapa da síntese, incluímos “Para responder a essas perguntas” visando facilitar o entendimento da questão.
SECTION A	SEÇÃO A	
Listed below are common instructions given to persons with chronic angina. How routinely do you do the following?	Algumas orientações comuns dadas as pessoas com angina crônica estão listadas abaixo. Com que frequência você realiza as seguintes atividades?	A palavra <i>instructions</i> foi substituída pela palavra <i>orientações</i> por sugestão dos avaliadores, já na etapa da síntese. Em português, a palavra instrução tem uma conotação de ordem, de alguma coisa imposta, e a palavra orientação é mais utilizada no cenário do cuidado. Os dois tradutores da retrotradução escolheram palavras diferentes para indicar frequência; optamos por <i>How often</i> . Quanto ao verbo, optamos por <i>do you do</i> , por ser mais semelhante à escala original.

1. Keep doctor or nurse appointments?	Comparece a consultas com médicos ou enfermeiros?	Ambos tradutores da retrotradução escolheram verbos diferentes: <i>go to</i> e <i>attend appointments</i> . Mantivemos <i>go to</i> , pelo sentido de regularidade que o verbo <i>Keep</i> da escala original nos traz.
2. Take aspirin or other blood thinner?	Toma aspirina ou outro anticoagulante?	Substituímos <i>blood thinner</i> por <i>anticoagulant</i> , por ter sido considerado um termo mais comum.
4. Exercise for 30 minutes?	Pratica exercício por 30 minutos?	A sugestão da VRT2 foi <i>Do exercises for 30 minutes?</i> Deixamos como no instrumento original, pois entendemos que o melhor sentido é <i>exercitar</i> em vez de <i>fazer exercício</i> .
5. Take your medicines as prescribed?	Toma seus remédios conforme receita?	A sugestão da VRT1 foi <i>medication</i> . Optamos por utilizar <i>medicines</i> , como também consta no instrumento original, pois <i>remédio</i> possui maior equivalência com o português.
5. Ask for low fat items when eating out or visiting others?	Solicita alimentos com pouca gordura quando faz refeições fora de casa ou quando visita outras pessoas?	Fizemos uma combinação das versões VRT1 e VRT2, para ficar mais semelhante com o original.
6. Use a system to help you remember your medicines? For example, use a pill box or reminders.	Usa um sistema para ajudá-lo a lembrar de tomar os remédios? Por exemplo, usa um porta-comprimidos ou lembretes?	Apesar de sugestões na VRT1 e VRT2 a respeito de <i>pill dispenser</i> ou <i>pill organizer</i> , optamos por manter <i>pill box</i> , conforme a escala original.
9. Avoid cigarettes and/or smokers?	Evita fumar e/ou fumantes?	Foi adaptado para a expressão <i>evita fumar e/ou fumantes</i> , pois o comitê entendeu que a expressão <i>Avoid cigarettes</i> , quando traduzida (" <i>evita cigarro</i> ") é estranha no português.
10. Try to lose weight or control your body weight?	Tenta perder peso ou controlar o peso?	Retiramos a palavra <i>body</i> .
SECTION B	SEÇÃO B	
Have not had these; I did not recognize it; not quickly; somewhat quickly; very quickly.	Não tive nenhum sintoma; Não reconheci o sintoma; Não reconheci rapidamente; Reconheci com certa rapidez; Reconheci rapidamente; Reconheci muito rapidamente.	Nas respostas <i>Did not have any symptoms</i> e <i>I did not recognize it</i> , quando traduzidas, retiramos o pronome <i>I</i> (eu), porque são redundantes na frase em português.
Not likely; somewhat likely; likely; very likely	Improvável; Pouco provável; Provável e Muito provável.	O comitê sugeriu substituir <i>Not likely</i> por <i>unlikely</i> e traduzir por <i>improvável</i> , pela proximidade nas interpretações das respostas.
16. How sure were you that the action helped or did not help?	Que grau de certeza você teve de que a ação o ajudou ou não ajudou?	<i>Sure</i> foi substituído por <i>certain</i> , com o objetivo de conferir mais ênfase à pergunta.

I did not try anything; not sure; somewhat sure; very sure	Não tentei nada; Não tenho certeza; Tenho alguma certeza; Tenho certeza; Tenho muita certeza	Retiramos o pronome <i>I</i> (eu), pois confere redundância às frases no português. <i>I didn't try to do anything; I'm not certain; I'm fairly certain; I'm certain; I'm absolutely certain.</i>
SECTION C	SEÇÃO C	
In general, how confident are you that you can:	Em geral, quanto você confia que consegue:	<i>In general, how confident are you that you are able to:</i> essa formulação fica mais coerente com a estrutura usual do português (para usar o verbo que vem depois no infinitivo).
17. Keep yourself free of symptoms?	Manter-se sem sintomas?	<i>Free from</i> – mais usual, mesmo no inglês.
18. Follow the treatment advice you have been given?	Seguir as orientações sobre o tratamento que recebeu?	<i>Follow the instructions you have been given about treatment?</i> Por ser <i>orientações</i> , e não conselhos.
19. Recognize changes in your health?	Reconhecer as mudanças na sua saúde?	<i>Recognize changes to your health?</i> To acrescenta para saúde como um todo.
20. Evaluate the importance of your symptoms?	Avaliar a importância dos seus sintomas?	<i>Assess the importance of your symptoms?</i> Assess, no sentido de compreender.
21. Do something that will relieve your symptoms?	Fazer algo que alivie os seus sintomas?	<i>Do something to relieve your symptoms?</i> Manter paralelismo no infinitivo.
22. Evaluate how well a remedy works?	Avaliar a eficácia de um cuidado?	<i>Assess how effective a treatment is?</i> Assess, no sentido de compreender.

Fonte: Pokorski, 2013.

5.2 Pré-teste

Para o pré-teste, foram selecionados 40 pacientes. A duração média da aplicação das três escalas foi de vinte minutos. Nesta etapa não foram necessárias modificações, mantendo-se, assim, a Versão preliminar adaptada (VPA) como a Versão Português Final (VPF), que foi denominada Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira.

5.3 Características clínicas e demográficas da amostra do pré-teste

A Tabela 1 ilustra as características demográficas e clínicas da amostra. A idade média dos pacientes foi de 62(±10) anos, predominantemente do sexo masculino (61%) e de cor branca (88%). A mediana dos anos de estudo foi de 4

anos (3-7,5). Dos pacientes, 67% eram inativos, e a metade dos sujeitos apresentava renda familiar de até dois salários mínimos.

Quanto à angina estável, os pacientes foram classificados predominantemente em classe IV. O sintoma de angina estava presente para até 50% da amostra a 120 (27-177) meses. A hipertensão arterial e o diabetes foram as comorbidades mais prevalentes. Dados de fármacos também encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra. Porto Alegre/RS, 2013.

Variáveis	n=40
Idade, anos*	62(±10)
Sexo, masculino†	25(62)
Cor, branca†	35 (87)
Escolaridade, anos‡	4 (3-7,5)
Status profissional, inativo†	27 (67)
Status conjugal, casado/com companheiro†	26 (65)
Reside sozinho†	32(80)
Renda familiar‡	20(50)
Tempo de angina, meses‡	120(27-177)
Classificação da angina †	
Classe I	7(17)
Classe II	11(27)
Classe III	8(20)
Classe IV	14(35)
Comorbidades†	
Hipertensão arterial	30(75)
Diabetes	22(55)
Síndrome Coronariana Aguda	14(35)
Dislipidemia	10(25)
Acidente Vascular Cerebral	3(7,5)
Ex-tabagista	15(37)
Medicamentos em uso †	
AAS	39(97)
Estatina	37(92)
Betabloqueador	31(77)
Isossorbida	21(52)
Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	25(61)

* Variáveis contínuas apresentadas como média ± desvio-padrão e ‡ mediana (percentis 25-75).

† Variáveis categóricas expressas como n (%).

Fonte: Pokorski, 2013.

5.4 Fidedignidade

Para esta etapa, foram analisados mais 92 pacientes. Os valores de Alfa de Cronbach foram 0,175, 0,130 e 0,661 para a escala de Manutenção de Autocuidado (Seção A), Manejo de Autocuidado (Seção B), bem como para a escala de Autoconfiança (Seção C), respectivamente. Dados descritos no quadro abaixo:

Quadro 3 – Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção A (10 questões)

Questões	Média se o item for deletado	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Comparece a consultas com médicos ou enfermeiros ?	23,38	,154	,119
Toma aspirina ou outro anticoagulante?	23,52	,112	,133
Verifica sua pressão?	24,91	,104	,137
Pratica exercícios por 30 minutos?	25,44	-,040	,214
Toma seus remédios conforme receita?	23,40	-,048	,203
Solicita alimentos com pouca gordura quando faz refeições fora de casa ou quando visita outras pessoas?	25,42	,034	,175
Usa um sistema para ajudá-lo a lembrar de tomar os remédios? Por exemplo, usa um porta-comprimido ou lembretes?	24,67	-,006	,210
Come frutas e vegetais?	23,78	,181	,092
Evita fumar e/ou fumantes?	24,30	,098	,132
Tenta perder peso ou controlar peso?	24,58	,036	,177

Fonte: Pokorski, 2013.

Quadro 4 - Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção B (6 questões)

Questões	Média se o item for deletado	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Com que rapidez você reconheceu o sintoma como sendo de doença cardíaca?	11,96	,077	,081
Alterar o seu nível de atividade (diminuir o ritmo, descansar)	11,12	,136	,051
Utilizar nitroglicerina(se você não tiver prescrição de nitroglicerina, pule este item)	12,04	,060	,104
Ligar para o seu médico ou enfermeiro para receber orientações	13,35	,060	,0106
Tomar uma aspirina	13,33	-,086	,205
Que grau de certeza você teve de que a ação o ajudou ou não ajudou?	11,76	,070	,095

Fonte: Pokorski, 2013.

Quadro 5 - Valores de coeficiente de correlação item-Total e Alfas de Cronbach quando cada um dos itens for excluído da Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira Seção C (6 questões)

Questões	Média se o item for deletado	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Manter-se sem sintomas?	14,72	,018	,757
Seguir as orientações sobre o tratamento que recebeu?	13,46	,449	,602
Reconhecer as mudanças na sua saúde?	13,63	,506	,579
Avaliar a importância dos seus sintomas?	13,91	,364	,629
Fazer algo que alivie os seus sintomas?	13,66	,549	,558
Avaliar a eficácia de um cuidado?	13,72	,593	,548

Fonte: Pokorski, 2013.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo é um dos primeiros a realizar a adaptação transcultural e a testar a validade inicial e a fidedignidade da SCCAI fora de um país de língua inglesa.

As modificações realizadas na escala a partir do comitê de juízes e do estudo piloto envolveram termos, expressões ou verbos, com o objetivo de facilitar a compreensão das questões pelos pacientes e profissionais, bem como assegurar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual. Todas as modificações que se seguiram foram para a etapa de retrotradução, com posterior envio à autora, que a aprovou na íntegra.

Diversos métodos para obter a fidedignidade das escalas são sugeridos na literatura. Alguns dizem respeito à estabilidade da medida no tempo, e outros à consistência interna da escala⁽³⁴⁾. Quanto a estabilidade da medida no tempo é comum utilizar alguns métodos como: teste-reteste, método de formas paralelas ou método das metades – todos esses inadequados no caso de escalas aditivas como a proposta nesse estudo⁽³⁴⁾. No presente estudo, avaliou-se a fidedignidade através da consistência interna de medida por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. Na avaliação das escalas os coeficientes encontrados não foram adequados no que diz respeito à manutenção e ao manejo, e aceitáveis na escala de autoconfiança⁽³⁸⁾.

Alguns autores definem que o Alfa de Cronbach pode subestimar a verdadeira fidedignidade, especialmente no caso de escalas multifatoriais, nas quais se medem constructos diferentes. Por conta disso, os valores de Alfa de Cronbach devem ser sempre interpretados à luz das características da medida a que se associam e da população em que essa medida foi feita⁽³³⁾.

Salienta-se que os valores de Alfa de Cronbach encontrados na escala SCHFI v. 6.2, que foi a que serviu de base para o desenvolvimento da SCCAI, diferem-se dos apresentados nesse estudo⁽²⁸⁾. Em dados¹ (não publicados) enviados pela autora da SCCAI, referentes a uma amostra de 120 pacientes, o Alfa foi 0,71 (Manutenção do Autocuidado), 0,58 (Manejo do Autocuidado) e 0,78 (Autoconfiança na Tomada de Decisão).

¹ Dickson VV. Translation of SCCAI and SC-HI. [Internet]. Message to: Eneida Rabelo. 2011 Jun 28 [acesso em 2011 Jun 29]. [1 parágrafo].

Também se avaliou a relação de cada item da escala com o seu escore total (correlação item-total), a fim de verificar se as questões se relacionam ou não. Considera-se aceitável um coeficiente de correlação item-total superior a 0,30, significando que os itens estão relacionados e contribuem para a medida desse atributo na escala⁽³⁸⁾.

Na versão brasileira da SSCAI, quando analisada a escala de manutenção de autocuidado, encontramos correlações muito baixas, algumas delas negativas, permitindo inferir que as questões não se mostraram convergentes para o constructo medido de Autocuidado. Quanto as respostas encontradas, todos os pacientes responderam que compareciam às consultas e tomavam AAS; a valorização que os pacientes atribuem ao uso de um medicamento e comparecimento às consultas parecem factíveis de serem executadas e não demandam alteração maior no seu estilo de vida. Por outro lado, exercitar-se, alimentar-se adequadamente, fumar e controlar o peso são aspectos diretamente relacionados a mudanças e opções que se fazem para mudar um estilo de vida e que, embora, os pacientes saibam dos benefícios de segui-las, parecem não ser aplicadas, e isso foi confirmado nas respostas. Essa conduta reflete as baixas correlações encontradas, indicando, mais uma vez, que o conhecimento de atitudes adequadas de autocuidado não conferem a sua realização⁽³⁹⁾.

Analisando os seis itens da escala de manejo do autocuidado, nossos resultados demonstraram que todos os itens apresentaram correlações item-total inferiores a 0,136 e, ainda, a questão *Tomar uma aspirina*, mostrou correlação negativa, permitindo inferir que as questões não estão relacionadas entre si⁽⁴⁰⁾ e que, por conta disso, não são convergentes para o constructo Manejo do Autocuidado (seção B). A capacidade dos pacientes de monitorar sintomas e tomar decisões adequadas na ocorrência destes, como alterar o nível de atividade, utilizar medicação para controle ou buscar ajuda profissional, faz parte do conceito de manejo do autocuidado^(23,24). Contudo, estudos têm evidenciado que o manejo na doença crônica não depende somente do conhecimento que alguns pacientes adquirem com o tempo de doença ou com os programas de educação em saúde; sobretudo o manejo do autocuidado depende de recursos pessoais, tais como autoconfiança, habilidade de cuidar de si mesmo e de gerenciar as consequências, estando no comando do seu cuidado⁽³⁹⁾.

Ainda em relação às questões que compõem essa escala, é importante salientar que *Ligar para o seu médico/enfermeira para pedir orientações* (correlação 0,060) não faz parte da realidade do nosso sistema público de saúde, e talvez não possua a equivalência cultural necessária para medir essa atitude em relação ao seu manejo. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por um grupo multidisciplinar em clínica de IC, no qual foram retiradas três questões por não possuírem equivalência cultural⁽⁴¹⁾. *Tomar aspirina, se tiver angina* (correlação -,086) não é uma prática comum de manejo do autocuidado, realizada pelos pacientes incluídos nesse estudo, pois não faz parte da prescrição ou orientação dada aos mesmos. Portanto, acredita-se que um comportamento voltado para o autocuidado inclui a autoconfiança, a habilidade de viver com as limitações impostas pela doença, buscando qualidade de vida, e a iniciativa para cumprir o tratamento medicamentoso e o regime de dieta e exercícios, monitorando os sintomas e procurando ajuda quando eles ocorrerem. Permite-se, assim, que o paciente crônico esteja no comando e no manejo do seu autocuidado.

Das seis questões contidas na escala Autoconfiança na Tomada de Decisão, cinco obtiveram correlação item-total superior a 0,364, evidenciando que os itens estão correlacionados entre si e que medem o mesmo atributo; no entanto, a questão *Manter-se sem sintomas?* obteve correlação ,018, o que parece fazer sentido, visto que o instrumento foi aplicado em pacientes, na sua maioria, com angina classe IV (35% da amostra), todos com sintomas anginosos no último mês.

Quando analisada a consistência interna da escala de Autoconfiança, Seção C, o Alfa de Cronbach de ,661 é considerado aceitável e indica que, no agrupamento das questões, elas convergem para o constructo de confiança do autocuidado. Todavia, quando as escalas da Seção A e B são analisadas, obtêm-se valores de Alfa baixos. É possível inferir que existe heterogenicidade das questões dentro de uma mesma escala.

Em estudo de validação de instrumento que avalia conhecimento sobre IC, realizado em um ambulatório interdisciplinar no sul do Brasil, a fidedignidade foi avaliada por meio da estabilidade do instrumento (teste e reteste). Os autores justificam que não utilizaram o Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna pelo fato de o questionário não ser homogêneo na sua concepção⁽⁴¹⁾.

Diante das limitações do Alfa de Cronbach, têm sido desenvolvidos, por diversos autores, novos modelos na teoria da fidedignidade, especialmente com

base na análise das propriedades aditivas dos modelos de análise de variância e do coeficiente de correlação interclasses; contudo, devido à sua complexidade, essa nova teoria não tem assumido relevância prática e seu uso ainda é cauteloso⁽³³⁾.

6.1 Limitações do estudo

Até o presente momento, realizou-se a adaptação transcultural da SCCAI, sua validade inicial e fidedignidade. A heterogeneidade das questões, bem como uma amostra insuficiente não possibilitou que o método utilizado para avaliar a consistência interna conferisse fidedignidade à SCCAI.

7 CONCLUSÕES

A adaptação transcultural e a validação da SCCAI basearam-se na literatura científica e resultaram em uma escala adaptada, que recebeu o nome de Escala de Autocuidado para Angina Crônica – Versão Brasileira. Essa escala manteve as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, atestando a validade de conteúdo e face segundo a avaliação do comitê de juízes e das respostas dos pacientes.

No que diz respeito à consistência interna da escala não foi conferida fidedignidade a essa versão do instrumento. Diante disso, novos métodos de fidedignidade e validade são sugeridos para a utilização na prática da SCCAI. Sugerimos também que a versão adaptada volte à reunião do comitê de juízes para discutir os resultados advindos do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 SCIRICA, B. M. Chronic angina: definition, prevalence and implications for quality of life. **Reviews in Cardiovascular Medicine**. New York, v. 10, Supplement 1, p. S3-S10, 2009.
- 2 HEMINGWAY, H. et al. Prevalence of angina in women versus men: a systematic review and meta-analysis of international variations across 31 countries. **Circulation**. Baltimore, v. 117, no. 12, p. 1526-1536, 2008.
- 3 JNEDID, H. et al. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**. New York, v. 60, no. 7, p. 645-681, 2012.
- 4 RIEGEL, B.; Dickson V. A situation-specific theory of heart failure self-care. **Journal of Cardiovascular Nursing**. New York, v. 23, no. 3, p. 190-196, 2008.
- 5 HOLLAND, R. et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. **Heart**. London, v. 91, no. 7, p. 899-906, 2005.
- 6 STROMBERG, A. Education nurses and patients to manage heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. Linköping, v. 1, no. 1, p. 33-40, 2002.
- 7 THOMPSON, D. R.; STEWART, S. Nurse directed services: how can they be made more effective? **European Journal of Cardiovascular Nursing**. Linköping, v. 1, no. 1, p. 7-10, 2002.
- 8 CONNELLY, C. E. An empirical study of a model in self-care in chronic illness. **Clinical Nurse Specialist**. Baltimore, v. 7, no. 5, p. 447-453, 1993.
- 9 DICKSON, V. V. Improving self-care among aging workers with coronary heart disease: a growing priority. **Critical Public Health**. London, v. 19, p. 1-2, 2011. Disponível em: <http://www.uml.edu/docs/CPH%20News-and-views_19_2011_tcm18-40727.pdf>.

10 RIEGEL, B. et al. An update on the self-care heart failure index. **Journal of Cardiovascular Nursing**. New York, v. 24, no. 6, p. 485-497, 2009.

11 BEATON, D. et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>.

12 COHEN, M. G. et al. Metas terapêuticas em pacientes com angina refractária crônica. **Revista Española de Cardiologia**. Madrid, v. 63, n. 5, p. 571-582, 2010.

13 CÉSAR, L. A. M. et al. Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 7-8, 2004.

14 Braunwald, E. et al. **Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 9.ed. Philadelphia: Saunders, 2012. cap.1 e 57, 1-18 e 1210-39.

15 ROGER, V. L. et al. Heart disease and stroke statistics 2012 update: a report from the American Heart. **Circulation**. Baltimore, v. 125, p. 200-222, 2012.

16 RIBEIRO, R. A. et al. Custo anual do manejo da cardiologia isquêmica no Brasil: perspectiva pública e privada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 85, n. 1, p. 3-8, 2005.

17 YANOWITZ, F. G. **Screening for coronary heart disease**. 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/screening-for-coronary-heart-disease>>. Acesso em: 01 jan. 2011.

18 QUADROS, A. S. et al. Avaliação do estado de saúde pelo questionário de angina de Seattle em paciente com síndrome coronariana aguda. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 65-71, 2011.

19 MORAES, R. S. (Ed.). Diretriz de reabilitação cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 439, 2005.

20 HAMAR, G. B. et al. Impact of a chronic disease management program on hospital admissions and readmissions in an Australian population with heart disease or diabetes. **Population Health Management**. New Rochelle, v. 16, no. 2, p. 125-131, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23113632>>. Acesso em: 31 out. 2012.

21 RICH, M. W. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission on elderly patients with congestive heart failure. **The New England Journal of Medicine**. England, v. 333, no. 18, p. 1190-1195, 1995.

22 DOMINGUES, F.B. et al. Nursing education and telephone monitoring of patients with heart failure: randomized clinical Trial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 96, n. 3, p. 233-239, 2011.

23 RIEGEL, B.; CARLSON, B.; GLASER, D. Development and testing of a clinical tool measuring selfmanagement of heart failure. **Heart & Lung**. New York, v. 29, no. 1, p. 4-15, 2000.

24 RIEGEL, B.; DICKSON, V. V. A situacion-specific theory of heart failure self-care. **Journal of Cardiovascular Nursing**. New York, v. 23, no. 3, p. 196-196, 2008.

25 SAFFI, M. A. **Tradução, adaptação e validação de um questionário de conhecimento de fatores de risco cardiovascular para pacientes com doença arterial coronariana**. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

26 RIEGEL, B.; DICKSON, V. V. "Stop telling us what to do and tell us how to do it": A qualitative meta-analysis of skill development in heart failure self-care. **Circulation**. Baltimore, v. 118, p. S768, 2008.

27 RIEGEL, B. et al. Factors influencing heart failure self-care differ in men and women. **Circulation**. Baltimore, v. 120, p. S524, 2009.

28 ÁVILLA, C. W. **Adaptação transcultural e validação da Self-Care of Heart Failure Index versão 6.2 para uso no Brasil**. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

29 GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**. New York, v. 46, no. 12, p. 1417-1432, 1993.

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

- 31 SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**. Baltimore, v. 126, Supplement 1, p. S124-S128, 2004.
- 32 BEATON, B. E. et al. Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. **Spine**. Philadelphia, v. 25, no. 24, p. 3186-3191, 2000.
- 33 MAROCO, J.; MARQUES, T. G. Qual a confiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**. Lisboa, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.
- 34 CUNHA, J. A. Psicodiagnóstico. In: Fachel, J. M. G.; Camey, S. **Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- 35 SQUIRES, J. E. et al. A protocol for advanced psychometric assessment of surveys. **Nursing Research and Practice**. New York, 8 p., 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/156782/>>. Acesso em: 15 dez. 2012.
- 36 HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**. Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.
- 37 COLÉGIO Americano de Medicina Esportiva. Posicionamento oficial exercício para pacientes com doença arterial coronariana. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 4, n. 4, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v4n4/a06v4n4.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2013.
- 38 D' ALMEIDA, K. S. M.; SOUZA, G. C.; RABELO, E. R. Adaptação transcultural para o Brasil do Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Questionário Restritivo da Dieta de Sódio) (DSRQ). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 98, n. 1, p. 70-75, 2011.
- 39 RABELO, E. R. et al. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 352-358, 2006.
- 40 JAARSMA, T. et al. Development and testing of de European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. **European Journal of Heart Failure**. Oxford, v. 5, no. 3, p. 363-70, 2003.

41 RABELO, E. R. et al. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 277-284, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_08.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.

ANEXO A – Self-care of Chronic Angina Index

All answers are confidential.

Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.

SECTION A:

Listed below are common instructions given to persons with chronic angina. How routinely do you do the following?

	Never or rarely	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. Keep doctor or nurse appointments?	1	2	3	4
2. Take aspirin or other blood thinner?	1	2	3	4
3. Check your blood pressure?	1	2	3	4
4. Exercise for 30 minutes?	1	2	3	4
5. Take your medicines as prescribed?	1	2	3	4
6. Ask for low fat items when eating out or visiting others?	1	2	3	4
7. Use a system to help you remember your medicines? For example, use a pill box or reminders.	1	2	3	4
8. Eat fruits and vegetables?	1	2	3	4
9. Avoid cigarettes and/or smokers?	1	2	3	4
10. Try to lose weight or control your body weight?	1	2	3	4

SECTION B:

Chronic angina may appear as chest pain, chest pressure, burning, heaviness, shortness of breath, or fatigue.

In the past month, have you had any of these symptoms of angina? Circle one.

- 0) No
1) Yes

***11. If you had any of these symptoms of angina in the past month...
(circle **one** number)***

	Have not had these	I did not recognize it	Not Quickly	Somewhat Quickly	Quickly	Very Quickly
How quickly did you recognize it as a symptom of heart disease?	N/A	0	1	2	3	4

Listed below are actions that people with chronic angina use. If you have angina, how likely are you to try one of these actions?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
12.Change your activity level (slow down, rest)	1	2	3	4
13.Take nitroglycerin (If you do not have nitroglycerin prescribed, skip this item)	1	2	3	4
14.Call your doctor or nurse for guidance	1	2	3	4
15.Take an aspirin	1	2	3	4

16.Think of an action you tried the last time you had symptoms of angina,
(circle **one** number)

	I did not try anything	Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure
How <u>sure</u> were you that the action helped or did not help?	0	1	2	3	4

SECTION C:

In general, how confident are you that you can:

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
17.Keep yourself <u>free of symptoms</u> ?	1	2	3	4
18. <u>Follow the treatment advice</u> you have been given?	1	2	3	4
19. <u>Recognize changes</u> in your health?	1	2	3	4
20. <u>Evaluate the importance</u> of your symptoms?	1	2	3	4
21. <u>Do something</u> that will relieve your symptoms?	1	2	3	4
22. <u>Evaluate</u> how well a remedy works?	1	2	3	4

ANEXO B – Autorização via e-mail para uso da escala

From: Victoria Vaughan Dickson <vdickson@nyu.edu>

Date: 2011/6/28

Subject: Translation of SCCAI and SC-HI

To: eneidarabelo@gmail.com, "Barbara Riegel (briegel@nursing.upenn.edu)" <briegel@nursing.upenn.edu>

Dear Eneida;

We are excited at the opportunity to work with you on the psychometric testing of the Self-Care of Chronic Angina Index (SCCAI) and the Self-Care of Hypertension Index (SC-HI). Currently, these instruments are only available in English. Therefore, we respectfully ask for your help in translating them for use in your population; and provide via this email permission for you to do so. Please let me know if any additional information is needed.

Dr. Riegel and I are looking forward to collaborating with you.

Best Regards~

Vicky

ANEXO C - Escala de Autocuidado Para Angina Crônica – Versão Brasileira

Todas as respostas são confidenciais.

Para responder a essas perguntas, pense em como você tem se sentido no último mês ou desde que conversamos pela última vez.

SEÇÃO A:

Algumas orientações comuns dadas a pessoas com angina crônica estão listadas abaixo. Com que frequência você realiza as seguintes atividades?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Comparece a consultas com médicos ou enfermeiros?	1	2	3	4
2. Toma aspirina ou outro anticoagulante?	1	2	3	4
3. Verifica sua pressão?	1	2	3	4
4. Pratica exercícios por 30 minutos?	1	2	3	4
5. Toma seus remédios conforme receita?	1	2	3	4
6. Solicita alimentos com pouca gordura quando faz refeições fora de casa ou quando visita outras pessoas?	1	2	3	4
7. Usa um sistema para ajudá-lo a lembrar de tomar os remédios? Por exemplo, usa um porta-comprimidos ou lembretes?	1	2	3	4
8. Come frutas e vegetais?	1	2	3	4
9. Evita fumar e/ou fumantes?	1	2	3	4
10. Tenta perder peso ou controlar o peso?	1	2	3	4

SEÇÃO B:

A angina crônica pode se manifestar como dor no peito, pressão no peito, azia ou queimação, sensação de peso, falta de ar ou fadiga.

Você teve algum desses sintomas de angina no último mês? Circule um número

0) Não

1) Sim

11. Se você teve algum desses sintomas de angina no último mês,...

(circule **um** número)

	Não tive nenhum sintoma	Não reconheci o sintoma	Não reconheci rapidamente	Reconheci com certa rapidez	Reconheci rapidamente	Reconheci muito rapidamente
Com que rapidez você reconheceu o sintoma como sendo de doença cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4

Abaixo estão listadas ações praticadas por pessoas que têm angina crônica. Se você tem angina, qual é a probabilidade de você tentar realizar alguma dessas ações?

(circule **um** número para cada cuidado)

	Nenhuma probabilidade	pouco provável	Provável	Muito provável
12. Alterar o seu nível de atividade (diminuir o ritmo, descansar)	1	2	3	4
13. Utilizar nitroglicerina (se você não tiver prescrição de nitroglicerina, pule este item)	1	2	3	4
14. Ligar para o seu médico ou enfermeiro para receber orientações	1	2	3	4
15. Tomar uma aspirina	1	2	3	4

16. Pense em uma ação que você tentou realizar na última vez que teve sintomas de angina

(circule **um** número)

	Não tentei nada	Não tenho certeza	Tenho alguma certeza	Tenho certeza	Tenho muita certeza
Que grau de <u>certeza</u> você teve de que a ação ajudou ou não ajudou?	0	1	2	3	4

SEÇÃO C:

Em geral, quanto você confia que consegue:

	Não confiante	Um pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
17. Manter-se <u>sem</u> sintomas?	1	2	3	4
18. Seguir as orientações sobre o tratamento que recebeu?	1	2	3	4
19. Reconhecer <u>as</u> mudanças na sua saúde?	1	2	3	4
20. Avaliar <u>a</u> importância dos seus sintomas?	1	2	3	4
21. Fazer algo que alivie os seus sintomas?	1	2	3	4
22. Avaliar a eficácia de um cuidado?	1	2	3	4

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Adaptação transcultural e validação da para uso no Brasil da SELF-CARE OF CHRONIC ANGINA INDEX

O autocuidado significa a habilidade que as pessoas podem ter ou desenvolver no cuidado da sua saúde, como por exemplo, no caso de pacientes com angina, aprender a importância de reconhecer sintomas como dor no peito, falta de ar, cansaço para as atividades da vida diária, entre outros cuidados. Em virtude dessa afirmação, gostaríamos de convidado-lo (a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo avaliar o autocuidado em pacientes com angina crônica.

É importante para a equipe que cuida de pacientes com esta doença, saber se o senhor tem o conhecimento destas habilidades ou não. Para isto estamos desenvolvendo um estudo que utiliza um questionário sobre estas habilidades. No entanto, este questionário ainda não está disponível na nossa língua, e por isso ainda não é utilizado no nosso país.

Primeiramente, esse instrumento será traduzido do inglês para o português e retraduzido do português para o inglês por profissionais devidamente qualificados. A finalidade desta etapa é deixar o questionário o mais parecido com o original evitando erros de interpretação. Após, essa versão inicial será respondida por um pequeno grupo de pacientes para avaliar a compreensão sobre as perguntas e, se necessário, haverá reformulação do questionário para melhor entendimento. Com a versão final do questionário já disponível os demais pacientes do ambulatório serão convidados a participar do estudo. Na primeira etapa desta pesquisa, precisamos testar este questionário com os nossos pacientes, para a partir destes resultados conhecer as habilidades que os pacientes possuem sobre o cuidado com a sua saúde.

Se o Sr (a) concordar , irá responder a um questionário com 22 perguntas referentes a sua doença e ao seu tratamento, incluindo os cuidados com reconhecimento dos sinais e sintomas de angina e suas atitudes frente esses sintomas; a entrevista leva cerca de 20 min. A qualquer momento o Sr(a) poderá desistir da participação nesse estudo, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo Sr (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa, e que os dados coletados não serão identificados quando a divulgação dos resultados. Estes dados, após serem analisados, serão arquivados e ficarão à disposição por um período de cinco anos junto às pesquisadoras.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção sobre os objetivos deste estudo.

A professora responsável por este estudo é a Prof^a Eneida Rejane Rabelo da Silva, e a enfermeira pesquisadora que estará aplicando este questionário é Enf^a Simoni Pokorski. Telefones das pesquisadoras: (51) 21018657, (51) 96333480.

Endereço: Rua São Manoel, 963 - Bairro Santa Cecília

Telefones: 55 51 3308.5226 - Fax: +55 51 3308.54

Escola de Enfermagem da UFRGS

Contato comitê de ética do HCPA: 33598304

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____ Nome do entrevistador:

APÊNDICE – Formulário características clínicas e demográficas

Instrumento para coleta de dados do estudo: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DA *SELF-CARE OF CHRONIC ANGINA INDEX* PARA USO NO
BRASIL

Data de entrada no estudo: __/__/__

Local da coleta: emergência hemodinâmica UCC ambulatório

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Prontuário

Data de nascimento: __/__/__

Telefone:

Cor: branca preta mista

Sexo: M F

Profissão:

Estado Civil: solteiro casado separado/divorciado

2-DOMÍNIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

2.1 Você possui quantos anos completos de estudo? _____

2.2 Você reside sozinho? Sim Não

2.3 Qual sua renda familiar? 1 salário 2 salários 3 salários

4 salários + de 4 salários

3-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS E FATORES DE RISCO

Diabete Melito História familiar de DAC Hipertensão

Hipercolesterolemia SCA AVC

Hpertrigliceridemia CRM ACTP

Tabagismo: Sim __ cigarros/dia Não Ex-usuário há _____

Uso de Álcool Sim ___x por semana Quantidade:

Obesidade Peso: Kg Altura: cm IMC: PA:

Exercício Físico: Sim Qual? _____ Quantas vezes por semana? _

Não

Angina Classe (Braunwald) I II III

A quanto tempo tem angina ?

4-MEDICAÇÕES EM USO

Aspirina dose___ Captopril/Enalapril dose___

Clopidogrel dose___ Digoxina dose___

Diltiazem/Verapamil dose___ Isordil/Apressolina dose___

Metoprolol/Atenolol/Carvedilol dose___ Amiodarona dose___

Furosemida/Hidroclorotiazida dose___ Espirolactolona dose___

Sinvastatina/Pravastatina/Atorvastatina dose___

Glucoformin/Glifage/Daonil dose___ Outros: _____

5-BIOQUÍMICA

Data/hora					
CT					
HDL					
LDL					
TG					
Glicemia					
Hb/glicada					