

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA

**Adaptação cultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para uso no Brasil**

RIBEIRÃO PRETO

2023

DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA

**Adaptação cultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para uso no Brasil**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Costa, Daiane Vieira Medeiros

Adaptação cultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para uso no Brasil. Ribeirão Preto, 2023.

155 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. Síndrome Coronariana Aguda. 2. Coronariopatia. 3. Psicometria. 4. Estudos de Validação. 5. Conhecimento. 6. Atitudes.

Nome: Costa, Daiane Vieira Medeiros

Título: Adaptação cultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para uso no Brasil

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Presidente

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*A minha mãe Vera e ao meu pai Celso, pelo amor, cuidado e carinho que sempre dedicaram a mim. Com toda a simplicidade, vocês sempre estiveram presentes e são os alicerces da minha vida!*

*Ao meu amado esposo e eterno namorado, José Mauro, pela compreensão, paciência, apoio e companheirismo ao longo dessa jornada.*

*Este trabalho é o fruto do amor e do encorajamento que vocês compartilharam comigo durante este percurso.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me amparar nos momentos de dificuldade e por colocar pessoas especiais no meu caminho.

A minha família, em especial aos meus pais, esposo, irmão e sobrinhas, que sempre estão de braços abertos para me receber e me dão forças para continuar.

A minha orientadora, professora Rosana, pelos ensinamentos, paciência, apoio e por ter contribuído de forma tão valiosa para minha mudança de nível e aceitado dar continuidade à orientação deste trabalho. Sua contribuição foi fundamental para o meu crescimento acadêmico e sou imensamente grata por isso.

À professora Lidia Aparecida Rossi, por compartilhar comigo sua sabedoria, por ter acreditado em mim desde o primeiro ano da graduação e ter me acolhido no início da pós-graduação. Sou eternamente grata a você!

À professora Marcia Ciol, pelo imenso auxílio durante as análises estatísticas.

A minha querida amiga Beatriz, pela amizade e por estar ao meu lado desde a graduação. Juntas, buscamos e realizamos tantos sonhos. Obrigada pelo incentivo para iniciar a jornada da pós-graduação e por estar sempre presente, tornando esta etapa mais leve e significativa.

Às alunas de graduação, Laura e Kethlen, pela valiosa contribuição durante a coleta de dados.

Aos especialistas que compuseram o comitê de avaliação, pelo tempo dedicado e pelas preciosas contribuições fornecidas para aprimorar o instrumento.

Aos membros do GIRQ, pela parceria em prol de nosso crescimento coletivo.

Aos funcionários da unidade de internação do 5º andar do HCFMRP/USP, em especial às enfermeiras Juliana, Letícia e Cristiane, pela compreensão e apoio, que me propiciaram conciliar o trabalho e o desenvolvimento do meu doutorado.

Aos funcionários da recepção do ambulatório de Cardiologia do HCFMRP/USP, pela grande ajuda durante a coleta de dados.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por proporcionar uma formação de excelência e por me permitir viver essa experiência enriquecedora.

Por fim, agradeço profundamente a todos os pacientes que participaram desta pesquisa, sem os quais este trabalho não seria possível e não faria sentido.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*“Ao cuidar de uma doença, você pode ganhar ou perder. Ao cuidar de uma pessoa, você sempre ganha.”*

Hunter Doherty



## RESUMO

Costa, D.V.M. **Adaptação cultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para uso no Brasil**. 2023. 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

As doenças cardiovasculares, com destaque para a síndrome coronariana aguda (SCA), representam a principal causa de mortalidade mundial. Essa síndrome é a manifestação clínica mais comum da doença arterial coronariana (DAC). O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a reperfusão do miocárdio é crucial para a sobrevivência dos pacientes. Contudo, a falta de conhecimento e a demora para reconhecer os sintomas isquêmicos são os principais fatores que influenciam no atraso do atendimento pré-hospitalar. Programas educativos e instrumentos de avaliação são importantes estratégias para educar a população e reduzir eventos recorrentes da SCA. Nossa revisão de literatura demonstrou que, no Brasil, não dispomos de um instrumento validado para avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre esta síndrome. O *Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index* avalia a resposta do indivíduo à SCA, por meio de seu conhecimento, atitudes e crenças. Dessa forma, o objetivo deste estudo metodológico foi adaptar culturalmente e verificar as propriedades de medida da versão adaptada para o Brasil do *ACS Response Index*, em pacientes com 18 anos ou mais, de ambos os sexos e diagnosticados com DAC. O processo de adaptação cultural transcorreu de acordo com as seguintes etapas: tradução inicial; obtenção do consenso das versões em português; comitê de especialistas; retrotradução; obtenção do consenso das versões em inglês; avaliação pelo autor da versão original; análise semântica; e pré-teste. As seguintes propriedades de medida foram avaliadas: consistência interna, validade de face e de conteúdo, validade de construto entre grupos conhecidos, validade de constructo convergente, validade estrutural e presença de efeitos teto e chão. O nível de significância adotado foi de 0,05. Participaram do estudo 244 indivíduos com DAC. As pontuações médias para as subescalas de conhecimento, atitudes e crenças foram, respectivamente: 12,75 (DP=2,6), 13,48 (DP=3,39) e 22,40 (DP=3,16). A consistência interna da subescala de conhecimento foi avaliada pelo KR-20, cujo valor foi de 0,399. Os resultados dos alfas de Cronbach para as subescalas de atitudes e de crenças foram 0,735 e 0,577, respectivamente. A estrutura original do instrumento foi testada mediante análise fatorial confirmatória, para a qual obteve-se índices de ajuste satisfatórios para as subescalas de conhecimento (SRMR=0,065; RMSEA=0,058; CFI=0,792; TLI=0,761), atitudes (SRMR=0,027; RMSEA=0,053; CFI=0,988; TLI=0,970) e crenças (SRMR=0,047; RMSEA=0,048; CFI=0,971; TLI=0,952). As hipóteses prévias sobre a validade de constructo por grupos conhecidos foram testadas para comparar os valores das três subescalas segundo a faixa etária, presença de orientação prévia sobre sua doença cardíaca e nível escolaridade. Apenas as seguintes hipóteses foram confirmadas: na subescala de conhecimento, os indivíduos com até 59 anos apresentaram melhores níveis de conhecimento quando comparados aos indivíduos com 60 anos ou mais ( $p=0,003$ ); na subescala de crenças, maiores valores foram obtidos no grupo que relatou orientação prévia sobre sua doença ( $p=0,008$ ) e naqueles com maior escolaridade ( $p=0,022$ ). A avaliação da validade de constructo convergente mostrou correlação fraca e positiva entre as subescalas de conhecimento e crenças ( $r=0,217$ ;  $p<0,05$ ), e de conhecimento e atitudes ( $r=0,128$ ;  $p<0,05$ ). Não encontramos correlação entre os valores das demais subescalas. Constatamos a presença do efeito teto em todos os itens das subescalas de atitudes e de crenças. Os resultados mostraram que o ACS Response Index-BR manteve as equivalências, validade de face e de conteúdo, validade de constructo entre grupos conhecidos nas subescalas de conhecimentos e crenças, ajuste adequado ao modelo estrutural original e

confiabilidade satisfatória para a subescala de atitudes. Entretanto, dadas as particularidades da amostra, sugerimos a realização de estudos adicionais com a versão adaptada em diferentes instituições de saúde, assim como, em amostras com características sociodemográficas distintas.

**Palavras-chave:** Síndrome Coronariana Aguda. Coronariopatia. Psicometria. Estudos de Validação. Conhecimento. Atitudes.

## ABSTRACT

Costa, D.V.M. **Cultural adaptation and validation of the Acute Coronary Syndrome Response Index for use in Brazil.** 2023. 155f. Thesis (Graduate Program in Fundamental Nursing) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2023.

Cardiovascular diseases, especially Acute Coronary Syndrome (ACS), represent the main cause of mortality worldwide. This syndrome is the most common clinical presentation of coronary artery disease (CAD). The time interval between the onset of symptoms and myocardial reperfusion is crucial for patient survival. However, lack of knowledge and delay in recognizing ischemic symptoms are the main factors that influence delays in pre-hospital care. Educational programs and assessment tools are important strategies to educate the population and reduce recurrent ACS events. Our literature review demonstrated that, in Brazil, we do not have a validated instrument to assess individuals' knowledge about this syndrome. The ACS Response Index assesses an individual's response to ACS, through their knowledge, attitudes and beliefs. Therefore, the objective of this methodological study was to culturally adapt and verify the measurement properties of the version adapted for Brazil of the ACS Response Index, in patients aged 18 or over, of both genders and diagnosed with CAD. The cultural adaptation process occurred according to the following stages: initial translation; obtaining consensus on the Portuguese versions; expert committee; back translation; obtaining consensus on English versions; evaluation by the author of the original version; semantic analysis; and pre-test. The following measurement properties were evaluated: internal consistency, face and content validity, construct validity by known groups, convergent construct validity, structural validity and ceiling and floor effects presence. The significance level adopted was 0.05. This study included 244 individuals with CAD. The mean scores for the knowledge, attitudes and beliefs subscales were, respectively: 12.75 (SD=2.6), 13.48 (SD=3.39) and 22.40 (SD=3.16). The internal consistency of the knowledge subscale was assessed using the KR-20, the value of which was 0.399. Cronbach's alpha results for the attitudes and beliefs subscales were 0.735 and 0.577, respectively. The original instrument's structure was tested using confirmatory factor analysis, for which satisfactory fit indices were obtained for the knowledge (SRMR=0.065; RMSEA=0.058; CFI=0.792; TLI=0.761), attitudes (SRMR=0.027; RMSEA =0.053; CFI=0.988; TLI=0.970) and beliefs subscales (SRMR=0.047; RMSEA=0.048; CFI=0.971; TLI=0.952). Previous hypotheses about construct validity by known groups were tested to compare the values of the three subscales according to age range, presence of previous guidance about heart disease and education level. Only the following hypotheses were confirmed: in the knowledge subscale, individuals aged 59 years or younger presented better levels of knowledge when compared to individuals aged 60 years or older ( $p=0.003$ ); in the beliefs subscale, higher values were obtained in the group that reported previous guidance about their disease ( $p=0.008$ ) and in those with higher education level ( $p=0.022$ ). The evaluation of the convergent construct validity showed a weak and positive correlation between the knowledge and beliefs subscales ( $r=0.217$ ;  $p<0.05$ ), and knowledge and attitudes subscales ( $r=0.128$ ;  $p<0.05$ ). We did not find any correlation between the values of the other subscales. We found the presence of the ceiling effect in all items of the attitudes and beliefs subscales. The results showed that the ACS Response Index-BR maintained equivalences, face and content validity, construct validity by known groups in the knowledge and beliefs subscales, adequate fit to the original structural model, and satisfactory reliability for the attitudes subscale. However, given the particularities of the sample, we recommend conducting additional studies with the adapted version in different healthcare institutions, as well as in samples with different sociodemographic characteristics.

**Keywords:** Acute Coronary Syndrome. Coronary Disease. Psychometrics. Validation Study. Knowledge. Attitudes.

## RESUMEN

Costa, D.V.M. **Adaptación cultural y validación del instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para su uso en Brasil.** 2023. 155f. Tesis (Doctorado em Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Las enfermedades cardiovasculares, especialmente el síndrome coronario agudo (SCA), representan la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Este síndrome es la manifestación clínica más común de la enfermedad coronaria. El intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas y la reperfusión miocárdica es crucial para la supervivencia del paciente. Sin embargo, el desconocimiento y el retraso en el reconocimiento de los síntomas isquémicos son los principales factores que influyen en el retraso en la atención prehospitalaria. Los programas educativos y los instrumentos de evaluación son estrategias importantes para educar a la población y reducir los eventos recurrentes de SCA. Nuestra revisión de la literatura demostró que, en Brasil, no contamos con un instrumento validado para evaluar el conocimiento de los individuos sobre este síndrome. El *Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index* evalúa la respuesta de un individuo al SCA, a través de sus conocimientos, actitudes y creencias. Por tanto, el objetivo de este estudio metodológico fue adaptar culturalmente y verificar las propiedades de medición de la versión adaptada para Brasil del *ACS Response Index*, en pacientes de 18 años o más, de ambos sexos y diagnosticados con enfermedad coronaria. El proceso de adaptación cultural se desarrolló según las siguientes etapas: traducción inicial; obtención de consenso sobre las versiones portuguesas; comité de expertos; retrotraducción; obtención de consenso sobre las versiones en inglés; evaluación del autor de la versión original; análisis semántico; y prueba previa. Se evaluaron las siguientes propiedades de medición: consistencia interna, validez de apariencia y de contenido, validez de constructo entre grupos conocidos, validez de constructo convergente, validez estructural y presencia de efectos techo y suelo. El nivel de significancia adoptado fue 0,05. Participaron en el estudio 244 personas con enfermedad coronaria. Las puntuaciones medias de las subescalas de conocimientos, actitudes y creencias fueron, respectivamente: 12,75 (DE=2,6), 13,48 (DE=3,39) y 22,40 (DE=3,16). La consistencia interna de la subescala de conocimientos se evaluó mediante el KR-20, cuyo valor fue 0,399. Los resultados del alfa de Cronbach para las subescalas de actitudes y creencias fueron de 0,735 y 0,577, respectivamente. La estructura original del instrumento fue probada mediante análisis factorial confirmatorio, para lo cual se obtuvieron índices de ajuste satisfactorios para las subescalas de conocimiento (SRMR=0,065; RMSEA=0,058; CFI=0,792; TLI=0,761), actitudes (SRMR=0,027; RMSEA =0,053; CFI=0,988; TLI=0,970) y creencias (SRMR=0,047; RMSEA=0,048; CFI=0,971; TLI=0,952). Se probaron hipótesis previas sobre la validez de constructo por grupos conocidos para comparar los valores de las tres subescalas según grupo etario, presencia de orientación previa sobre su enfermedad cardíaca y nivel de educación. Sólo se confirmaron las siguientes hipótesis: en la subescala de conocimiento, los individuos de hasta 59 años tuvieron mejores niveles de conocimiento en comparación con los individuos de 60 años o más ( $p=0,003$ ); en la subescala de creencias se obtuvieron valores más altos en el grupo que reportó orientación previa sobre su enfermedad ( $p=0,008$ ) y en aquellos con educación superior ( $p=0,022$ ). La evaluación de la validez de constructo convergente mostró una correlación débil y positiva entre las subescalas de conocimiento y creencias ( $r=0,217$ ;  $p<0,05$ ), y de conocimiento y actitudes ( $r=0,128$ ;  $p<0,05$ ). No encontramos correlación entre los valores de las demás subescalas. Encontramos la presencia del efecto techo en todos los ítems de las subescalas de actitudes y creencias. Los resultados mostraron que el ACS Response Index-BR mantuvo equivalencias, la validez de apariencia y

de contenido, la validez de constructo entre grupos conocidos en las subescalas de conocimientos y creencias, adecuado ajuste al modelo estructural original y confiabilidad satisfactoria para la subescala de actitudes. Sin embargo, dadas las particularidades de la muestra, sugerimos realizar estudios adicionales con la versión adaptada en diferentes instituciones de salud, así como en muestras con diferentes características sociodemográficas.

**Palabras clave:** Síndrome Coronario Agudo. Enfermedad Coronaria. Psicometría. Estudio de Validación. Conocimiento. Actitudes.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Fluxograma das etapas do processo de adaptação cultural do ACS <i>Response Index</i> para a população brasileira. Ribeirão Preto, SP, Brasil.....	43
<b>Figura 2 -</b>	Representação gráfica dos 21 itens da subescala de conhecimento do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	82
<b>Figura 3 -</b>	Representação gráfica dos cinco itens da subescala de atitudes do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	83
<b>Figura 4 -</b>	Representação gráfica dos sete itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	83

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> -	Descrição dos itens do ACS <i>Response Index</i> .....	28
<b>Quadro 2</b> -	Apresentação da VP1, VP2 e VCP1 do ACS <i>Response Index</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	57
<b>Quadro 3</b> -	Apresentação das alterações entre a VCP1 e VCP2 do ACS <i>Response Index</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	61
<b>Quadro 4</b> -	Apresentação da VII, VI2 e VCIF do ACS <i>Response Index</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	64
<b>Quadro 5</b> -	Apresentação das alterações entre a VCP3 e VCP4 do ACS <i>Response Index</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.....	67



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição dos participantes do estudo, segundo as características sociodemográficas (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	70
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição dos participantes do estudo, segundo as características clínicas (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	71
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição dos participantes do estudo, segundo os fatores de risco (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	72
<b>Tabela 4 -</b>	Estatística descritiva das três subescalas do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	73
<b>Tabela 5 -</b>	Distribuição da porcentagem de respostas aos itens da subescala de atitudes do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	75
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição da porcentagem de respostas aos itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	76
<b>Tabela 7 -</b>	Valores do coeficiente KR-20, dos coeficientes de correlação item-total, do coeficiente alfa de Cronbach total e dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos com a exclusão de cada item do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	77
<b>Tabela 8 -</b>	Comparação da distribuição dos escores das subescalas de conhecimento, atitudes e crenças do ACS Response Index-BR, segundo faixa etária, orientação por profissional da saúde e escolaridade (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	79
<b>Tabela 9 -</b>	Correlação entre os escores das subescalas de conhecimento, atitudes e crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	80
<b>Tabela 10 -</b>	Índices de ajuste ao modelo dos 21 itens da subescala de conhecimento, 5 itens da subescala de atitudes e 7 itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Análise dos Componentes Principais
ACTP	Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
ACS	Acute Coronary Syndrome
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANOVA	Análise de Variância
CADE-Q	<i>Coronary Artery Disease Education Questionnaire</i>
CADE-Q II	<i>Coronary Artery Disease Education Questionnaire II</i>
CADE-Q SV	<i>Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
COSMIN	<i>COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments</i>
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DISABKIDS®	<i>Kids with Disabilities</i>
DP	Desvio Padrão
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GIRQ	Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
KR-20	Coeficiente Kuder-Richardson 20
MICRO-Q	<i>Maugerl Cardiac Prevention Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
Q-FARCS	Questionário de Fatores de Risco Cardiovascular
REACT	<i>Rapid Early Action for Coronary Treatment</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SCA	Síndrome Coronariana Aguda

SPSS®	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean square Residual</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
VCP1	Versão Consensual em Português 1
VCP2	Versão Consensual em Português 2
VCP3	Versão Consensual em Português 3
VCP4	Versão Consensual em Português 4
VCIF	Versão Consensual em Inglês Final
VI1	Versão em Inglês 1
VI2	Versão em Inglês 2
VP1	Versão em Português 1
VP2	Versão em Português 2

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	21
1.1 Doença arterial coronariana: epidemiologia e fisiopatologia.....	22
1.2 Instrumentos de avaliação para uso em pacientes cardíacos.....	24
1.3 Referencial teórico-metodológico.....	25
1.3.1 Apresentação do ACS <i>Response Index</i> .....	25
1.3.2 Processo de adaptação cultural de um instrumento.....	30
1.3.3 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado culturalmente.....	32
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	37
2.1 Objetivo geral.....	38
2.2 Objetivos específicos.....	38
<b>3. MÉTODO</b> .....	39
3.1 Delineamento e local do estudo.....	40
3.2 Participantes e critérios de elegibilidade.....	40
3.3 Considerações éticas.....	41
3.4 Autorização dos autores para tradução e uso do ACS <i>Response Index</i> .....	42
3.5 Seleção do ACS <i>Response Index</i> .....	42
3.6 Etapas do processo de adaptação cultural do ACS <i>Response Index</i> .....	42
3.6.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa.....	43
3.6.2 Obtenção do consenso das versões em português.....	44
3.6.3 Avaliação pelo comitê de especialistas.....	44
3.6.4 Retrotradução ( <i>Back translation</i> ).....	45
3.6.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original.....	45
3.6.6 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original.....	46
3.6.7 Análise semântica.....	46
3.6.8 Pré-teste.....	47
3.7 Avaliação das propriedades psicométricas do ACS <i>Response Index</i> -BR.....	48
3.7.1 Confiabilidade.....	48
3.7.2 Validades de face e de conteúdo.....	48
3.7.3 Validade de constructo.....	48
3.7.4 Validade estrutural.....	50
3.7.5 Efeito teto e chão.....	50
3.8 Instrumentos de medida utilizados.....	50
3.8.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e da história clínica.....	50
3.8.2 ACS <i>Response Index</i> -BR.....	51
3.9 Procedimentos para coleta dos dados.....	52
3.10 Processamento e análise dos dados.....	52

<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	55
4.1	Resultados relacionados à identificação dos participantes do estudo.....	56
4.2	Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural do ACS <i>Response Index</i> .....	56
4.2.1	Obtenção do primeiro consenso em português do ACS <i>Response Index</i> .....	56
4.2.2	Avaliação pelo comitê de especialistas.....	60
4.2.3	Obtenção do consenso em inglês, comparação com a versão original e envio para os autores.....	63
4.2.4	Análise semântica.....	65
4.2.5	Pré-teste.....	66
4.3	Resultados relacionados a avaliação das propriedades psicométricas do ACS Response Index-BR.....	69
4.3.1	Resultados relacionados às características sociodemográficas e clínicas dos participantes.....	69
4.3.2	Resultados relacionados às análises descritivas do ACS Response Index-BR.....	73
4.3.3	Resultados relacionados à confiabilidade.....	76
4.3.4	Resultados relacionados à validade de constructo.....	77
4.3.5	Resultados relacionados à validade estrutural.....	80
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	84
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	91
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
	<b>APÊNDICES</b> .....	103
	<b>ANEXOS</b> .....	132

# *1. INTRODUÇÃO*

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Doença arterial coronariana: epidemiologia e fisiopatologia

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema global de saúde pública e não recebem a atenção apropriada pela maioria dos indivíduos. Nesse grupo de doenças, as principais são as doenças cardiovasculares (DCV), o diabetes, o câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica, as quais somadas são responsáveis por 71% da mortalidade global (OPAS, 2015; WHO, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019 houve, aproximadamente, 17,9 milhões de óbitos em razão de DCV, número que representa 32% das mortes globais, ou seja, as DCV foram responsáveis pela maior taxa de mortalidade no mundo. Além disso, verificou-se que 75% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (WHO, 2021). No Brasil, a porcentagem de mortes em decorrência de DCV também foi alta (28%) (WHO, 2018).

Dentre as DCV, a doença arterial coronariana (DAC) é uma das formas mais prevalentes, sendo causada por um processo inflamatório denominado aterosclerose, que resulta do acúmulo anormal de lipídios e tecido fibroso nas paredes das artérias coronárias, formando placas de ateroma e, conseqüentemente, obstruindo o fluxo sanguíneo por esses vasos, o que pode reduzir ou interromper a irrigação e perfusão do músculo cardíaco (LIBBY, 2013; WHO, 2021).

Uma das principais apresentações clínicas da DAC é a síndrome coronariana aguda (SCA), a qual resulta de erosão ou ruptura de uma placa de ateroma instável, com subsequente formação de trombos e diferentes graus de obstrução das artérias coronárias. A SCA se manifesta por meio de infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e/ou angina instável, classificados de acordo com o grau de obstrução coronariana e a extensão do miocárdio afetada (FOX, 2004; NICOLAU et al., 2021).

Segundo a OMS, dos 17,9 milhões de óbitos por DCV ocorridos em 2019 no mundo, 85% foram em decorrência de IAM e acidente vascular cerebral (WHO, 2021). No âmbito nacional, neste mesmo ano, cerca de 171 mil óbitos foram atribuídos a DAC, número que equivale a 12% do total de mortes no país e a 43% do total de mortes por DCV (OLIVEIRA et al., 2022).

Sabe-se que quanto mais rápida for realizada a reperfusão do músculo cardíaco em casos IAM, sobretudo naqueles com elevação do segmento ST, maiores serão as chances de sobrevida sem danos ocasionados ao paciente. No entanto, a falta de conhecimento e o retardo do paciente para reconhecer os sintomas isquêmicos e buscar atendimento de saúde são os principais fatores que influenciam o atraso pré-hospitalar e, por consequência, são determinantes do tamanho da isquemia miocárdica e da mortalidade pré e intra-hospitalar (DRACUP et al., 2008; PIEGAS et al., 2015; RODRIGUES et al., 2018).

O tempo porta-balão (período desde o primeiro contato do paciente com o serviço médico até a execução da terapia de reperfusão coronária) considerado ideal em casos de IAM é de 90 a 120 minutos para realização de angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP). Já o tempo porta-agulha (período desde o primeiro contato do paciente com o serviço médico até a execução da terapia medicamentosa com fibrinolítico) considerado adequado é de 30 minutos para regiões onde não há possibilidade de realizar a ACTP primária (PIEGAS et al., 2015).

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que o tempo médio de atraso para tratamento, desde o início dos sintomas até a chegada ao serviço de emergência, foi de quatro horas (MIRZAEI et al., 2020). No Brasil, estudo realizado por Rodrigues et al. (2018), em região com serviço de hemodinâmica disponível 24 horas por dia e sete dias por semana, mostrou que o tempo médio de atraso pré-hospitalar dos pacientes foi de três horas, sendo que em 23% da amostra o atraso foi superior a seis horas. Segundo Piegas et al. (2015), a demora na instituição do tratamento (terapia medicamentosa com fibrinolítico ou ACTP) após o início dos sintomas se relaciona diretamente com a ocorrência de eventos clinicamente relevantes e influencia significativamente o benefício do tratamento.

Programas educacionais focados no reconhecimento dos sinais e sintomas de IAM, nas respostas a esses sintomas e no gerenciamento de fatores de risco são importantes estratégias, pois podem diminuir o atraso no atendimento pré-hospitalar, melhorar a sobrevida e a qualidade de vida, reduzir eventos recorrentes e, conseqüentemente, a necessidade de procedimentos de revascularização (SMITH et al., 2011). Os programas ou intervenções educativas implicam necessidade de acompanhamento e avaliação. Nesse contexto, a utilização de instrumentos para avaliar o conhecimento e as respostas dos indivíduos a um evento cardíaco é fundamental para mensurar a eficácia desses programas e prevenir óbitos por SCA.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou realizar a adaptação cultural e testar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento *Acute Coronary Syndrome*



(ACS) *Response Index*, de modo a disponibilizar uma ferramenta importante para a enfermagem cardiovascular, com vistas à avaliação da resposta do indivíduo frente a um evento isquêmico, por meio de seu conhecimento sobre os sintomas da SCA, suas crenças e atitudes perante o evento.

## 1.2 Instrumentos de avaliação para uso em pacientes cardíacos

A partir de busca na literatura, identificou-se que a gama de instrumentos de medida construídos ou adaptados, e validados para aplicação em indivíduos com DAC no Brasil é restrita e enfoca, sobretudo, os fatores de risco relacionados à essa condição (GHISI et al., 2010a, 2010b, 2018; SAFFI et al., 2013; SANTOS et al., 2019). Além disso, não encontramos instrumentos validados para avaliação, especificamente, do conhecimento sobre a SCA.

Na literatura nacional e internacional, 13 instrumentos válidos e confiáveis que avaliam constructos relacionados ao conhecimento dos pacientes sobre DAC foram identificados (ALM-ROIJER et al., 2004; BERGMAN et al., 2011; FRICK et al., 2012; FRICK; WIEDERMANN; GUTZWILLER, 2012; GHISI et al., 2010a, 2015; GHISI; SANDISON; OH, 2016; KALMAN et al., 2013; KALMAN; WELLS; FAHS, 2018; MAELAND; HAVIK, 1987; RIEGEL et al., 2007; SMITH; HICKS; HEYWARD, 1991; SOMMARUGA et al., 2003; STEINKE; SWAN, 2004; THANAVARO; THANAVARO; DELICATH, 2010). Dentre os 13 instrumentos encontrados, cinco estão disponíveis para uso na população brasileira: *Coronary Artery Disease Education Questionnaire* (CADE-Q) (GHISI et al., 2010a), *Coronary Artery Disease Education Questionnaire II* (CADE-Q II) (SANTOS et al., 2019), *Coronary Artery Disease Education Questionnaire – Short Version* (CADE-Q SV) (GHISI et al., 2018), *Maugerl Cardiac Prevention Questionnaire* (MICRO-Q) (GHISI et al., 2010b) e Questionário de Fatores de Risco Cardiovascular (Q-FARCS) (SAFFI et al., 2013). Esses instrumentos disponíveis no Brasil avaliam especificamente o conhecimento relacionado à DAC.

Como informado anteriormente, realizamos a adaptação e testamos as propriedades psicométricas do ACS *Response Index* por se tratar de um instrumento que avalia a resposta do indivíduo à SCA, por meio de seu conhecimento, atitudes e crenças. Foi desenvolvido e validado por Riegel et al. (2007) para o idioma inglês, nos Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, sendo adaptado culturalmente e validado para uso na China (CAO et al., 2012), Irã (REZAEI et al., 2019) e no Líbano (NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020).

A escolha do ACS *Response Index* justifica-se por ser um instrumento de fácil aplicação e que poderá ser útil para profissionais de saúde avaliarem as respostas de indivíduos frente a SCA, identificando o conhecimento sobre os sinais e sintomas de um IAM, assim como as informações e respostas apropriadas nessa situação. Sabe-se que a capacidade de reconhecimento da natureza dos sintomas, a valorização dos sintomas de dor torácica e a rápida tomada de decisão são fundamentais para minimizar o risco de complicações, incapacidades e mortalidade por SCA (DRACUP et al., 2008).

Esse instrumento também pode contribuir para a mensuração da eficácia de programas educativos direcionados para aumentar o conhecimento sobre a SCA (GALLAGHER et al., 2013; MCKINLEY et al., 2009; O'BRIEN et al., 2014).

### **1.3 Referencial teórico-metodológico**

#### **1.3.1 Apresentação do ACS *Response Index***

O ACS *Response Index* foi desenvolvido a partir de uma modificação do instrumento utilizado no estudo *Rapid Early Action for Coronary Treatment* (REACT) (LUEPKER et al., 2000), e teve suas propriedades psicométricas testadas para o idioma inglês, em 2007, por Barbara Riegel, Sharon McKinley, Debra K. Moser, Hendrika Meischke, Lynn Doering e Kathleen Dracup (RIEGEL et al., 2007) (ANEXO A). Foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o conhecimento, atitudes e crenças em relação à SCA, permitindo verificar a resposta de um indivíduo frente a um evento cardíaco que possa ocorrer com ele próprio ou com outra pessoa (RIEGEL et al., 2007).

O desenvolvimento do instrumento foi pautado no *Modelo de Autorregulação da Doença de Leventhal*, que busca explicar os fatores que afetam o comportamento dos pacientes em resposta a uma ameaça à saúde (RIEGEL et al., 2007). Este modelo coloca o indivíduo portador da doença como um solucionador ativo de problemas, cujo comportamento pode levar ao alcance de um objetivo ou de um estado de saúde ideal, a depender de fatores cognitivos e emocionais (LEVENTHAL; CAMERON, 1987).

As interações entre fatores cognitivos e emocionais podem influenciar as representações da doença, afetando o início e o progresso da doença existente, aumentando a dificuldade de reconhecimento de sintomas e tomada de decisão para procurar atendimento, alterando a atenção e a interpretação dos sintomas, e afetando as decisões comportamentais em resposta às mudanças somáticas. Entretanto, o próprio estado emocional pode se tornar um

alvo para a autorregulação neste modelo (LEVENTHAL; DIEFENBACH; LEVENTHAL, 1992).

O *Modelo de Autorregulação da Doença de Leventhal* é dividido em três fases que regulam o comportamento adaptativo: 1) fase de representação cognitiva da ameaça à saúde (percepção de sintomas que identificam a ameaça à saúde, possíveis consequências e manifestações ao longo do tempo); 2) fase de ação (formulação de um plano para enfrentamento); 3) fase de avaliação (mensuração de parâmetros de sucesso das fases anteriores) (LEVENTHAL; CAMERON, 1987).

Os sintomas devem ser identificados como um sinal de doença com graves consequências no âmbito cognitivo, processo influenciado por conhecimentos, atitudes e crenças. As respostas emocionais frente a ameaça à saúde podem influenciar o progresso, de forma positiva ou negativa, para as fases de ação e avaliação. Dessa forma, as intervenções destinadas a diminuir o atraso do paciente na resposta aos sintomas da SCA devem abordar conhecimentos, atitudes, crenças e emoções (RIEGEL et al., 2007).

Para Riegel et al. (2007), o conhecimento refere-se a uma verdade justificada ou a compreensão de uma realidade, a atitude remete ao posicionamento perante algo conhecido e as crenças refletem opiniões fortemente defendidas sobre a verdade de uma proposição sem sua verificação concreta.

Outros autores conceituam o conhecimento como um conjunto de informações e habilidades obtidas por meio de educação e observação; a atitude como a maneira específica como alguém pensa ou sente sobre algo; e a crença foi definida como uma aceitação de que algo é verdadeiro (REZAEI et al., 2019).

De acordo com Carvalho (2007), existem várias definições para o conhecimento, porém nenhuma é suficientemente exaustiva. O conhecimento pode ser definido como uma função da vida que tem por finalidade tornar um objeto presente aos sentidos ou a inteligência. Em geral, o conhecimento equivale a capacidade de descrever uma determinada informação ou ter domínio de uma técnica específica. O conhecimento corresponde, ainda, à disponibilidade de meios e recursos utilizados na constatação do que se supõe como verdade (CARVALHO, 2007).

De acordo com Riegel et al. (2007), o conhecimento, as atitudes e as crenças medidos pelo *ACS Response Index* são consistentes com o *Modelo de Autorregulação da Doença de Leventhal*, pois os itens de conhecimento refletem a *Fase de Representação Cognitiva*, formada a partir da identificação dos sintomas de uma ameaça à saúde. De acordo com os autores, embora essa fase seja influenciada majoritariamente por conhecimentos, as atitudes e

crenças também influenciam a representação cognitiva que é formada. Já a *Fase de Ação* recebe estímulos ambientais e de outras pessoas, que podem influenciar as atitudes e crenças.

O ACS *Response Index* é composto por 33 itens, divididos em três subescalas: conhecimento, atitudes e crenças. De acordo com os seus autores, o instrumento final é definido como um índice e não uma escala, pois um índice é derivado de uma série de fatos observados e costuma comparar um fator com outro (RIEGEL et al., 2007).

A subescala de conhecimento contém 21 itens que abordam sintomas verdadeiros (15 itens) e falsos (seis itens) relacionados à SCA. A escala de respostas para essa subescala é dicotômica (não/sim), para a qual se atribui a pontuação zero para respostas incorretas e um para respostas corretas. Desses itens, seis são pontuados de forma invertida pois são considerados sintomas incorretos de SCA. Assim, antes da soma das respostas aos itens, os valores são invertidos para a ordenação da escala, ou seja, valor um para itens corretos e zero para incorretos. O escore total dessa subescala pode variar de zero a 21 pontos, sendo que uma pontuação maior significa maior nível de conhecimento sobre os sintomas de SCA (RIEGEL et al., 2007). Em alguns estudos o escore total foi convertido em porcentagem para fins de análise e os valores iguais ou superiores a 70% foram considerados como ponto de corte para alto nível de conhecimento (ALFASFOS et al., 2016; BOYDE et al., 2015; DRACUP et al., 2008; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; O'BRIEN et al., 2013).

A subescala de atitudes possui cinco itens que avaliam a percepção sobre decisões tomadas em uma emergência ocasionada por SCA, tais como reconhecimento de sintomas e busca por ajuda. As respostas são obtidas por uma escala ordinal de quatro pontos: 1 – nem um pouco certo (*not at all*); 2 – um pouco certo (*little sure*); 3 – muito certo (*pretty sure*); 4 – totalmente certo (*very sure*). O escore total pode variar de cinco a 20 pontos, sendo que maiores valores indicam melhor percepção sobre as atitudes corretas a serem tomadas diante do reconhecimento dos sintomas e busca por auxílio (RIEGEL et al., 2007).

Por fim, a subescala de crenças é composta por sete itens, para aos quais a escala de resposta também é ordinal de quatro pontos: 1 – concordo totalmente (*strongly agree*); 2 – concordo (*agree*); 3 – discordo (*disagree*); 4 – discordo totalmente (*strongly disagree*). O escore total varia de sete a 28 pontos, para o qual maiores valores indicam melhores expectativas e possíveis ações tomadas frente a um evento cardíaco. Três itens dessa subescala são pontuados de forma invertida, ou seja, são afirmativas que pontuam mais quando o indivíduo concorda com o que foi exposto na frase (Exemplo: “Item 27 – *Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido*

*possível*”), ao contrário das demais crenças que pontuam mais quando o indivíduo discorda da afirmativa (RIEGEL et al., 2007).

Os três escores são computados de forma independente para cada subescala, porém presume-se que sejam conceitos relacionados que influenciam a resposta à SCA (RIEGEL et al., 2007). A seguir estão descritos os itens da versão original com 33 itens do ACS *Reponse Index* (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos itens do ACS *Response Index*

Item	Versão original do ACS <i>Response Index</i>
1	<i>Lower abdominal pain (reverse coded)</i>
2	<i>Arm pain or shoulder pain</i>
3	<i>Arm paralysis (reverse coded)</i>
4	<i>Back pain</i>
5	<i>Chest pain/pressure/tightness</i>
6	<i>Chest discomfort (heaviness, burning, tenderness)</i>
7	<i>Cough (reverse coded)</i>
8	<i>Dizziness, lightheadedness</i>
9	<i>Headache (reverse coded)</i>
10	<i>Heartburn/indigestion/stomach problem</i>
11	<i>Jaw pain</i>
12	<i>Loss of consciousness/fainting</i>
13	<i>Nausea/vomiting</i>
14	<i>Neck pain</i>
15	<i>Numbness/tingling in arm or hand (reverse coded)</i>
16	<i>Pale, ashen, loss/change of color</i>
17	<i>Palpitations/rapid heart rate</i>
18	<i>Shortness of breath/difficulty breathing</i>
19	<i>Slurred speech (reverse coded)</i>
20	<i>Sweating</i>
21	<i>Weakness/fatigue</i>
22	<i>How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in someone else?</i>
23	<i>How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in yourself?</i>
24	<i>How sure are you that you could tell the difference between the signs or symptoms of a heart attack and other medical problems?</i>
25	<i>How sure are you that you could get help for someone if you thought they were having a heart attack?</i>
26	<i>How sure are you that you could get help for yourself if you thought you were having a heart attack?</i>
27	<i>If I have chest pain that doesn't stop after 15 minutes, I should get to the hospital as soon as possible (reverse coded).</i>
28	<i>I would be embarrassed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but I wasn't.</i>
29	<i>If I thought I was having a heart attack, I would wait until I was very sure before going to the hospital.</i>
30	<i>If I thought I was having a heart attack, I would rather have someone drive me to the hospital than have an ambulance come to my home.</i>
31	<i>Because of the cost of medical care, I would want to be absolutely sure I was having a heart attack before going to the hospital.</i>
32	<i>If I'm having chest pain and I'm not very sure if it's a heart attack, I should go to the hospital (reverse coded).</i>
33	<i>If I thought I was having a heart attack, I would go to the hospital right away (reverse coded).</i>

Fonte: RIEGEL et al. (2007).

A versão original inicial do *ACS Response Index* continha 41 itens e foi submetida à avaliação da validade de conteúdo por um comitê, composto por cinco enfermeiros doutores, que avaliou completude, redação e formato dos itens e do instrumento de modo geral (RIEGEL et al., 2007). Posteriormente, foi também avaliada em relação a validade de constructo e confiabilidade em uma amostra de 3522 pacientes com cardiopatia isquêmica nos Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia (RIEGEL et al., 2007).

A validade de constructo foi realizada por meio de análise dos componentes principais (ACP) e validade discriminante. A ACP resultou na exclusão de oito itens dos 29 da subescala de conhecimento. Os 21 itens restantes foram distribuídos em quatro fatores: sintomas estereotipados (Exemplo: dor/pressão/aperto no peito), outros sintomas comuns (Exemplo: dor no pescoço e náusea), sintomas incorretos (Exemplo: tosse e dor de cabeça) e sintomas consistentes com acidente vascular cerebral, mas não SCA (Exemplo: paralisia no braço e fala enrolada). Para a subescala de atitudes o ACP resultou em dois fatores (Reconhecimento dos sintomas e Procura por ajuda) e para a subescala de crenças também resultou em dois fatores (Expectativas e Ação), os quais juntos, explicam 60,1% da variância do modelo (RIEGEL et al., 2007).

O teste para a validade de constructo discriminante evidenciou que o instrumento foi capaz de distinguir os indivíduos que receberam alguma orientação prévia por cardiologistas ou em programas de reabilitação, daqueles sem qualquer orientação (RIEGEL et al., 2007).

A confiabilidade foi testada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, sendo de 0,82 para a subescala de conhecimento, 0,71 para a subescala de atitudes e 0,74 para a subescala de crenças. Devido à similaridade dos 12 itens das subescalas de atitudes e crenças, o coeficiente alfa de Cronbach também foi calculado para estes itens como um todo, obtendo-se o valor de 0,76 (RIEGEL et al., 2007).

A versão com 33 itens do *ACS Response Index* foi também testada em relação às propriedades psicométricas nas populações chinesa (CAO et al., 2012), iraniana (REZAEI et al., 2019) e libanesa (NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020), sendo constatada adequada validade de conteúdo nas três versões adaptadas.

A validade de constructo foi avaliada por meio de validade convergente e ACP na versão chinesa (CAO et al., 2012). Na versão iraniana, foi realizada análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC) (REZAEI et al., 2019).

A consistência interna da subescala de conhecimento das versões chinesa e iraniana foi avaliada pelo coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), para as quais obtiveram-se 0,79 e 0,93, respectivamente (CAO et al., 2012; REZAEI et al., 2019). O alfa de Cronbach da

subescala de conhecimento para a versão libanesa foi de 0,78 (NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020). A subescala de atitudes obteve valores de alfa de Cronbach de 0,87 (versão chinesa), 0,76 (fator “procura por ajuda” – versão iraniana), 0,96 (fator “reconhecimento dos sintomas” – versão iraniana) e 0,80 (versão libanesa) (CAO et al., 2012; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; REZAEI et al., 2019). Por fim, os valores de alfa de Cronbach para a subescala de crenças foram de 0,71 para a versão chinesa e 0,52 para a versão libanesa (CAO et al., 2012; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020). Os autores da versão iraniana verificaram a consistência interna de forma separada para cada fator obtido na AFE para a subescala de crenças, resultando nos valores de 0,52, 0,66 e 0,31 para os fatores “encaminhamento rápido”, “tomada de decisão” e “dúvidas”, respectivamente (REZAEI et al., 2019).

### **1.3.2 Processo de adaptação cultural de um instrumento**

A adaptação cultural ou transcultural de um instrumento se tornou um procedimento necessário no decorrer do desenvolvimento científico, em virtude do crescente número de pesquisas multinacionais e multiculturais que fazem uso de instrumentos para mensurar constructos subjetivos (BEATON et al., 2007). Esse processo resulta em um instrumento adaptado, que poderá ser validado, permitindo a comparação de resultados da prática clínica e de pesquisa entre populações de diferentes países (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002) e, ainda, possibilitando a economia de tempo, recursos humanos e financeiros (CUMMING; STUART; RULLEY, 2003; FERRER et al., 1996).

A adaptação de um instrumento pode ocorrer para uso em um novo país, cultura e/ou idioma. Nesse processo, a simples tradução não é suficiente, pois existem diferenças linguísticas e culturais que devem ser consideradas, sendo necessário lançar mão de um processo metodológico e sistemático para garantir a equivalência entre as versões original e adaptada (BEATON et al., 2007; GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Os procedimentos metodológicos para adaptação cultural de um instrumento foram desenvolvidos e aprimorados ao longo dos anos (BEATON et al., 2007; FERRER et al., 1996; GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993), no entanto, a partir de revisão de literatura percebemos que não há uma padronização da metodologia utilizada para adaptação.

Um dos métodos mais aceitos e utilizados por pesquisadores de todo o mundo é o proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que inclui cinco etapas: 1) Tradução; 2)

Retrotradução; 3) Avaliação por um comitê de especialistas; 4) Pré-teste; e 5) Ponderação dos escores.

Com o objetivo de aprimorar esta metodologia, Beaton et al. (2007) propõem a realização de uma etapa denominada “síntese das traduções” após a etapa de tradução, com o intuito de obter uma versão consensual das traduções, visando esclarecer divergências e compará-las com a versão original. Além disso, os autores sugerem que, após o pré-teste, seja realizada a etapa “avaliação do instrumento pelo autor da versão original ou por um comitê de verificação”. Essas mudanças podem demandar mais tempo, mas são benéficas para a melhora da qualidade durante as etapas de validade de face e de conteúdo (BEATON et al., 2007).

Outros autores sugerem que a etapa de revisão pelo comitê de especialistas seja anterior à etapa de retrotradução, com o intuito de identificar possíveis erros e itens inadequados na tradução que não seriam notados com facilidade na retrotradução. Sugerem, ainda, uma etapa denominada “painel de pacientes”, que tem como finalidade identificar dificuldades na compreensão dos itens e apresentar alternativas para substituição, de modo que o instrumento reflita a linguagem do público para o qual é destinado (FERRER et al., 1996).

A etapa “painel de pacientes” assemelha-se à etapa de análise semântica proposta por Pasquali (1999), que tem como finalidade verificar problemas relativos à compreensão dos itens e dificuldade em respondê-los na população para a qual se destina. A análise semântica tem sido realizada por pesquisadores do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), no qual esse projeto está vinculado (CALTRAN et al., 2016; CUNHA et al., 2018, 2019; FREITAS et al., 2014, 2017).

O objetivo de todo o processo descrito até aqui é disponibilizar uma versão compreensível e culturalmente relevante, que mantenha equivalência com a versão original. Posto isto, quando um estudo tem por objetivo realizar a adaptação cultural de um instrumento, os pesquisadores devem dar especial atenção às equivalências que são verificadas durante o processo, pois fazem parte de critérios de avaliação do instrumento (BEATON et al., 2000).

A equivalência semântica refere-se à correspondência de significados entre as traduções, mantendo o sentido entre os idiomas. Está relacionada à avaliação da gramática e vocabulário (GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).



Na avaliação da equivalência idiomática são consideradas as expressões características de determinado local/idioma, de difícil tradução que são substituídas por expressões equivalentes da cultura do idioma-alvo (GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A equivalência cultural diz respeito ao contexto no qual o instrumento será inserido e verifica se os termos e situações representadas na versão original são coerentes com as experiências vivenciadas pela população da cultura-alvo (GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Por fim, a equivalência conceitual refere-se à validade e importância do conceito no contexto cultural das pessoas da cultura-alvo, já que alguns itens podem ser semanticamente equivalentes, mas não possuir equivalência conceitual (GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

### **1.3.3 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado culturalmente**

Um instrumento originado a partir da adaptação cultural não é considerado válido até que suas propriedades psicométricas sejam confirmadas (PASQUALI, 1999). As propriedades que norteiam os instrumentos de medidas são confiabilidade, validade, sensibilidade e responsividade (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016).

A iniciativa *CO*nsensus-based Standards for the selection of health Measurement *IN*struments (COSMIN), proposta por um grupo multidisciplinar e internacional de pesquisadores, desenvolveu uma taxonomia das propriedades de medição que são relevantes para avaliar instrumentos na área da saúde. A taxonomia COSMIN compreende três domínios: confiabilidade, validade e responsividade. A interpretabilidade também foi incluída nesta taxonomia por ser uma característica importante, embora não tenha sido considerada uma propriedade de medição (MOKKINK et al., 2010a, 2010b).

A confiabilidade refere-se à capacidade do instrumento em originar resultados reproduzíveis e consistentes, mensurar com precisão a consistência e a estabilidade ao longo do tempo, daquilo que se pretende medir e o grau em que o instrumento apresenta os mesmos resultados, quando aplicado por diferentes observadores ou em diferentes ocasiões (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; MOKKINK et al., 2010b; PASQUALI, 1999). Pode ser testada avaliando-se a consistência interna e a reprodutibilidade/estabilidade (POLIT; BECK, 2011).

A consistência interna mede a correlação entre os itens para verificar a homogeneidade e requer apenas uma aplicação do instrumento, sendo comumente verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach (escalas de respostas ordinais) ou pelo KR-20 (escalas de respostas dicotômicas). Para itens que fazem parte da mesma dimensão espera-se uma boa correlação. Uma baixa consistência interna pode significar que os itens medem características diferentes ou que as respostas dos sujeitos são inconsistentes, indicando falta de correlação entre os itens. Por outro lado, resultados de consistência interna muito altos indicam redundância de um ou mais itens, além de serem comumente encontrados em escalas com grande número de itens (FAYERS; MACHIN, 2016; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; TERWEE et al., 2007; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2017). Para o coeficiente alfa de Cronbach, assume-se valores entre zero e um, sendo que valores acima de 0,70 são considerados aceitáveis, acima de 0,80 são bons e acima de 0,90 são ótimos (FAYERS; MACHIN, 2016). Para Terwee et al. (2007), valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,95 são considerados adequados. Quanto ao KR-20, valores superiores a 0,65 são considerados adequados (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

A reprodutibilidade é usada para descrever aspectos de repetibilidade e estabilidade das medidas, e pode ser avaliada por apenas um observador (intraobservador) ou por dois ou mais (interobservador). Esse atributo psicométrico visa verificar se o instrumento é capaz de produzir valores iguais ou semelhantes se for usado ao longo do tempo em pacientes que permanecem com a mesma condição (intraobservador ou teste-reteste); e a concordância quando aplicado por mais de um avaliador em um ponto no tempo (interobservador). Sendo assim, essa abordagem requer pelo menos duas aplicações do instrumento (FAYERS; MACHIN, 2016). O intervalo de tempo entre as medições pode influenciar a interpretação da reprodutibilidade teste-reteste. A literatura recomenda um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Para análise da reprodutibilidade, o coeficiente de correlação intraclass é o teste estatístico mais utilizado, sendo que valores entre 0,70 e 0,80 são considerados aceitáveis e acima de 0,90 são considerados excelentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

Um instrumento é considerado válido quando mede o atributo para o qual foi proposto medir e representa o fenômeno de interesse, ou seja, o que está sendo medido corresponde ao que o pesquisador pretende medir, sendo útil para o fim a que se destina. A validade de um instrumento pode ser testada por meio das validades de face, conteúdo, constructo e critério (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; MOKKINK et al., 2010b).

Na avaliação da validade de face é verificado se o instrumento traduz a percepção e aceitação que os indivíduos têm do que está sendo medido; realiza-se uma revisão crítica dos itens e da aparência do instrumento por especialistas na temática, considerando sua clareza. Esse tipo de validação está frequentemente associado à validade de conteúdo. No processo de adaptação de um instrumento, a análise pelos especialistas na temática pode ser desenvolvida durante a etapa de avaliação pelo comitê de especialistas (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; MOKKINK et al., 2010b).

Na avaliação da validade de conteúdo verifica-se o grau em que o conteúdo dos itens reflete de forma adequada o constructo a que se destina medir. Para verificar a validade de conteúdo, uma avaliação crítica da estrutura básica do instrumento e relevância dos itens, por meio de um painel de especialistas, se faz necessária (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; MOKKINK et al., 2010b). Três aspectos dessa validade precisam ser analisados exaustivamente junto ao público-alvo e profissionais da saúde: relevância, abrangência e a compreensibilidade dos itens que compõem o instrumento (TERWEE et al., 2018).

A validade de constructo é considerada um dos mais fundamentais e complexos tipos de validação, a qual abrange diversas técnicas destinadas a avaliar se o constructo teórico pressuposto é um modelo adequado e se a escala de medição corresponde ao constructo pressuposto (FAYERS; MACHIN, 2016). Avalia-se a relação teórica dos itens entre si e com as hipóteses estabelecidas, ou seja, é verificado se os resultados apoiam ou não a teoria adotada para elaboração do instrumento; geralmente é considerada muito confiável em situações em que não há critério com o qual uma escala possa ser comparada. Pode ser subdividida em validade entre grupos conhecidos, validade convergente, validade discriminante (ou divergente) e análise fatorial (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Já a iniciativa COSMIN estabeleceu três aspectos a serem investigados na validade de constructo: validade transcultural, teste de hipóteses e validade estrutural (análise fatorial) (MOKKINK et al., 2010a, 2010b).

A validade transcultural, segundo o COSMIN, seria aquela que avalia o grau com que o desempenho dos itens de uma versão traduzida e culturalmente adaptada refletem adequadamente o desempenho dos itens da versão original do instrumento (MOKKINK et al., 2010b).

A validade entre grupos conhecidos baseia-se no pressuposto de que certos grupos de pacientes podem ter pontuações diferentes de outros e o instrumento deve ser sensível para identificar essas diferenças, obtendo escores mais altos ou mais baixos. Na validade convergente, é verificado se há correlação do constructo que o instrumento mede com outras dimensões com as quais deveria estar relacionado. Uma avaliação da validade convergente consiste em prever as correlações mais fortes e mais fracas e confirmar que os valores observados estão de acordo com as previsões. Altas correlações entre as medidas dos instrumentos sugerem que eles estão medindo o mesmo fator ou que uma das escalas é redundante. Na avaliação da validade discriminante, também chamada de validade divergente, reconhece-se que algumas dimensões não se relacionam com o constructo estudado e que, portanto, sua correlação deve ser baixa. A validade convergente e a validade discriminante representam os dois extremos de uma sequência de associações entre as dimensões do instrumento e, geralmente, devem ser consideradas em conjunto (FAYERS; MACHIN, 2016).

Para os pesquisadores que compõem o COSMIN, as denominações de validade de constructo entre grupos conhecidos, validade convergente e validade divergente podem ser consideradas como validade de teste de hipóteses (MOKKINK et al., 2010b). Os testes de hipóteses analisam a relação dos escores entre grupos relevantes/conhecidos, como por exemplo, de acordo com o nível de gravidade da doença; as relações existentes entre os valores do instrumento em apreciação com os valores de instrumentos que avaliam constructos correlatos ou o mesmo constructo; e as relações dos valores no próprio instrumento, por exemplo, valores dos itens e os domínios.

A análise fatorial compreende a AFE e AFC e constitui outra forma de validade de constructo, tendo como objetivo avaliar a dimensionalidade do instrumento, determinando o número de fatores e a carga de cada item nos fatores. A AFE é utilizada para explorar os padrões entre as correlações, sendo os fatores derivados de resultados numéricos (estatísticos) e não de fatores teóricos. Na AFC, a estrutura de um instrumento é especificada com base em uma teoria e o objetivo é testar ou confirmar o ajuste dos dados de acordo com o modelo sugerido pelo pesquisador. Ambas buscam detectar e analisar padrões na matriz de correlação entre os itens (FAYERS; MACHIN, 2016; HAIR et al., 2009). Também conhecida como validade estrutural, analisa o grau com que os valores do instrumento refletem de maneira adequada sua dimensionalidade teórica (MOKKINK et al., 2010b).

Para a determinação do número de respondentes de um instrumento para a realização das análises fatoriais, alguns autores têm utilizado as chamadas “*Rules of Thumb*” (tradução livre – regras de ouro) as quais sugerem um número de quatro a 10 participantes por item do

instrumento para a AFE, com um número mínimo de 100 respondentes para manter a estabilidade da variância (EVERITT, 1975; SAPNAS; ZELLER, 2002; TERWEE et al., 2007). Para AFC, um número mínimo de 200 sujeitos (MYERS; AHN; JIN, 2011) ou entre 200 e 500 participantes tem sido sugerido (PILATI; LAROS, 2007). O protocolo desenvolvido pelos pesquisadores do COSMIN sugere que o tamanho da amostra seja de cinco a sete vezes o número de itens do instrumento a ser testado e  $\geq 100$  sujeitos para realização de AFC (PRINSEN et al., 2018).

Considera-se, na validade de critério, se a escala tem associação empírica com critérios externos, como por exemplo, com outros instrumentos bem estabelecidos ou com outro padrão que seja aceito como indicação dos valores reais da medida, podendo ser classificada em validade concorrente ou validade preditiva (FAYERS; MACHIN, 2016; PASQUALI, 1999;). A validade concorrente é considerada o “padrão ouro” da avaliação psicométrica, pois compara um instrumento já existente e válido com um novo instrumento que se pretende validar, no entanto, é a menos acessível para instrumentos que medem constructos subjetivos. Pode ser justificada quando a finalidade é desenvolver um instrumento mais curto e objetivo. Já a validade preditiva traduz a habilidade do instrumento em prever um estado, comportamento ou evento futuro (FAYERS; MACHIN, 2016; GUILLEMIN, 1995).

Por fim, os efeitos teto (*ceiling*) e chão (*floor*) são avaliados com base nas frequências das respostas da amostra e estão presentes quando mais de 15% da amostra escolher as extremidades da escala de resposta, ou seja, optar pelas pontuações mais baixas (efeito chão) ou mais altas (efeito teto) (TERWEE et al., 2007). Instrumentos com presença dos efeitos chão e teto podem ter limitada capacidade e sensibilidade para discriminar os indivíduos de grupos diferentes, ou então, para detectar as mudanças nas respostas dos indivíduos ao longo do tempo (FAYERS; MACHIN, 2016; TERWEE et al., 2007).

## 2. OBJETIVOS

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Adaptar culturalmente e verificar as propriedades psicométricas da versão adaptada do *ACS Response Index* para pacientes brasileiros, com diagnóstico de DAC.

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação da versão original do *ACS Response Index*, preservando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual;
- Avaliar as validades de face e de conteúdo da versão adaptada para o Brasil do *ACS Response Index* (*ACS Response Index-BR*);
- Estimar a confiabilidade por meio da consistência interna do *ACS Response Index-BR*;
- Avaliar a validade de constructo entre grupos conhecidos do *ACS Response Index-BR*;
- Avaliar a validade de constructo convergente entre os escores das três subescalas do *ACS Response Index-BR*;
- Avaliar a validade estrutural do *ACS Response Index-BR*;
- Analisar a presença dos efeitos teto e chão no *ACS Response Index-BR*.

### 3. MÉTODO



### 3. MÉTODO

#### 3.1 Delineamento e local do estudo

Estudo metodológico, cuja proposta foi adaptar e validar o ACS *Response Index* para ser aplicado em pacientes brasileiros, com diagnóstico de DAC, internados ou em seguimento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP).

#### 3.2 Participantes e critérios de elegibilidade

Neste estudo, houve dois tipos de participantes: 1) profissionais da saúde considerados *experts* no tema, que participaram do processo de adaptação cultural e validação de face e de conteúdo do ACS *Response Index* (etapa de avaliação pelo comitê de especialistas); e 2) indivíduos com DAC, acompanhados no HCFMRP/USP, que participaram do processo de adaptação cultural, bem como do processo de análise das propriedades psicométricas do ACS Response Index-BR. A seguir serão apresentados os critérios de elegibilidade dos sujeitos.

Os selecionados para integrarem o comitê de especialistas foram profissionais da área da saúde que atenderam a, pelo menos, dois dos seguintes critérios: 1) ter domínio na área de cardiologia; 2) apresentar conhecimento da língua portuguesa e inglesa; 3) ter conhecimento sobre a metodologia para adaptação e validação de instrumentos.

Os critérios de elegibilidade para compor a população-alvo foram pacientes adultos (18 anos ou mais), de ambos os sexos e com DAC diagnosticada e descrita no prontuário, internados ou em seguimento ambulatorial no HCFMRP/USP.

Foram excluídos os pacientes com incapacidade de compreender o português, com déficit auditivo grave e não corrigido, e aqueles que não estavam orientados em relação ao tempo, espaço e/ou pessoa. A orientação foi verificada por meio das seguintes perguntas: a) Qual é o seu nome completo? b) Qual é a sua data de nascimento? c) Qual é a sua idade? d) Qual é a data de hoje? e) Em que dia da semana nós estamos? f) Qual o nome da cidade onde você nasceu? (APÊNDICE A). As respostas foram confirmadas com dados do prontuário do paciente coletados previamente. Os pacientes foram excluídos do estudo quando erraram ou não souberam informar duas ou mais questões, assim como realizado em estudo prévios de pesquisadores do GIRQ (NEPOMUCENO et al., 2018; RIBEIRO et al., 2023).

Participaram do estudo cinco profissionais da saúde na etapa de adaptação cultural (comitê de especialistas); nove indivíduos na etapa de análise semântica; 30 indivíduos na etapa de pré-teste; e 244 indivíduos na etapa de análise das propriedades psicométricas.

Para a etapa de análise das propriedades psicométricas, constituiu-se uma amostra não probabilística do tipo consecutiva, considerada representativa do grupo estudado. O número de sujeitos foi estabelecido com base no preconizado pelo protocolo do COSMIN, que recomenda uma amostra composta por mais de 100 participantes e com cinco a sete respondentes por item do instrumento a ser validado (PRINSEN et al., 2018).

### **3.3 Considerações éticas**

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da EERP/USP, conforme CAAE nº 30391820.9.0000.5393 (ANEXO B) e foi concedida autorização para seu desenvolvimento no HCFMRP/USP (instituição coparticipante), conforme CAAE nº 30391820.9.3001.5440 (ANEXO C). Todos os procedimentos executados atenderam às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

As informações obtidas foram registradas de modo a não permitir a identificação dos participantes. Cada participante recebeu um número de estudo, o qual foi usado em todos os arquivos contendo seus dados e somente a pesquisadora principal tem acesso aos dados que conectam o nome do participante ao número de estudo. Os objetivos do estudo foram apresentados aos participantes que foram também informados sobre o anonimato. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado por aqueles que concordaram em participar e pelo pesquisador responsável pela aplicação dos instrumentos (APÊNDICE B).

Durante a etapa de análise semântica, o consentimento foi obtido por contato telefônico, sendo assim, audiogravado e com uma via assinada pelas pesquisadoras e encaminhada por e-mail ou correio ao participante (APÊNDICE C), conforme regulamenta as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016).

Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitam a identificação por outra pessoa que não a pesquisadora e que participar do estudo ou deixar o estudo, após ter concordado em participar, não acarretaria prejuízo ao seu atendimento no HCFMRP/USP.

Os profissionais de saúde que compuseram o comitê de especialistas também assinaram um TCLE elaborado para as etapas de adaptação cultural e validação de face e de conteúdo (APÊNDICE D).

### **3.4 Autorização dos autores para tradução e uso do ACS *Response Index***

A autorização para adaptação e validação do ACS *Response Index* foi concedida à pesquisadora principal deste estudo, pela representante legal do instrumento, professora Dra. Barbara Riegel, em 28 de Agosto de 2019 (ANEXO D).

### **3.5 Seleção do ACS *Response Index***

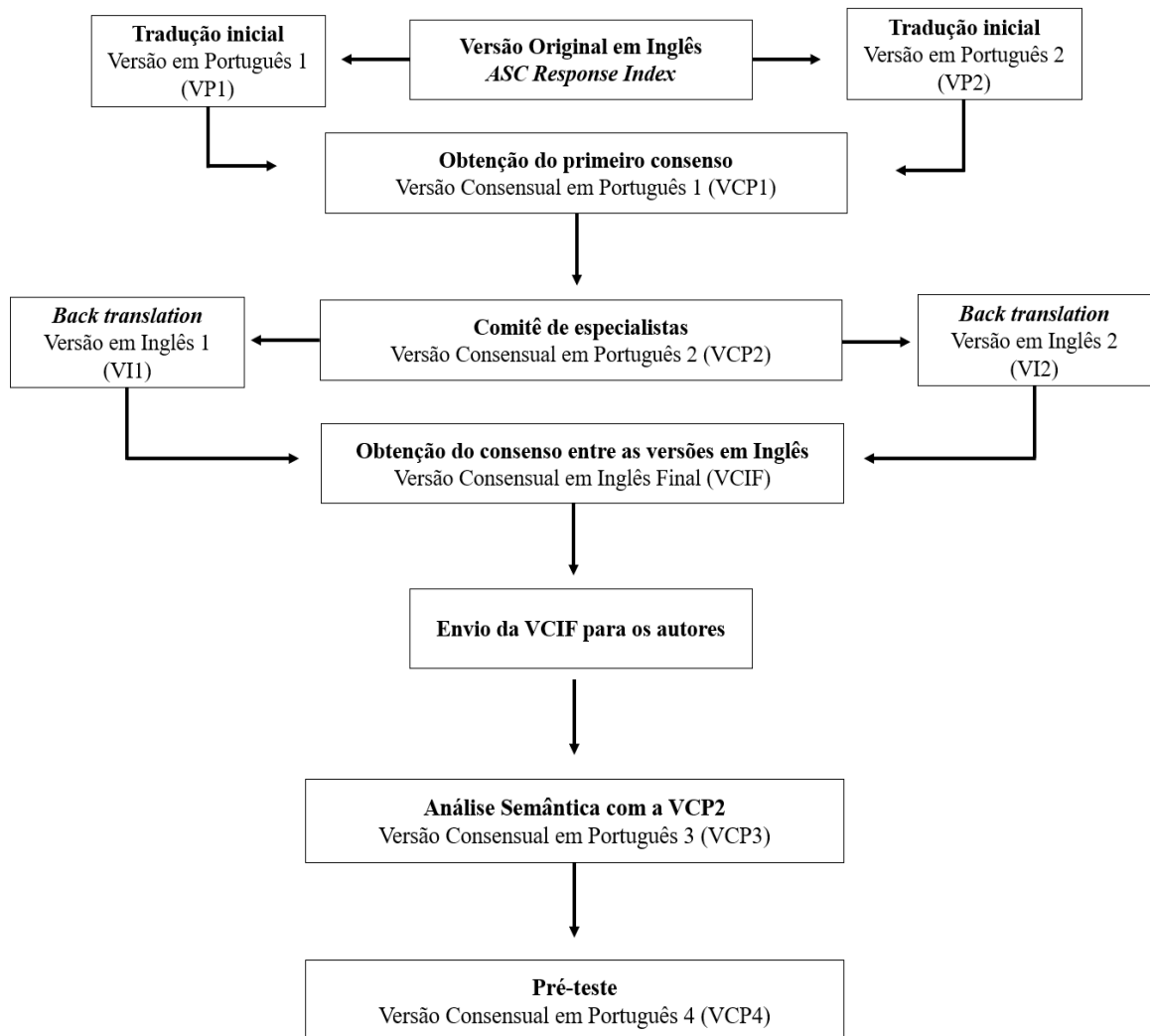
A seleção do ACS *Response Index* ocorreu a partir de revisão de literatura realizada previamente pelas pesquisadoras, na qual foi identificado que o instrumento era o mais utilizado dentre os instrumentos que avaliam o conhecimento de pacientes com DAC em países como Alemanha, Austrália, China, Espanha, Estados Unidos, Etiópia, Irlanda, Jordânia e Nova Zelândia (ALBARQOUNI et al., 2016; ALFASFOS et al., 2016; BOYDE et al., 2015; DEMISSE et al., 2022; DRACUP et al., 2008; GALLAGHER et al., 2013; GARRIDO et al., 2020; LI et al., 2022; MCKINLEY et al., 2009; MOONEY et al., 2016; O'BRIEN et al., 2013, 2014; TONGPETH; DU; CLARK, 2018). Como já explicado mais profundamente no tópico 1.3.1 (*Apresentação do Acute Coronary Syndrome Response Index*), o instrumento avalia constructos relevantes que contribuem para mensurar a eficácia de programas educativos com foco no conhecimento dos indivíduos sobre os sinais e sintomas da SCA e sobre as respostas diante de um evento cardíaco (RIEGEL et al., 2007).

### **3.6 Etapas do processo de adaptação cultural do ACS *Response Index***

O processo de adaptação cultural foi desenvolvido de acordo com as etapas propostas por Guillemim, Bombardier e Beaton (1993), reformuladas por Ferrer et al. (1996), Pasquali (1999) e Beaton et al. (2000), as quais foram seguidas em outros estudos de validação realizados por integrantes do GIRQ da EERP/USP (CALTRAN et al, 2016; CUNHA et al., 2018, 2019; FREITAS et al., 2014, 2017).

As etapas percorridas foram: 1. Tradução do instrumento para a língua portuguesa; 2. Obtenção do consenso das versões em português; 3. Avaliação pelo comitê de especialistas; 4.

Retrotradução (*Back translation*); 5. Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original; 6. Avaliação do instrumento pelo autor da versão original; 7. Análise semântica dos itens; e 8. Pré-teste (Figura 1).



Fonte: Produção da própria autora.

Figura 1 – Fluxograma das etapas do processo de adaptação cultural do *ACS Response Index* para a população brasileira. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### 3.6.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa

Foram convidados, por meio de correio eletrônico, dois tradutores independentes e brasileiros com conhecimento da língua e cultura inglesa, denominados tradutor 1 e tradutor 2. O início dessa etapa ocorreu no dia 26 de maio de 2020, quando a versão original em inglês do instrumento *ACS Response Index* foi encaminhada aos tradutores. O tradutor 1 recebeu o instrumento original juntamente com as informações sobre os objetivos do estudo e o tradutor 2 recebeu apenas o instrumento original, de modo a fornecer uma tradução que reflita a

linguagem usada pela população na qual o instrumento será aplicado. Ambos os tradutores preservaram o significado de cada item da versão original. Ao final dessa etapa, obtiveram-se as duas versões traduzidas do instrumento em português: **Versão em Português 1 (VP1)** (ANEXO E) e **Versão em Português 2 (VP2)** (ANEXO F).

### **3.6.2 Obtenção do consenso das versões em português**

A pesquisadora responsável e sua orientadora na ocasião (Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi) se reuniram com os tradutores 1 e 2 no dia 15 de junho de 2020, via plataforma eletrônica de reuniões, para a realização da síntese das traduções. Nessa etapa, foi esclarecido a ambos os tradutores que o objetivo do estudo era realizar a adaptação cultural e validação do *ACS Response Index* e que o objetivo dessa etapa era a obtenção de consenso entre a VP1 e VP2, de modo a originar uma única versão.

A pesquisadora principal expôs aos tradutores um quadro que continha os itens da versão original, VP1 e VP2, facilitando a comparação por todos os participantes. Realizou a leitura de cada item e as semelhanças e as diferenças foram discutidas, visando preservar o significado de cada palavra. Todas as mudanças e/ou justificativas foram registradas pela pesquisadora principal. Ao final dessa etapa, obteve-se a **Versão Consensual em Português 1 (VCP1)** (APÊNDICE E).

### **3.6.3 Avaliação pelo comitê de especialistas**

Nessa etapa, foi realizada a verificação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e VCP1 do *ACS Response Index*, bem como a avaliação das validades de face e conteúdo do instrumento, por um comitê de especialistas na temática. Os critérios para integrar este comitê estão descritos no tópico 3.2 (*Participantes e critérios de elegibilidade*) deste estudo.

O comitê foi composto por três enfermeiras docentes da EERP/USP e uma enfermeira docente do Instituto Federal do Paraná, todas com pós-doutorado, além de uma fisioterapeuta com doutorado. Todos os membros eram especialistas na área de cardiologia e com conhecimento da língua inglesa, sendo duas delas especialistas em metodologia para adaptação e validação de instrumentos de avaliação na área da saúde. Todas concordaram em participar e assinaram o TCLE destinado aos especialistas (APÊNDICE D).

Uma reunião via plataforma eletrônica foi realizada no dia 15 de Julho de 2020 com a pesquisadora responsável e os membros do comitê, os quais tiveram prévio acesso às versões original, VCP1 e guia norteador contendo os objetivos do trabalho e da presente etapa.

No início da reunião, a pesquisadora principal reforçou os objetivos do estudo, do instrumento e desta etapa. Posteriormente, realizou a leitura do título, das instruções das três subescalas (conhecimento, atitudes e crenças) e de cada item da versão original e VCP1 do *ACS Response Index*, comparando-as e discutindo item a item com os especialistas. Quando um dos membros não concordava com a tradução e sugeria modificações, o item era discutido, analisado pelos demais especialistas e alterado se houvesse, no mínimo, 80% de concordância entre os membros do comitê, ou seja, se quatro deles entrassem em consenso.

Ao final dessa etapa, obteve-se a **Versão Consensual em Português 2 (VCP2)** (APÊNDICE F).

### **3.6.4 Retrotradução (*Back translation*)**

Para desenvolver essa etapa, seguiu-se o caminho inverso ao da tradução inicial, ou seja, foi realizada a tradução da VCP2 do *ACS Response Index* para o inglês. Dois tradutores diferentes da etapa inicial, nativos da língua inglesa e com fluência na língua portuguesa, foram eleitos. Eles foram denominados tradutor 3 e tradutor 4, e não tiveram conhecimento dos objetivos do estudo, não eram da área da saúde e não tiveram acesso à versão original do instrumento.

Essa etapa teve início no dia 24 de julho de 2020, quando a VCP2 do *ACS Response Index* foi encaminhada aos tradutores 3 e 4, resultando em duas versões em inglês: **Versão em Inglês 1 (VI1)** (ANEXO G) e **Versão em Inglês 2 (VI2)** (ANEXO H).

### **3.6.5 Obtenção do consenso das versões em inglês e comparação com a versão original**

O consenso entre as duas versões em inglês geradas na etapa anterior ocorreu por meio de avaliação realizada pela pesquisadora responsável e orientadora, comparando-se as duas versões com a versão original. Em caso de dúvidas sobre algum item, as pesquisadoras buscaram obter esclarecimento e consenso com os tradutores 3 e 4. O final dessa etapa resultou na **Versão Consensual em Inglês Final (VCIF)** (APÊNDICE G).

### **3.6.6 Avaliação do instrumento pelo autor da versão original**

A VCIF foi enviada à professora Dra. Barbara Riegel, autora do instrumento original, por meio de correio eletrônico, com o objetivo de avaliar possíveis diferenças que poderiam comprometer a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão original. A autora retornou o instrumento no dia 14 de agosto de 2020 e não solicitou qualquer alteração adicional, dessa forma, a VCP2 não necessitou de nova revisão.

### **3.6.7 Análise semântica**

A etapa de avaliação semântica do instrumento foi realizada com o objetivo de verificar, na população de destino, problemas relativos à compreensão dos itens e dificuldade em respondê-los (PASQUALI, 1999).

Para o desenvolvimento dessa etapa foram selecionados nove pacientes que faziam seguimento no ambulatório de cardiologia do HCFMRP/USP, sendo os critérios de seleção para estes participantes, os mesmos utilizados na etapa de aplicação do instrumento para validação, isto é, indivíduos adultos (18 anos ou mais), de ambos os sexos e com DAC diagnosticada e descrita no prontuário; foram excluídos os pacientes com incapacidade de compreender o português, com déficit auditivo grave e não corrigido, e aqueles que não estavam orientados em relação ao tempo, espaço e/ou pessoa.

Respeitou-se o número mínimo de participantes (três ou quatro) sugerido por Pasquali (1999) para o desenvolvimento dessa etapa. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por contato telefônico, sendo selecionados a partir de lista eletrônica de pacientes acompanhados no ambulatório de cardiologia do HCFMRP/USP. A opção pelo contato telefônico nessa fase ocorreu devido as limitações impostas pelo contexto de pandemia do vírus SARS-CoV-2.

A execução dessa etapa ocorreu entre os dias 30 de setembro de 2020 e 19 de outubro de 2020. A obtenção do consentimento foi realizada por audiogravação após os indivíduos serem informados sobre os objetivos do estudo. Uma via do TCLE assinada pelas pesquisadoras foi encaminhada por e-mail ou para um endereço residencial dos sujeitos que aceitaram colaborar com a pesquisa (APÊNDICE C).

Essa etapa foi desenvolvida com base no protocolo de análise semântica de duas fases (Parte A – Avaliação geral; e Parte B – Avaliação específica), elaborado pelo DISABKIDS® *Group Europe* (DISABKIDS, 2004), adaptado para uso com brasileiros por Fegadolli et al.

(2010) e adaptado para a análise semântica do ACS *Response Index* no presente estudo (APÊNDICE H). Esse protocolo tem sido utilizado por outros estudos realizados pelo GIRQ da EERP/USP (CALTRAN et al., 2016; CUNHA et al., 2018, 2019; FREITAS et al., 2014, 2017).

Primeiramente, a pesquisadora aplicou a VCP2 (APÊNDICE F), realizando a leitura dos itens até três vezes quando houvesse solicitação pelo sujeito. Em seguida, foi aplicado o questionário adaptado para análise semântica (APÊNDICE H).

Tendo em vista a forma de coleta realizada e o número de itens do instrumento como um todo, a avaliação específica (Parte B) do instrumento de análise semântica não foi aplicada na sua totalidade com os nove participantes. Cada participante respondeu à avaliação geral (Parte A) e a uma das três subescalas (conhecimento ou atitudes ou crenças) na avaliação específica, dessa forma, cada subescala foi avaliada por três sujeitos.

Os participantes dessa etapa não foram incluídos na amostra do estudo para validação psicométrica. Como não houve sugestões de mudanças e nem dificuldades expressivas, a VCP2 não necessitou de nova revisão, no entanto, de forma a elucidar didaticamente e manter a ordem cronológica para descrição do processo de adaptação, ao final dessa etapa optou-se por mudar o nome para **Versão Consensual em Português 3 (VCP3)** (APÊNDICE I).

### 3.6.8 Pré-teste

O pré-teste teve como finalidade verificar a compreensão da versão pré-final do instrumento na população-alvo e detectar problemas na redação (BEATON et al., 2000). Participaram dessa fase 30 pacientes que concordaram em fazer parte do estudo e que frequentavam o HCFMRP/USP. Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos adotados para a avaliação semântica e para avaliação das propriedades psicométricas, os quais podem ser observados no tópico 3.2 (*Participantes e critérios de elegibilidade*) deste estudo.

A VCP3 foi aplicada de forma individual, por meio de entrevista presencial pela pesquisadora, após a aceitação e assinatura do TCLE (APÊNDICE B) pelo participante. A pesquisadora realizou a leitura dos itens até três vezes em casos de demanda por explicação por parte do sujeito; após essas tentativas, se o sujeito continuou sem compreender o item, ele foi deixado sem resposta e registrado para posterior discussão. Ao término dessa etapa, obteve-se a **Versão Consensual em Português 4 (VCP4)**, denominada ACS Response Index-BR (APÊNDICE J).



O número de participantes dessa fase foi definido com base na literatura que preconiza de 30 a 40 sujeitos (BEATON et al., 2000). Os sujeitos desta etapa não fizeram parte da fase de análise semântica, assim como, não foram incluídos na análise da etapa de validação psicométrica.

### **3.7 Avaliação das propriedades psicométricas do ACS Response Index-BR**

#### **3.7.1 Confiabilidade**

A confiabilidade foi verificada por meio da consistência interna, avaliada pelos coeficientes KR-20 (subescala de conhecimento) e alfa de Cronbach (subescalas de atitudes e de crenças), que refletem o grau de covariância dos itens entre si. O coeficiente de correlação item-total também foi verificado, de modo a avaliar a correlação de cada item com a pontuação total das subescalas de atitudes e crenças.

#### **3.7.2 Validades de face e de conteúdo**

As validades de face e de conteúdo foram avaliadas em conjunto com o processo de adaptação do instrumento pelo comitê de especialistas, por meio da obtenção de um consenso entre os profissionais quanto a clareza e percepção do que está sendo medido (validade de face) e relevância de cada item para o constructo estudado (validade de conteúdo).

#### **3.7.3 Validade de constructo**

A validade de constructo foi verificada, primeiramente, por meio de **teste de hipóteses para grupos conhecidos**. Para a avaliação da capacidade do instrumento de distinguir grupos conhecidos, foram comparados os resultados das subescalas segundo faixa etária (até 59 anos/60 anos ou mais), relato de orientação por profissional de saúde a respeito de sua doença cardíaca ou tratamento (sim/não) e nível escolaridade (avaliado pelo tempo de estudo em anos). Nossas hipóteses foram:

- 1) Há diferença estatística entre os escores nas três subescalas do ACS Response Index-BR, em relação à faixa etária, pois indivíduos mais jovens apresentam maiores escores em comparação a indivíduos com idade mais avançada;

- 2) Participantes que receberam orientação por profissional de saúde a respeito da sua doença cardíaca ou tratamento apresentam maiores escores nas três subescalas do ACS Response Index-BR em comparação àqueles que não receberam;
- 3) Participantes com maior nível de escolaridade apresentam maiores escores nas três subescalas do ACS Response Index-BR.

A primeira hipótese foi fundamentada em estudos prévios desenvolvidos com o ACS *Response Index*, que mostraram pontuações mais baixas de conhecimento e de atitudes, associadas ao grupo de indivíduos com idade mais avançada (ALBARQOUNI et al., 2016; MCKINLEY et al., 2009; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020).

Para a análise da orientação por profissional da saúde, foram incluídos aqueles indivíduos que, quando questionados sobre terem recebido algum tipo de orientação a respeito de sua doença cardíaca ou tratamento, responderam de forma afirmativa que receberam esse tipo de orientação por um profissional de saúde em algum momento. Essa hipótese foi fundamentada nos estudos de Boyde et al. (2015), Dracup et al. (2008) e Riegel et al. (2007), que evidenciaram que os sujeitos apresentaram melhores pontuações na subescala de conhecimento do ACS *Response Index* quando haviam tido orientação por profissional da saúde capacitado ou frequentado um programa de reabilitação cardíaca.

Em relação à escolaridade, foram verificadas as possíveis diferenças estatísticas entre os resultados das subescalas do ACS Response Index-BR e o nível de escolaridade, dividido em três categorias de acordo com os anos de estudo: 1) até nove anos de estudo; 2) de 10 a 12 anos de estudo; e 3) 13 ou mais anos de estudo. Essa hipótese se fundamenta em estudos prévios que mostraram que indivíduos com melhor nível educacional apresentavam maior conhecimento medido pelo ACS *Response Index* (ALFASFOS et al., 2016; DRACUP et al., 2008; O'BRIEN et al., 2013).

A **validade de constructo convergente** foi verificada por meio de análise da correlação entre as três subescalas do ACS Response Index-BR, com base no estudo original do instrumento (RIEGEL et al., 2007). Para testar esta validade, estabelecemos a seguinte hipótese:

- 1) Os escores das três subescalas do ACS Response Index-BR apresentam correlações positivas e moderadas entre si.

### **3.7.4 Validade estrutural**

A validade estrutural foi avaliada mediante AFC, de modo a confirmar se as variáveis mensuradas representam o constructo analisado e testar o ajuste dos itens do ACS Response Index-BR de acordo com a estrutura fatorial original.

Na publicação que descreve o desenvolvimento do instrumento original, Riegel et al. (2007) identificaram quatro fatores relacionados a subescala de conhecimento: 1) sintomas estereotipados; 2) outros sintomas comuns; 3) sintomas incorretos; e 4) sintomas consistentes com acidente vascular cerebral, mas não com SCA. Na subescala de atitudes foram identificados dois fatores (Reconhecimento dos sintomas e Procura por ajuda), assim como na subescala de crenças (Expectativas e Ação) (RIEGEL et al., 2007).

### **3.7.5 Efeito teto e chão**

A presença de efeito teto e efeito chão foi verificada por meio da porcentagem de respostas dadas nos extremos, sendo considerado efeito teto quando mais de 15% das respostas estivessem concentradas no item de valor mais alto e efeito chão quando mais de 15% das respostas estivessem concentradas no item de valor mais baixo.

## **3.8 Instrumentos de medida utilizados**

### **3.8.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e da história clínica**

Para caracterização sociodemográfica dos participantes foi utilizado um instrumento que abordou os seguintes dados: telefone, data de nascimento, data da entrevista, sexo, grau de escolaridade, etnia, estado civil, desempenho de atividades remuneradas (ativo ou inativo), renda mensal familiar e número de dependentes da renda mensal familiar. A idade do participante foi calculada a partir das datas de nascimento e entrevista.

O instrumento abordou as seguintes variáveis clínicas: local da coleta de dados (unidade de internação ou ambulatório); realização de tratamento para algum problema do coração anteriormente e por qual motivo; acesso a orientação por profissional de saúde a respeito da doença cardíaca e tratamento; realização de atividade física; peso; altura; tabagismo atual ou prévio; motivo da internação para os pacientes internados; tipo de ambulatório para os pacientes ambulatoriais; diagnóstico atual para DAC em tratamento;

tempo de seguimento da DAC no HCFMRP/USP; realização prévia de revascularização do miocárdio (sim ou não, qual e quando); número de medicamentos utilizados; e presença de comorbidades que são fatores de risco para DAC (APÊNDICE K).

### 3.8.2 ACS Response Index-BR

Utilizamos a versão adaptada para brasileiros do ACS *Response Index*, obtida após a fase de pré-teste e denominada ACS Response Index-BR (APÊNDICE J). Esta versão manteve a formatação e número de itens da versão original, sendo composta por 33 itens, divididos em três subescalas: conhecimento, atitudes e crenças (RIEGEL et al., 2007).

A subescala de conhecimento apresenta 21 itens que abordam sintomas verdadeiros (15 itens) e falsos (seis itens) relacionados à SCA, com escala de respostas do tipo dicotômica (não/sim), para a qual se atribui a pontuação zero para respostas incorretas e um para respostas corretas. Desses itens, seis são pontuados de forma invertida pois são considerados sintomas incorretos de SCA. Assim, antes da soma das respostas aos itens, os valores são invertidos para a ordenação da escala, ou seja, valor um para itens corretos e zero para incorretos. O escore total dessa subescala pode variar de zero a 21 pontos, sendo que uma pontuação maior indica maior nível de conhecimento sobre os sintomas de SCA (RIEGEL et al., 2007).

A subescala de atitudes possui cinco itens que avaliam a percepção sobre decisões tomadas em uma emergência ocasionada por SCA, tais como reconhecimento de sintomas e busca por ajuda. As respostas são obtidas por uma escala ordinal de quatro pontos: 1 – nem um pouco certo; 2 – um pouco certo; 3 – muito certo; 4 – totalmente certo. O escore total pode variar de cinco a 20 pontos, sendo que maiores valores pressupõem uma melhor percepção sobre as atitudes corretas a serem tomadas diante do reconhecimento dos sintomas e busca por auxílio (RIEGEL et al., 2007).

Por fim, a subescala de crenças é composta por sete itens, para aos quais a escala de resposta também é ordinal de quatro pontos: 1 – concordo totalmente; 2 – concordo; 3 – discordo; 4 – discordo totalmente. O escore total varia de sete a 28 pontos, para o qual maiores valores indicam melhores expectativas e possíveis ações tomadas frente a um evento cardíaco. Três itens dessa subescala são pontuados de forma invertida, ou seja, são afirmativas que pontuam mais quando o indivíduo concorda com o que foi exposto na frase, ao contrário das demais crenças que pontuam mais quando o indivíduo discorda da afirmativa (RIEGEL et al., 2007).

Os três escores são computados de forma independente para cada subescala, porém presume-se que sejam conceitos relacionados que influenciam a resposta à SCA (RIEGEL et al., 2007). Maiores detalhes do instrumento foram descritos no tópico 1.3.1 (*Apresentação do Acute Coronary Syndrome Response Index*) deste estudo.

### **3.9 Procedimentos para coleta dos dados**

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora e por mais duas pesquisadoras auxiliares devidamente treinadas pela pesquisadora principal. A coleta ocorreu por meio de entrevista individual, realizada em ambiente privativo em um único encontro. O paciente foi convidado a participar da pesquisa durante atendimento regular nos Ambulatórios de Cardiologia, antes ou após a consulta médica, ou durante internação hospitalar no HCFMRP/USP para tratamento clínico e/ou cirúrgico devido a DAC, respeitando as condições físicas e emocionais do paciente. A pesquisadora adotou todas as precauções para não prejudicar o funcionamento das unidades de atendimento.

O participante foi informado sobre os objetivos do estudo e sobre como as respostas de cada instrumento deveriam ser dadas. Os instrumentos foram inseridos na plataforma de pesquisa SurveyMonkey® e aplicados na seguinte ordem: questionário de caracterização sociodemográfica e história clínica (APÊNDICE K) e ACS Response Index-BR (APÊNDICE J).

### **3.10 Processamento e análise dos dados**

Os dados foram armazenados automaticamente na nuvem após entrevista com cada indivíduo por meio da plataforma SurveyMonkey®. Cada participante foi identificado por um número, cuja correspondência com sua identificação foi armazenada somente pela pesquisadora responsável.

Ao término da coleta, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS® versão 25.0 (IBM Corporation 2010), no qual foi gerado um banco de dados e onde foram feitas a maior parte das análises estatísticas. Foram obtidas frequências simples e absolutas para as variáveis qualitativas (categóricas), e valores de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas.

A normalidade e homogeneidade de variâncias da amostra foram verificadas por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, respectivamente, os quais mostraram que obtivemos uma amostra com distribuição não-paramétrica, porém com variância homogênea. Dessa forma, considerando que atendemos ao critério da homogeneidade das variâncias e a um tamanho amostral suficientemente grande ( $n = 244$ ), conforme estabelecido pelo teorema do limite central, realizamos testes paramétricos para as presentes análises estatísticas.

Para avaliar a confiabilidade da medida, a literatura sugere como aceitáveis, valores de consistência interna superiores a 0,65 para o KR-20 e superiores a 0,70 para o coeficiente alfa de Cronbach (FAYERS; MACHIN, 2016; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; POLIT; BECK, 2011; TERWEE et al., 2007). Coeficientes de correlação item-total são considerados apropriados quando permanecem entre 0,10 e 0,70 (POLIT; BECK, 2011).

Para testar as hipóteses um e dois, referentes à validade de constructo por grupos conhecidos, dividimos os sujeitos em dois grupos e utilizamos o teste t para amostras independentes, de modo a comparar as médias dos escores das subescalas do instrumento, segundo os grupos estabelecidos. Para testar a terceira hipótese do estudo referente à validade de constructo por grupos conhecidos, dividimos os sujeitos em três grupos de escolaridade: 1) até nove anos de estudo; 2) de 10 a 12 anos de estudo; 3) 13 ou mais anos de estudo. Utilizamos o teste de análise das variâncias (ANOVA) para comparar a variância entre as medidas dos escores das subescalas do ACS Response Index-BR e os anos de estudo dos participantes.

Para avaliação da força de correlação na avaliação da validade de constructo convergente, consideramos valores de correlação abaixo de 0,30 como de pouca aplicabilidade clínica, mesmo com significância estatística; valores entre 0,30 e 0,50 de moderada correlação e valores maiores que 0,50, de forte correlação clínica (AJZEN; FISHBEIN, 1980). O nível de significância adotado para as análises foi de 0,05.

Para verificar a validade estrutural utilizamos o *software R*, por meio de sua interface *RStudio* e com o auxílio dos pacotes *sem* e *lavaan*, de modo a realizar AFC (ROSSEEL, 2021). Essa análise seguiu o modelo de validação da versão original do ACS *Response Index* para as três subescalas, a fim de confirmar se as variáveis mensuradas nestas subescalas do ACS Response Index-BR representam o constructo analisado e testar se a estrutura fatorial original se adequa aos resultados obtidos com a versão traduzida e adaptada do instrumento.

A adequação dos itens na AFC pode ser verificada por diversos testes e índices. Neste estudo foram utilizados o qui-quadrado ( $\chi^2$ ), os graus de liberdade, o índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index* – CFI), o índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index* –

TLI), a raiz do erro quadrático médio de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA) e a raiz padronizada do resíduo médio (*Standardized Root Mean square Residual* – SRMR).

O  $\chi^2$  é uma estatística de teste de modelo que indica a magnitude da discrepância entre a matriz de covariância observada e a modelada, testando a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados. Quanto maior é esse valor, pior o ajustamento. Os graus de liberdade representam a quantia de informação disponível para estimar parâmetros do modelo (HAIR et al., 2009; KLINE, 2016).

O CFI é um índice normado, dessa forma, seus valores podem variar entre zero e um, com valores mais altos indicando melhor ajuste. O TLI não é normado, ou seja, seu valor pode ser menor do que zero ou maior do que um, sendo que modelos com bom ajuste têm valores que se aproximam de um. Tanto o CFI, quanto o TLI calculam o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com o modelo original, cujos valores acima de 0,90 ou mais próximos de um indicam que o modelo se ajustou adequadamente (BROWN, 2015; HAIR et al., 2009).

O RMSEA é um tipo de teste que representa o quanto um modelo se ajusta a uma população, sendo que valores menores indicam melhor ajuste e por isso é definido como um teste de má qualidade do ajuste (HAIR et al., 2009; KLINE, 2016). Os resultados menores do que 0,06 são considerados como bom ajuste, no entanto, valores abaixo de 0,10 são aceitáveis (BROWN, 2015; HAIR et al., 2009). Já o SRMR reporta a média padronizada dos resíduos, sendo que índices menores que 0,10 são aceitáveis, mas valores menores ainda, representam melhor ajuste (HAIR et al., 2009; KLINE, 2016).

De acordo com Hair et al. (2009), valores de cargas fatoriais na faixa entre 0,30 e 0,40 são aceitáveis, entre 0,50 e 0,70 são significativos e acima de 0,70 indicam uma estrutura bem definida e é a meta de uma análise fatorial.

A presença de efeito teto e chão foi considerada quando a porcentagem de respostas nos extremos era maior do que 15% (TERWEE et al., 2007).

#### 4. RESULTADOS



## 4. RESULTADOS

### 4.1 Resultados relacionados à identificação dos participantes do estudo

Abordou-se, neste estudo, um total de 294 sujeitos, dos quais nove participaram da etapa de análise semântica e 30 do pré-teste. A coleta de dados da etapa de validação das propriedades psicométricas ocorreu entre o período de fevereiro a agosto de 2022. Na ocasião, 255 sujeitos foram abordados, porém quatro (1,6%) não preencheram os critérios de inclusão e sete (2,7%) se recusaram a participar da pesquisa, totalizando uma amostra final de 244 sujeitos.

### 4.2 Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural do ACS *Response Index*

#### 4.2.1 Obtenção do primeiro consenso em português do ACS *Response Index*

O ACS *Response Index* foi traduzido para o português por dois tradutores independentes, gerando então, duas versões distintas, a VP1 e a VP2. As duas versões em português apresentaram algumas diferenças na linguagem, portanto, necessitou-se de uma reunião para estabelecer um consenso. Sendo assim, o objetivo dessa etapa foi obter um consenso entre as traduções em português, de forma a manter o significado de cada item e utilizar termos e expressões da cultura brasileira. Além dos itens, foram discutidos o título do instrumento, as instruções para o preenchimento, os títulos das subescalas e as escalas de resposta.

O quadro 2 apresenta as duas versões em português (VP1 e VP2), a VCP1 e os itens considerados como aqueles que mantinham o melhor significado em comparação à versão original. As alterações realizadas ao longo da discussão com os tradutores estão destacadas em negrito na coluna da VCP1. Alguns itens da VCP1 podem estar diferentes das duas versões traduzidas, pois foram discutidos e revisados no momento da reunião.

No item 16 a tradução literal para a palavra “*ashen*” seria “*cinzento*” ou “*pele acinzentada*”, no entanto, durante a reunião chegamos à conclusão de que para manter a equivalência idiomática seria melhor alterar para a expressão “*pele arroxeadada*”, por ser mais utilizada no contexto brasileiro.

Quadro 2 – Apresentação da VP1, VP2 e VCP1 do ACS *Response Index*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020

	VP1	VP2	VCP1
<b>Título</b>	Índice de Resposta para Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	Índice de Resposta da Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	Índice de Resposta à Síndrome Coronariana Aguda (SCA)
<b>Instruções gerais</b>	Este questionário pergunta sobre sua saúde e suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os investigadores do estudo serão muito gratos se você responder todas as questões em cada seção.	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e as suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e as suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os <b>pesquisadores</b> do estudo <b>ficariam</b> gratos se você <b>respondesse a</b> todas as <b>perguntas</b> em cada seção.
<b>Instruções subescala de conhecimento</b>	Subescala de conhecimento. Por favor circule “0” se você acha que o sintoma <b>não é</b> um sintoma de ataque cardíaco ou “1” se você acha que o sintoma é um sintoma de ataque cardíaco.	Subescala de conhecimento. Por favor circule “0” se você acha que o sintoma <b>não é</b> o sintoma de um ataque cardíaco ou “1” se você acha que o sintoma é o sintoma de um ataque cardíaco.	Subescala de conhecimento. Por favor, circule “0” se você acha que o sintoma <b>não é um sintoma de</b> ataque cardíaco ou “1” se você acha que o sintoma é <b>um sintoma de</b> ataque cardíaco.
<b>Item 1</b>	Dor no baixo ventre (codificação inversa)	Dor abdominal inferior (codificado inversamente)	<b>Dor abdominal inferior (baixo ventre) (codificação inversa)</b>
<b>Item 2</b>	Dor no braço ou dor no ombro	Dor no braço ou dor no ombro	Dor no braço ou dor no ombro
<b>Item 3</b>	Paralisia do braço (codificação inversa)	Paralisia do braço (codificado inversamente)	Paralisia do braço ( <b>codificação inversa</b> )
<b>Item 4</b>	Dor nas costas	Dor nas costas	Dor nas costas
<b>Item 5</b>	Dor/tensão/aperto no peito	Dor/pressão/aperto no peito	Dor/ <b>pressão</b> /aperto no peito
<b>Item 6</b>	Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)
<b>Item 7</b>	Tosse (codificação inversa)	Tosse (codificado inversamente)	Tosse ( <b>codificação inversa</b> )
<b>Item 8</b>	Tontura, vertigem	Tontura, vertigem	Tontura, vertigem
<b>Item 9</b>	Dor de cabeça (codificação inversa)	Dor de cabeça (codificado inversamente)	Dor de cabeça ( <b>codificação inversa</b> )
<b>Item 10</b>	Azia, indigestão, problemas estomacais	Azia/indigestão/problema estomacal	Azia, indigestão, <b>problemas estomacais</b>
<b>Item 11</b>	Dor na mandíbula	Dor na mandíbula	Dor na mandíbula
<b>Item 12</b>	Perda de consciência/desmaio	Perda de consciência/desmaio	Perda de consciência/desmaio
<b>Item 13</b>	Náusea/vômito	Náusea/vômito	Náusea/vômito

Continua

Continuação

	VP1	VP2	VCPI
<b>Item 14</b>	Dor no pescoço	Dor no pescoço	Dor no pescoço
<b>Item 15</b>	Dormência/formigamento no braço/mão (codificação inversa)	Dormência/formigamento no braço ou na mão (codificado inversamente)	Dormência/formigamento no braço <b>ou na mão (codificação inversa)</b>
<b>Item 16</b>	Palidez, pele acinzentada, perda/alteração de cor	Pálido, cinzento, perda/mudança de cor	<b>Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor</b>
<b>Item 17</b>	Palpitação/frequência cardíaca acelerada	Palpitações/frequência cardíaca rápida	<b>Palpitações/frequência cardíaca acelerada.</b>
<b>Item 18</b>	Falta de ar/dificuldade ao respirar	Falta de ar/dificuldade para respirar	Falta de ar/dificuldade <b>para</b> respirar
<b>Item 19</b>	Fala enrolada (codificação inversa)	Fala arrastada (codificado inversamente)	Fala <b>enrolada (codificação inversa)</b>
<b>Item 20</b>	Suor	Suor	Suor
<b>Item 21</b>	Fraqueza/fadiga	Fraqueza/fadiga	Fraqueza/fadiga
<b>Instruções subescala de atitudes</b>	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule “1” para nenhuma certeza, “2” para pouca certeza, “3” para quase certeza, “4” para muita certeza.	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule “1” para nem um pouco certo, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule “1” para <b>nem um pouco certo</b> , “2” para <b>um pouco certo</b> , “3” para <b>muito certo</b> , e “4” para <b>totalmente certo</b> .
<b>Item 22</b>	Que certeza você tem de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?	Quão certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em alguém?	<b>Você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em <b>outra pessoa?</b>
<b>Item 23</b>	Que certeza você tem de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	Quão certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	<b>Você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em <b>você mesmo?</b>
<b>Item 24</b>	Que certeza você tem de que poderia reconhecer a diferença entre sinais e sintomas de um ataque cardíaco e outros problemas médicos?	Quão certo você está de que poderia distinguir os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas médicos?	<b>Você está certo</b> de que poderia <b>diferenciar</b> os sinais e sintomas de um ataque cardíaco <b>de</b> outros problemas médicos?
<b>Item 25</b>	Que certeza você tem de que poderia obter ajuda para alguém se você achasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?	Quão certo você está de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que estivessem tendo um ataque cardíaco?	<b>Você está certo</b> de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?
<b>Item 26</b>	Que certeza você tem de que poderia obter ajuda para si mesmo se você achasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?	Quão certo você está de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que estivesse tendo um ataque cardíaco?	<b>Você está certo</b> de que poderia <b>conseguir</b> ajuda para si mesmo se você <b>pensasse</b> que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

## Conclusão

	VP1	VP2	VCP1
<b>Instruções subescala de crenças</b>	Subescala de opiniões. A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo plenamente, “2” concordo, “3” discordo, “4” discordo plenamente.	Subescala de crenças. A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.	Subescala de <b>crenças</b> . A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo <b>totalmente</b> , “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo <b>totalmente</b> .
<b>Item 27</b>	Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível. (codificação inversa).	Se eu tiver dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir ao hospital o mais rápido possível (codificado inversamente).	Se eu <b>sentir</b> dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir <b>para o</b> hospital o mais rápido possível ( <b>codificação inversa</b> ).
<b>Item 28</b>	Ficaria constrangido de ir ao hospital pensando que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estava.	Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.	<b>Eu ficaria com vergonha</b> de ir ao hospital <b>se achasse</b> que estava tendo um ataque cardíaco, mas não <b>estivesse</b> .
<b>Item 29</b>	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu iria esperar até ter muita certeza antes de ir ao hospital.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até estar totalmente certo antes de ir ao hospital.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, <b>esperaria</b> até <b>ter muita certeza</b> antes de ir ao hospital.
<b>Item 30</b>	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu iria preferir que alguém me levasse ao hospital ao invés de ter uma ambulância vindo até minha casa.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, <b>preferiria</b> que alguém me levasse ao hospital <b>do que</b> uma ambulância <b>viesse à</b> minha casa.
<b>Item 31</b>	Por causa dos custos de cuidados médicos, eu iria querer ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	Por causa do custo dos cuidados médicos, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	Por causa <b>dos custos de</b> cuidados médicos, eu <b>gostaria</b> de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.
<b>Item 32</b>	Se eu estiver tendo dor no peito e não tiver certeza se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital (codificação inversa).	Se estou com dor no peito e não estou totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital (codificado inversamente).	Se eu estiver com dor no peito e não <b>estiver totalmente certo</b> se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital ( <b>codificação inversa</b> ).
<b>Item 33</b>	Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria ao hospital imediatamente (codificação inversa).	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente (codificado inversamente).	Se eu achasse que <b>estivesse</b> tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente ( <b>codificação inversa</b> ).

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: VP1: Versão em Português 1; VP2: Versão em Português 2; VCP1: Versão Consensual em Português 1.

Nota: As alterações realizadas para obtenção do consenso estão destacadas em negrito.

#### 4.2.2 Avaliação pelo comitê de especialistas

Na reunião com o comitê de especialistas, a VCP1 foi avaliada e comparada com a versão original do *ACS Response Index*. O objetivo dessa etapa foi verificar e garantir as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as duas versões avaliadas, bem como verificar as validades de face e de conteúdo do instrumento adaptado.

Durante a reunião, um dos membros do comitê sugeriu que o título do instrumento fosse mantido em inglês, pois estudos de validação de escalas têm adotado esse método, de forma a dar maior visibilidade e facilitar a busca pela ferramenta durante as pesquisas em bases de dados. Todos os demais membros do comitê concordaram com a sugestão.

De forma geral, as modificações sugeridas pelo comitê foram em relação a retirada ou inserção de palavras, ou substituição por sinônimos, visando deixar a frase mais clara para o contexto da população-alvo. Em alguns itens, o comitê sugeriu descrever uma breve explicação ao final da frase, colocada entre parênteses, de modo a propiciar maior clareza à informação.

O item que sofreu maior modificação foi o item 31 que dizia “*Por causa dos custos de cuidados médicos*” e foi substituído por “*Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras*”, pelo fato de que o Brasil possui um sistema público e gratuito de saúde, diferentemente dos Estados Unidos, de onde o *ACS Response Index* tem origem. Todos os membros concordaram em realizar a alteração, desde que ela fosse submetida para avaliação e aprovação dos autores da versão original.

Na subescala de atitudes, um dos membros sugeriu modificar o trecho inicial dos itens para “*Quanto certo você está*” ao invés de “*Você está certo*”, de modo a concordar com a escala de respostas dos itens, bem como para manter a equivalência com a versão original do instrumento. Os demais membros do comitê concordaram com essa alteração.

O comitê de especialistas sugeriu, ainda, que a expressão “*Codificação inversa*”, disposta entre parênteses ao final dos itens que são considerados incorretos e, portanto, pontuam inversamente, fosse retirada do instrumento, pois é uma informação necessária apenas à pesquisadora no momento de verificar o escore do participante.

A VCP2, originada após a reunião com o comitê de especialistas, pode ser observada no quadro 3. Todas as alterações estão destacadas em negrito.

Quadro 3 – Apresentação das alterações entre a VCP1 e VCP2 do ACS *Response Index*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020

	VCP1	VCP2
<b>Título</b>	Índice de Resposta à Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	<b>Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index</b>
<b>Instruções gerais</b>	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e as suas <b>percepções</b> sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua <b>compreensão</b> sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.
<b>Instruções subescala de conhecimento</b>	Subescala de conhecimento. Por favor, circule "0" se você acha que o sintoma <b>não é</b> um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que <b>o sintoma é</b> um sintoma de ataque cardíaco.	Subescala de conhecimento. Por favor, circule "0" se você acha que o sintoma <b>não é</b> um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que <b>é</b> um sintoma de ataque cardíaco.
<b>Item 1</b>	Dor abdominal inferior ( <b>baixo ventre</b> ) ( <b>codificação inversa</b> )	Dor abdominal inferior ( <b>dor na parte debaixo da barriga</b> )
<b>Item 3</b>	Paralisia do braço ( <b>codificação inversa</b> )	Paralisia do braço
<b>Item 6</b>	Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	Desconforto no peito (peso, queimação <b>ou</b> sensibilidade <b>no local</b> )
<b>Item 7</b>	Tosse ( <b>codificação inversa</b> )	Tosse
<b>Item 9</b>	Dor de cabeça ( <b>codificação inversa</b> )	Dor de cabeça
<b>Item 10</b>	Azia, indigestão, problemas <b>estomacais</b>	Azia/ <b>queimação</b> , indigestão, problemas <b>no estômago</b>
<b>Item 15</b>	Dormência/formigamento no braço ou na mão ( <b>codificação inversa</b> )	Dormência/formigamento no braço ou na mão
<b>Item 17</b>	Palpitações/frequência cardíaca acelerada.	Palpitações/frequência cardíaca acelerada ( <b>coração acelerado</b> )
<b>Item 19</b>	Fala enrolada ( <b>codificação inversa</b> )	Fala enrolada
<b>Item 21</b>	Fraqueza/fadiga	Fraqueza/fadiga/ <b>cansaço</b>
<b>Instruções subescala de atitude</b>	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre <b>algumas declarações de</b> atitude. Por favor, circule "1" para nem um pouco certo, "2" para um pouco certo, "3" para muito certo, e "4" para totalmente certo.	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre atitude ( <b>decisão/ação</b> ). Por favor, circule "1" para nem um pouco certo, "2" para um pouco certo, "3" para muito certo, e "4" para totalmente certo.
<b>Item 22</b>	<b>Você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?
<b>Item 23</b>	<b>Você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

Continua

## Conclusão

	VCP1	VCP2
<b>Item 24</b>	<b>Você está certo</b> de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas <b>médicos</b> ?	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros <b>problemas de saúde</b> ?
<b>Item 25</b>	<b>Você está certo</b> de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?
<b>Item 26</b>	<b>Você está certo</b> de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que <b>você</b> estivesse tendo um ataque cardíaco?	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que estivesse tendo um ataque cardíaco?
<b>Instruções subescala de crenças</b>	Subescala de crenças. A seguir estão <b>algumas perguntas sobre</b> algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.	Subescala de crenças. A seguir estão algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.
<b>Item 27</b>	Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível ( <b>codificação inversa</b> ).	Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível
<b>Item 31</b>	<b>Por causa dos custos de cuidados médicos</b> , eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	<b>Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras</b> , eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.
<b>Item 32</b>	Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital ( <b>codificação inversa</b> ).	Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital.
<b>Item 33</b>	Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente ( <b>codificação inversa</b> ).	Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente.

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: VCP1: Versão Consensual em Português 1; VCP2: Versão Consensual em Português 2.

Nota: As alterações realizadas para obtenção do consenso estão destacadas em negrito nas duas versões.

### **4.2.3 Obtenção do consenso em inglês, comparação com a versão original e envio para os autores**

Após a retrotradução da VCP2 por dois tradutores independentes e nativos da língua inglesa, obtivemos a VCIF do ACS *Response Index*, resultado do consenso entre a VI1 e VI2. Para a maioria dos itens, inclusive para as instruções de preenchimento, as duas versões traduzidas para o inglês foram idênticas. No quadro 4 é possível observar, na coluna da VCIF, os itens que necessitaram de pequenas alterações ou escolha pela opção que melhor refletia a versão original.

Em seguida, a VCIF foi encaminhada via correio eletrônico à autora principal do ACS *Response Index*, Dra. Bárbara Riegel. A autora concordou com as duas modificações que haviam sido realizadas para atender à equivalência semântica, idiomática e cultural durante as etapas de obtenção do consenso das versões em português e de avaliação pelo comitê de especialistas (itens 16 e 31). A autora não solicitou alterações adicionais.



Quadro 4 – Apresentação da VII, VI2 e VCIF do ACS *Response Index*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020

	VII	VI2	VCIF
<b>Título</b>	Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index	Response Index to Acute Coronary Syndrome (ACS)	<b>Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index</b>
<b>Item 2</b>	Arm pain or shoulder pain	Pain in the arm or shoulder pain	<b>Arm pain</b> or shoulder pain
<b>Item 6</b>	Chest discomfort (weight, burning or tenderness)	Chest discomfort (weight, burning or sensitivity in that area)	Chest discomfort (weight, burning or <b>tenderness</b> )
<b>Item 10</b>	Heartburn, indigestion, stomach problems	Heartburn/burning, indigestion, stomach problems	<b>Heartburn</b> , indigestion, stomach problems
<b>Item 16</b>	Paleness, purplish skin, loss/change in color	Paleness, purplish skin, loss/change of color	Paleness, purplish skin, loss/change <b>of</b> color
<b>Item 17</b>	Palpitations/fast heart rate (heart racing)	Palpitations/rapid heart rate (accelerated heart)	Palpitations/ <b>rapid</b> heart rate ( <b>accelerated heart</b> )
<b>Item 20</b>	Sweating	Sweat	<b>Sweating</b>
<b>Instruções subescala Atitude</b>	Attitude Subscale. The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle “1” if you are not at all sure, “2” if you are a little sure, “3” if you are pretty sure, and “4” if you are very sure.	Attitude Subscale. The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle “1” for not at all sure, “2” for a little sure, “3” for very sure, and “4” for completely sure.	Attitude Subscale. The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle “1” <b>for</b> not at all sure, “2” <b>for</b> a little sure, “3” <b>for</b> pretty sure, and “4” <b>for</b> very sure.
<b>Item 25</b>	How sure are you that you could get help for someone if you thought that person was having a heart attack?	How sure are you that you could get someone help if you thought that person was having a heart attack?	How sure are you that you could get <b>help for someone</b> if you thought that person was having a heart attack?
<b>Instruções subescala de crenças</b>	Belief Subscale. The following are some statements of opinions. Please circle “1” if you strongly agree, “2” if you agree, “3” if you disagree, and “4” if you strongly disagree.	Belief Subscale. The following are some statements of opinions. Please circle “1” for strongly agree, “2” for agree, “3” for disagree and “4” for strongly disagree.	Belief Subscale. The following are some statements of opinions. Please circle “1” <b>for</b> strongly agree, “2” <b>for</b> agree, “3” <b>for</b> disagree and “4” <b>for</b> strongly disagree.
<b>Item 28</b>	I would be ashamed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack, but I wasn't.	I would be embarrassed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but was not having one.	I would be <b>embarrassed</b> to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but <b>wasn't</b> .
<b>Item 30</b>	If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than an ambulance to come to my house.	If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than have an ambulance come to my house.	If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than <b>have</b> an ambulance come to my house.
<b>Item 31</b>	Because of the difficulties in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.	Because of difficulties in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.	Because <b>of difficulties</b> in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: VII: Versão em Inglês 1; VI2: Versão em Inglês 2; VCIF: Versão Consensual em Inglês Final.

Nota: As alterações realizadas para obtenção do consenso estão destacadas em negrito.

#### 4.2.4 Análise semântica

Para o desenvolvimento dessa etapa foram selecionados nove pacientes em seguimento no ambulatório de cardiologia do HCFMRP/USP. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa por contato telefônico e a entrevista ocorreu da mesma forma. Todos concordaram em participar e a obtenção do consentimento foi realizada por audiogravação após os pacientes serem informados sobre os objetivos do estudo.

A média de idade dos participantes foi de 58 anos [Desvio-padrão (DP) = 7,8], variando entre 45 e 70 anos. Dos participantes, cinco eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A média para a escolaridade, em anos de estudo, foi de 6,4 (DP= 3,8).

A pesquisadora principal realizou a entrevista com os participantes por meio de leitura dos itens da VCP2 do ACS *Response Index* (APÊNDICE F) e, em seguida, do instrumento de análise semântica adaptado para esse estudo (APÊNDICE H). A pesquisadora leu pausadamente cada item e poderia repetir a leitura do mesmo item, caso houvesse solicitação, por até três vezes. Todos os itens da VCP2 foram respondidos pelos participantes dessa etapa.

A avaliação geral do instrumento de análise semântica foi respondida por todos os participantes, sendo que todos classificaram a VCP2 como boa. Em relação ao grau de dificuldade das questões, quatro entrevistados classificaram como regulares, três como fáceis e dois como difíceis. Todos os sujeitos responderam que consideraram as questões muito importantes para sua saúde.

Na avaliação específica do instrumento de análise semântica, cada três participantes responderam a uma das subescalas (conhecimento ou atitudes ou crenças). Nenhum entrevistado expressou dificuldade quando questionado sobre a compreensão dos itens. A maioria julgou os itens como importantes, com exceção de um participante, o qual avaliou que dois itens da subescala de crenças não eram importantes para sua situação, sendo eles os itens 29 (*Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital*) e 31 (*Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital*). Não houve sugestões de mudanças para as subescalas. O final dessa etapa originou a VCP3 do ACS *Response Index*.

#### 4.2.5 Pré-teste

Para o desenvolvimento dessa etapa, a VCP3 foi aplicada em 30 sujeitos de forma individual por meio de entrevista presencial, dos quais 50% estavam internados e os outros 50% foram abordados enquanto aguardavam por consulta ambulatorial.

Em relação às características dos participantes, a maioria era do sexo masculino (n=21; 70%), com idade média de 64,9 anos (DP = 9,9; Mínimo-máximo = 48,7 e 85,5), casados (n=17; 56,7%), com média de anos de estudo de 6,3 (DP = 4,5; Mínimo-máximo = 0-17), sem desempenho de atividades remuneradas no momento da entrevista (n=23; 76,7%) e com renda familiar média mensal de R\$ 2.800,00, variando de 1.100 a 9.000 reais.

Quando o participante não compreendia ou solicitava explicações acerca de determinado item do instrumento, era realizada nova leitura do referido item, sendo estabelecido o número máximo de três leituras para cada item. Nesse momento, registros eram feitos em relação ao item que demandou repetição.

Ao longo do pré-teste, identificou-se que alguns pacientes apresentaram dificuldade em relação aos itens 11 (*Dor na mandíbula*), 29 (*Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital*), 30 (*Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa*) e 31 (*Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital*).

A partir disso, encaminhamos a versão original e a VCP3 do ACS *Response Index* a uma especialista com ampla experiência em metodologia de análise psicométrica e que mora nos Estados Unidos há mais de 20 anos, ou seja, com domínio do idioma inglês e da cultura americana.

Com base na discussão e sugestões realizadas pela especialista, foram realizadas novas adequações pela pesquisadora principal e por sua orientadora, de modo a obter equivalência cultural e conceitual para os itens, no contexto em que o instrumento foi aplicado. Optou-se, então, por realizar adequações nas instruções, de modo a deixá-las mais claras para o nosso público-alvo. Os itens 11, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30 e 31 também sofreram alterações com o mesmo propósito (Quadro 5). O final dessa etapa originou a VCP4, denominada ACS *Response Index-BR* (APÊNDICE J).

Quadro 5 – Apresentação das alterações entre a VCP3 e VCP4 do ACS *Response Index*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	VCP3	VCP4
<b>Título</b>	Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index	Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index- <b>BR</b>
<b>Instruções gerais</b>	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua compreensão sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse <b>a todas as perguntas em cada seção.</b>	Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua compreensão sobre <b>os</b> sintomas de <b>um</b> ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse <b>as próximas perguntas.</b>
<b>Instruções subescala de conhecimento</b>	Subescala de conhecimento. Por favor, <b>circule "0"</b> se você acha que <b>o sintoma não é um sintoma</b> de ataque cardíaco ou "1" se você acha que é um sintoma de ataque cardíaco.	Subescala de conhecimento. Por favor, <b>responda NÃO (zero)</b> se você acha que <b>não é um sintoma</b> de ataque cardíaco ou <b>SIM (um)</b> se você acha que é um sintoma de ataque cardíaco.
<b>Item 11</b>	Dor na mandíbula.	Dor na mandíbula ( <b>queixo</b> ).
<b>Instruções subescala de atitude</b>	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre <b>atitude (decisão/ação)</b> . Por favor, <b>circule</b> "1" para nem um pouco certo, "2" para um pouco certo, "3" para muito certo, e "4" para totalmente certo.	Subescala de atitudes. A seguir estão algumas perguntas sobre <b>atitudes ou decisões frente a um ataque cardíaco</b> . Por favor, <b>responda</b> "1" para nem um pouco certo, "2" para um pouco certo, "3" para muito certo, e "4" para totalmente certo.
<b>Item 22</b>	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?	<b>O quanto você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?
<b>Item 23</b>	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	<b>O quanto você está certo</b> de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?
<b>Item 24</b>	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?	<b>O quanto você está certo</b> de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?
<b>Item 25</b>	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?	<b>O quanto você está certo</b> de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?
<b>Item 26</b>	<b>Quanto certo você está</b> de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que estivesse tendo um ataque cardíaco?	<b>O quanto você está certo</b> de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?
<b>Instruções subescala de crenças</b>	Subescala de crenças. A seguir estão algumas <b>declarações de opiniões</b> . Por favor, <b>circule</b> "1" para concordo totalmente, "2" para concordo, "3" para discordo, e "4" para discordo totalmente.	Subescala de crenças. A seguir estão algumas <b>opiniões que as pessoas têm sobre um ataque cardíaco</b> . Por favor, <b>diga se concorda ou não com cada uma delas respondendo</b> "1" para concordo totalmente, "2" para concordo, "3" para discordo, e "4" para discordo totalmente.
<b>Item 29</b>	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, <b>eu</b> esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

Continua

## Conclusão

	<b>VCP3</b>	<b>VCP4</b>
<b>Item 30</b>	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.	Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, <b>eu</b> preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.
<b>Item 31</b>	<b>Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras</b> , eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	<b>Por causa das despesas com o tratamento de saúde</b> , eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: VCP3: Versão Consensual em Português 3; VCP4: Versão Consensual em Português 4.

Nota: As alterações realizadas estão destacadas em negrito nas duas versões.

### **4.3 Resultados relacionados a avaliação das propriedades psicométricas do ACS Response Index-BR**

#### **4.3.1 Resultados relacionados às características sociodemográficas e clínicas dos participantes**

A amostra foi composta por 244 participantes, com predomínio do sexo masculino (n=150; 61,5%) e de sujeitos que se autodeclararam brancos (n=150; 61,5%). A idade variou de 32 a 87 anos, com média de 62,19 anos (DP = 10,2) e a média de anos de estudo formal foi de 6,62 (DP = 4,2). A maioria foi composta por indivíduos casados ou que viviam em união consensual (n=151; 61,8%). A renda familiar mensal média foi R\$ 2.835,84 (DP = 2398,35), sendo que o número médio de dependes desta renda foi de 2,5 pessoas (DP = 1,3; Mínimo-máximo = 1-8). A maioria foi de aposentados ou de pessoas que não desenvolviam atividade remunerada no momento da entrevista (n=170; 69,7%). Os dados podem ser observados na tabela 1.

No que se refere as características clínicas dos participantes deste estudo, quase três terços (n=180; 73,8%) foram entrevistados enquanto aguardavam consulta ambulatorial no departamento de Cardiologia do HCFMRP/USP. Dos pacientes ambulatoriais (n=180; 73,8%), a maioria não fazia tratamento para doenças cardíacas antes do acompanhamento no atual ambulatório (n=123; 68,3%). Em contrapartida, entre os participantes entrevistados nas unidades de internação (n= 64; 26,2%), a maioria já fazia acompanhamento e tratamento prévio para doenças cardíacas (n= 43; 67,2%) e realizaria tratamento clínico e/ou cirúrgico para DAC durante a internação atual (n=25; 39,1%). Além disso, 23,4% dos pacientes entrevistados nas unidades de internação, estavam internados devido ao primeiro episódio de SCA.

Do total de paciente da amostra, 61,5% informou já ter recebido orientação de profissional da saúde referente a sua doença cardíaca e/ou tratamento, em algum momento de sua vida. Os dados completos podem ser observados na tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as características sociodemográficas (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo-Máximo</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	150 (61,5)	–	–	–
Feminino	94 (38,5)	–	–	–
<b>Idade (em anos)</b>	–	62,19 (10,2)	61,50	32-87
<b>Estado civil</b>				
Casado	126 (51,6)	–	–	–
Separado/divorciado	35 (14,3)	–	–	–
Solteiro	30 (12,3)	–	–	–
Viúvo	28 (11,5)	–	–	–
União consensual	25 (10,2)	–	–	–
<b>Etnia</b>				
Branca	150 (61,5)	–	–	–
Parda/mestiça	54 (22,1)	–	–	–
Negra	33 (13,5)	–	–	–
Outros	7 (2,9)	–	–	–
<b>Escolaridade (em anos)</b>	–	6,62 (4,2)	5,0	0-19
<b>Ocupação</b>				
Inativo	170 (69,7)	–	–	–
Ativo	74 (30,3)	–	–	–
<b>Renda familiar mensal (em reais)</b>	–	2835,84 (2398,35)	2400,00	0-20000

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: DP: desvio padrão.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as características clínicas (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Variável	n (%)
<b>Local da entrevista</b>	
Ambulatório	180 (73,8)
Unidade de internação	64 (26,2)
<b>Motivo da internação</b>	
	64
Tratamento clínico e/ou cirúrgico da DAC	25 (39,1)
Outros motivos	21 (32,8)
Primeira manifestação de SCA	15 (23,4)
Outros episódios de SCA	3 (4,7)
<b>Ambulatório</b>	
	180
Cardio isquemia	138 (76,7)
Cardio angioplastia	24 (13,3)
Cardio geral	15 (8,3)
Tórax marcapasso	2 (1,1)
Cardio arritmias complexas	1 (0,6)
<b>Diagnóstico atual em tratamento*</b>	
DAC uniarterial	43 (17,6)
DAC biarterial	53 (21,7)
DAC triarterial	102 (41,8)
DAC multiarterial	5 (2,0)
Angina estável	39 (16,0)
Angina instável	23 (9,4)
IAMSSST	27 (11,1)
IAMCSST	36 (14,8)
<b>Terapia medicamentosa com fibrinolíticos</b>	
	12 (4,9)
<b>Angioplastia coronariana transluminal percutânea</b>	
	155 (63,5)
<b>Cirurgia de revascularização do miocárdio</b>	
	47 (19,3)
<b>Recebeu orientação de profissional da saúde</b>	
Sim	150 (61,5)
Não	94 (38,5)

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; DAC: doença arterial coronariana; SCA: síndrome coronariana aguda.

Nota: O \* indica variável com mais de uma opção de resposta.



As patologias tratadas previamente e autorreferidas pelos participantes foram: “pressão alta” (65%), “dor no peito” (60%), “batedeiras/palpitações” (28%), “coração dilatado” (23%) e “problemas na válvula do coração” (10%). Trinta e quatro por cento relataram outras patologias cardíacas tratadas previamente, dentre as quais o IAM foi a mais citada (38,2%).

Em relação aos fatores de risco cardiovascular, 67,2% relataram tabagismo em algum momento da vida e, destes, 22,1% ainda fumavam no momento da entrevista. O tempo médio de tabagismo na amostra foi de 29,6 anos e a carga tabágica média foi de 30,5 anos-maço. A maioria da amostra foi composta por indivíduos sedentários (76,6%), com sobrepeso ou algum grau de obesidade (70%). Das comorbidades documentadas em prontuário, a dislipidemia foi a mais recorrente, acometendo 81,1% da amostra, seguida por hipertensão arterial (77%) e diabetes mellitus (52,5%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo os fatores de risco (n = 244).  
Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana	Mínimo-máximo
<b>Comorbidades</b>				
Dislipidemia	198 (81,1)	–	–	–
Hipertensão arterial	188 (77,0)	–	–	–
Diabetes Mellitus	128 (52,5)	–	–	–
Acidente vascular cerebral	19 (7,8)	–	–	–
<b>Tabagismo</b>				
Sim	164 (67,2)	–	–	–
Não	80 (32,8)	–	–	–
<b>Tempo de tabagismo</b>	–	29,59 (15,6)	30,0	1-70
<b>Carga tabágica</b>	–	30,54 (29,5)	21,0	0,2-150
<b>Realização de atividade física</b>				
Sim	57 (23,4)	–	–	–
Não	187 (76,6)	–	–	–
<b>IMC</b>				
Baixo peso	6 (2,5)	–	–	–
Peso normal	65 (27,5)	–	–	–
Sobrepeso	75 (31,8)	–	–	–
Obesidade grau I, II ou III	90 (38,2)	–	–	–
<b>Número de medicamentos em uso</b>	–	8,81 (3,0)	8	3-18

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: DP: desvio padrão; IMC: índice de massa corporal.

### 4.3.2 Resultados relacionados às análises descritivas do ACS Response Index-BR

A pontuação média para as subescalas de conhecimento, atitudes e crenças foi de 12,75 (DP = 2,6), 13,48 (DP = 3,39) e 22,40 (DP = 3,16), respectivamente. Os itens da subescala de conhecimento estão descritos, de forma individual, em relação à frequência com que os sujeitos da pesquisa indicaram corretamente os sintomas de SCA. Apenas 26,2% da amostra total apresentou uma pontuação com mais de 70% de acertos nesta subescala, que pode ser considerado como alto nível de conhecimento (Tabela 4).

Tabela 4 – Estatística descritiva das três subescalas do ACS Response Index-BR (n = 244).  
Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

ACS Response Index-BR	Média (DP)	Mediana	Mínimo-máximo	n (%)
<b>Subescala de conhecimento</b>	12,75 (2,6)	13	6-20	
Indivíduos com pontuação > 70%				64 (26,2)
1. Dor abdominal inferior (r)*				167 (68,4)
2. Dor no braço ou dor no ombro				172 (70,5)
3. Paralisia do braço (r)*				104 (42,6)
4. Dor nas costas				112 (45,9)
5. Dor/pressão/aperto no peito				234 (95,9)
6. Desconforto no peito (peso, queimação ou sensibilidade no local)				225 (92,2)
7. Tosse (r)*				162 (66,4)
8. Tontura, vertigem				146 (59,8)
9. Dor de cabeça (r)*				144 (59,0)
10. Azia/queimação, indigestão, problemas no estômago				97 (39,8)
11. Dor na mandíbula (queixo)				62 (25,4)
12. Perda de consciência/desmaio				146 (59,8)
13. Náusea/vômito				151 (61,9)
14. Dor no pescoço				120 (49,2)
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão (r)*				47 (19,3)
16. Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor				139 (57,0)
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada (coração acelerado)				211 (86,5)
18. Falta de ar/dificuldade para respirar				219 (89,8)

Continua

## Conclusão

ACS Response Index-BR	Média (DP)	Mediana	Mínimo-máximo	n (%)
19. Fala enrolada (r)*				105 (43,0)
20. Suor				147 (60,2)
21. Fraqueza/fadiga/cansaço				203 (83,2)
<b>Subescala de atitudes</b>	13,48 (3,39)	13	5-20	
22. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?	2,44 (0,98)	2	1-4	
23. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	2,93 (0,95)	3	1-4	
24. O quanto você está certo de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?	2,42 (1,00)	2	1-4	
25. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?	2,80 (0,94)	3	1-4	
26. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?	2,90 (0,97)	3	1-4	
<b>Subescala de crenças</b>	22,40 (3,16)	22	13-28	
27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível. (r)*	3,75 (0,57)	4	1-4	
28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.	3,30 (0,92)	4	1-4	
29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.	3,12 (0,97)	3	1-4	
30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.	2,23 (1,11)	2	1-4	
31. Por causa das despesas com o tratamento de saúde, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	2,74 (0,99)	3	1-4	
32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital. (r)*	3,55 (0,66)	4	1-4	
33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente. (r)*	3,72 (0,49)	4	1-4	

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: DP: desvio padrão.

Nota: (r)\* indica item codificado reversamente para o cálculo da pontuação total da subescala de conhecimento e da subescala de crenças.

A seguir são apresentadas as frequências de respostas aos itens, em porcentagem, das subescalas de atitudes e de crenças do ACS Response Index-BR.

Na subescala de atitudes, observou-se uma frequência de resposta superior a 15% para a categoria de respostas “nenhum pouco certo” (valor 1) no item 24, caracterizando a presença de efeito chão para esse item. Observou-se, ainda, que todos os itens da subescala de atitudes receberam uma frequência de respostas maior do que 15% na categoria de respostas “totalmente certo” (valor 4), indicando a presença de efeito teto para todos os itens dessa subescala (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da porcentagem de respostas aos itens da subescala de atitudes do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Subescala de atitudes	Escala de resposta aos itens			
	Nenhum pouco certo (valor 1)	Um pouco certo (valor 2)	Muito certo (valor 3)	Totalmente certo (valor 4)
22. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?	13,9%	49,6%	14,8%	21,7%
23. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?	6,1%	31,1%	26,6%	36,1%
24. O quanto você está certo de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?	17,6%	43,0%	18,9%	20,5%
25. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?	7,8%	33,6%	29,9%	28,7%
26. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?	7,8%	29,5%	27,5%	35,2%

Fonte: Produção da própria autora.

Para a subescala de crenças, notou-se uma frequência de respostas que ultrapassou 15% na categoria “concordo totalmente” (valor 1) apenas no item 30, indicando presença de efeito chão para este item. Na categoria “discordo totalmente” (valor 4), todos os itens resultaram em frequências maiores do que 15%, evidenciando a presença de efeito teto em todos os itens da subescala de crenças (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da porcentagem de respostas aos itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Subescala de crenças	Escala de resposta aos itens			
	Concordo totalmente (valor 1)	Concordo (valor 2)	Discordo (valor 3)	Discordo totalmente (valor 4)
27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível. (r)*	1,2%	3,3%	15,2%	80,3%
28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.	7,0%	11,5%	25,8%	55,7%
29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.	7,8%	18,4%	27,9%	45,9%
30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.	34,4%	27,0%	20,1%	18,4%
31. Por causa das despesas com o tratamento de saúde, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.	12,7%	27,9%	32,4%	27,0%
32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital. (r)*	1,6%	4,5%	31,1%	62,7%
33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente. (r)*	0,4%	0,8%	25,0%	73,8%

Fonte: Produção da própria autora.

Nota: (r)\* indica item codificado reversamente para o cálculo da pontuação total da subescala de crenças.

#### 4.3.3 Resultados relacionados à confiabilidade

Na avaliação da consistência interna para os 21 itens da subescala de conhecimento, o resultado do coeficiente KR-20 foi 0,399. Já para os cinco itens da subescala de atitudes e para os sete itens da subescala de crenças, o resultado do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,735 e 0,577, respectivamente. Ao excluirmos cada item da subescalas de atitudes e de crenças, notamos que não houve alteração expressiva no alfa de Cronbach, permanecendo com um valor próximo do alfa total observado, tanto na subescala de atitudes, quanto na subescala de crenças. As correlações item-total variaram de 0,416 a 0,595 para a subescala de atitudes e entre 0,110 e 0,451 para a subescala de crenças (Tabela 7).

Tabela 7 – Valores do coeficiente KR-20, dos coeficientes de correlação item-total, do coeficiente alfa de Cronbach total e dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos com a exclusão de cada item do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

<b>Subescalas</b>	<b>KR-20</b>	<b>Coeficiente de correlação item-total</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Conhecimento</b>	0,399		
<b>Atitudes (Total)</b>			0,735
Item 22		0,484	0,694
Item 23		0,595	0,651
Item 24		0,471	0,699
Item 25		0,521	0,680
Item 26		0,416	0,719
<b>Crenças (Total)</b>			0,577
Item 27 (r)*		0,190	0,572
Item 28		0,376	0,507
Item 29		0,391	0,500
Item 30		0,110	0,633
Item 31		0,371	0,509
Item 32 (r)*		0,367	0,523
Item 33 (r)*		0,451	0,518

Fonte: Produção da própria autora.

Nota: (r)\* indica item codificado reversamente para o cálculo da pontuação total da subescala de crenças.

#### 4.3.4 Resultados relacionados à validade de constructo

A avaliação da validade de constructo por grupos conhecidos do ACS Response Index-BR foi realizada por meio de comparação da distribuição dos valores segundo faixa etária (até 59 anos/60 anos ou mais), orientação de profissional de saúde a respeito da doença cardíaca ou tratamento (sim/não) e o nível de escolaridade (três categorias). Todos os resultados estão descritos na tabela 8.

Ao comparar os participantes do estudo, segundo a faixa etária, por meio do teste t independente, verificou-se que os indivíduos com até 59 anos de idade apresentaram melhores níveis de conhecimento (Média = 13,40, DP = 2,57) quando comparados aos indivíduos com

60 anos ou mais (Média = 12,39, DP = 2,52) [ $t(242) = 3,007$ ;  $p < 0,05$ ]. Para os níveis de atitudes e de crenças não foram notadas diferenças significativas em relação à faixa etária.

Os sujeitos que relataram ter recebido orientação por profissional da saúde em relação à doença cardíaca ou tratamento obtiveram maiores escores na subescala de crenças (Média = 22,83; DP = 3,00) em comparação aos que relataram não ter recebido nenhuma orientação (Média = 21,72; DP = 3,30), de acordo com o teste t independente [ $t(242) = 2,687$ ;  $p < 0,05$ ].

A ANOVA de uma via revelou que existe diferença entre os níveis de escolaridade sobre as crenças dos sujeitos desta pesquisa [ $F(2,226) = 3,878$ ;  $p < 0,05$ ], mas não sobre o conhecimento e as atitudes. O teste de post hoc de Tukey evidenciou que a diferença estatisticamente significativa está entre as crenças das pessoas com menos de nove anos de estudos com as crenças das pessoas com 13 anos ou mais de estudo, já que estas apresentaram maiores níveis de crenças em comparação aquelas.

Tabela 8 – Comparação da distribuição dos escores das subescalas de conhecimento, atitudes e crenças do ACS Response Index-BR, segundo faixa etária, orientação por profissional da saúde e escolaridade (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Característica	Conhecimento				Atitudes				Crenças			
	Média (DP)	F	t	p	Média (DP)	F	t	p	Média (DP)	F	t	p
<b>Faixa etária (em anos)</b>												
Até 59	13,40 (2,60)	–	3,007	0,003	13,74 (3,17)	–	0,886	0,38	22,91 (3,12)	–	1,914	0,057
60 ou mais	12,39 (2,52)				13,34 (3,51)				22,11 (3,16)			
<b>Orientação de profissional da saúde</b>												
Sim	12,73 (2,62)	–	-0,189	0,85	13,52 (3,33)	–	0,188	0,85	22,83 (3,00)	–	2,687	0,008
Não	12,80 (2,55)				13,44 (3,50)				21,72 (3,30)			
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>												
Até 9	12,70 (2,54)	0,791	–	0,45	13,58 (3,50)	0,361	–	0,70	22,12 (2,99)	3,878	–	0,022
De 10 a 12	13,07 (2,90)				13,29 (3,09)				23,07 (3,53)			
13 ou mais	13,30 (2,22)				14,04 (3,10)				23,83 (3,63)			

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: DP: desvio padrão.

Nota: *p* é proveniente de teste t para amostras independentes, exceto para variável escolaridade (ANOVA).



A avaliação da validade de constructo convergente mostrou que houve correlação fraca e positiva entre as subescalas de conhecimento e crenças ( $r = 0,217$ ;  $p < 0,05$ ), e de conhecimento e atitudes ( $r = 0,128$ ;  $p < 0,05$ ). Não houve correlação entre as subescalas de atitudes e crenças (Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação entre os escores das subescalas de conhecimento, atitudes e crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

	Subescala de Conhecimento		Subescala de Atitudes	
<b>Subescala de Atitudes</b>	$r = 0,128$	$p = 0,046$		
<b>Subescala de Crenças</b>	$r = 0,217$	$p = 0,001$	$r = 0,052$	$p = 0,42$

Fonte: Produção da própria autora.

Nota:  $r$  proveniente do coeficiente de correlação de Pearson.

#### 4.3.5 Resultados relacionados à validade estrutural

A estrutura original com quatro componentes na subescala de conhecimento (Sintomas estereotipados/Outros sintomas comuns/Sintomas incorretos/Sintomas consistentes com acidente vascular cerebral) e com dois componentes na subescalas de atitudes (Reconhecimento dos sintomas/Procura por ajuda) e de crenças (Expectativas/Ação) foi testada por meio de AFC.

Para o modelo de quatro componentes da subescala de conhecimento, o CFI foi de 0,792 e o TLI foi 0,761. Para ambos os índices citados, resultados mais próximos de um indicam que o modelo se ajustou adequadamente (BROWN, 2015). O RMSEA foi de 0,058, este é um tipo de teste global que mostra a média de discrepância entre as correlações observadas e as estimadas, e para Brown (2015) valores menores do que 0,06 indicam bom ajuste. O SRMR foi de 0,065, sendo que valores menores do que 0,10 são aceitáveis (HAIR et al., 2009).

Para o modelo de dois componentes da subescala de atitudes, os resultados foram CFI de 0,988, TLI de 0,970, RMSEA de 0,053 e SRMR de 0,027, demonstrando bom ajuste do modelo. Os resultados para o modelo de dois componentes da subescala de crenças também demonstraram ajuste adequado, com CFI de 0,971, TLI de 0,952, RMSEA de 0,048 e SRMR de 0,047. De modo geral, os resultados dos índices de ajuste ao modelo se mostraram satisfatórios. Demais resultados podem ser observados abaixo (Tabela 10).

Tabela 10 – Índices de ajuste ao modelo dos 21 itens da subescala de conhecimento, 5 itens da subescala de atitudes e 7 itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244).  
Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Subescala	Índices de ajuste	Resultados
<b>Conhecimento (21 itens)</b>	g.l.	183
	$\chi^2$	0,0
	SRMR	0,065
	RMSEA	0,058
	CFI	0,792
	TLI	0,761
	<b>Atitudes (5 itens)</b>	g.l.
$\chi^2$		0,149
SRMR		0,027
RMSEA		0,053
CFI		0,988
TLI		0,970
<b>Crenças (7 itens)</b>	g.l.	13
	$\chi^2$	0,089
	SRMR	0,047
	RMSEA	0,048
	CFI	0,971
	TLI	0,952

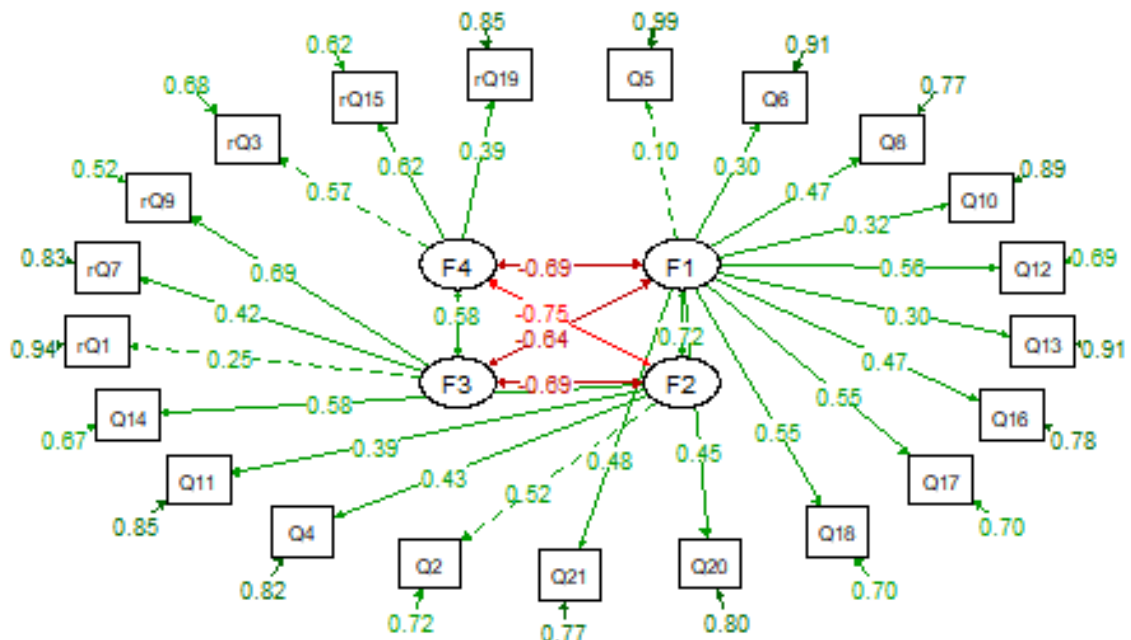
Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: g.l.: graus de liberdade;  $\chi^2$ : qui-quadrado; SRMR: raiz quadrada média residual padronizada; RMSEA: raiz do erro quadrático médio de aproximação; CFI: índice de ajuste comparativo; TLI: índice de Tucker-Lewis.

A seguir, é possível observar os diagramas de caminhos (*path diagrams*), que mostram as correlações entre as variáveis latentes (círculos) e os itens observáveis (quadrados) das subescalas de conhecimentos (Figura 2), atitudes (Figura 3) e crenças (Figura 4), por meio de setas unidirecionais contendo suas respectivas cargas fatoriais, ou seja, o peso fatorial que representa o quanto determinado item é explicado/influenciado pela variável latente. A seta

bidirecional expressa a correlação entre as variáveis latentes e as setas pontilhadas remetem aos itens de referência de cada variável latente (FAYERS; MACHIN, 2016).

A AFC para a subescala de conhecimento demonstrou que a maioria das relações entre as variáveis latentes e as observáveis apresentou carga fatorial moderada, variando entre 0,30 e 0,69, exceto para os itens rQ1 (0,25) e Q5 (0,10), que apontaram relações fracas, apesar de serem considerados itens de referência para suas respectivas variáveis latentes. As correlações entre as variáveis latentes foram fortes e positivas para *sintomas estereotipados* e *outros sintomas comuns* ( $r = 0,72$ ), e para os *sintomas incorretos* e *sintomas consistentes com acidente vascular cerebral* ( $r = 0,58$ ). As demais correlações foram fortes e negativas, como é possível observar no diagrama de caminhos abaixo (Figura 2).

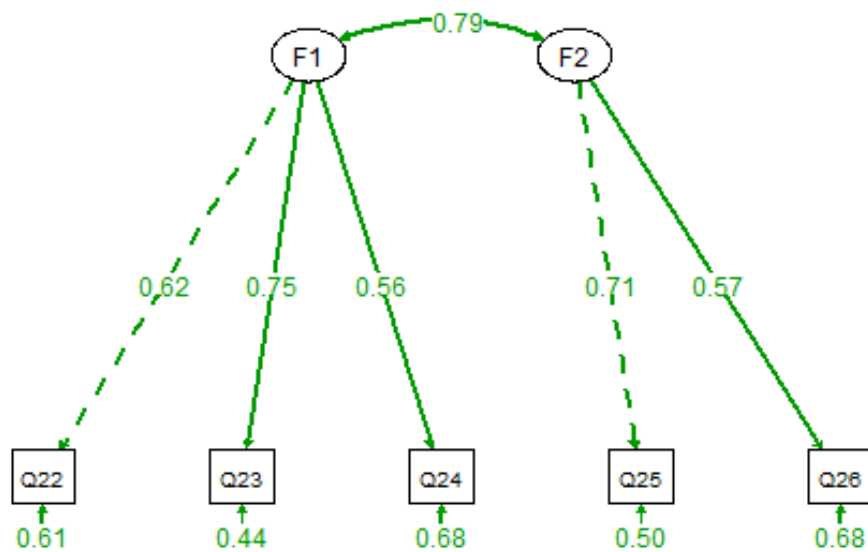


Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: F1 indica o fator “Sintomas estereotipados”; F2 indica o fator “Outros sintomas comuns”; F3 indica o fator “Sintomas incorretos”; F4 indica o fator “Sintomas consistentes com acidente vascular cerebral”.

Figura 2 – Representação gráfica dos 21 itens da subescala de conhecimento do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

Para a subescala de atitudes, a AFC revelou relações moderadas e fortes entre as variáveis latentes e as observáveis, com carga fatorial mínima de 0,56 e máxima de 0,75. A correlação entre as variáveis latentes *reconhecimento dos sintomas* e *procura por ajuda* foi forte e positiva ( $r = 0,79$ ) (Figura 3).

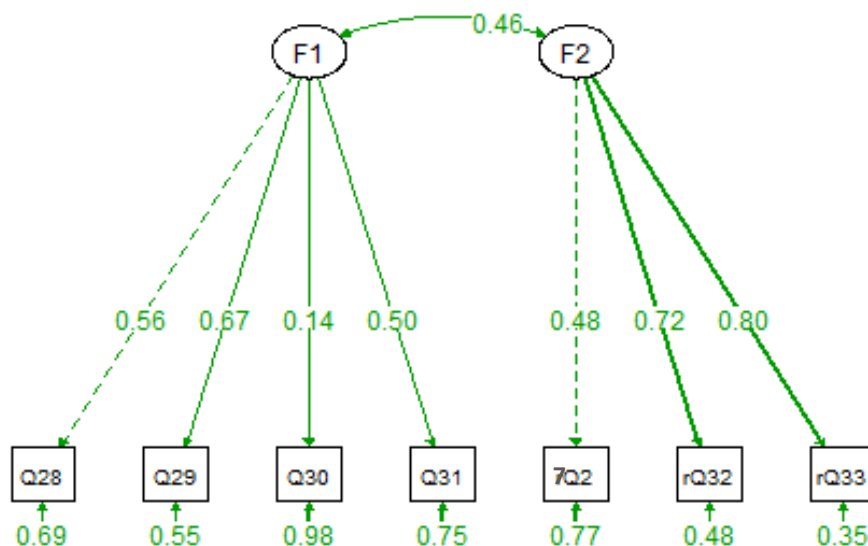


Fonte: Produção da própria autora.

Nota: F1 indica o fator “Reconhecimento dos sintomas”; F2 indica o fator “Procura por ajuda”.

Figura 3 – Representação gráfica dos cinco itens da subescala de atitudes do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

A AFC da subescala de crenças evidenciou relações moderadas e fortes entre as variáveis latentes e as variáveis observáveis (cargas fatoriais variando de 0,48 a 0,80), com exceção do item Q30, que obteve carga fatorial de 0,14. A correlação entre as variáveis latentes *expectativas* e *ação* foi moderada e positiva ( $r = 0,46$ ) (Figura 4).



Fonte: Produção da própria autora.

Nota: F1 indica o fator “Expectativas”; F2 indica o fator “Ação”.

Figura 4 – Representação gráfica dos sete itens da subescala de crenças do ACS Response Index-BR (n = 244). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022

## 5. DISCUSSÃO

## 5. DISCUSSÃO

A alta taxa de mortalidade nacional e mundial devido a DAC é uma realidade conhecida, principalmente em países de baixa e média renda, como evidenciado em alguns estudos (WHO, 2021; DEMISSE et al., 2022). A falta de conhecimento e retardo do indivíduo em reconhecer os sintomas da SCA, principal manifestação clínica da DAC, é um dos principais fatores que atrasam a busca por atendimento de saúde (DRACUP et al., 2008; RODRIGUES et al., 2018). Programas educativos podem ser fortes aliados do sistema público de saúde, bem como da própria população, no que diz respeito ao ensino e preparo para tomada de atitude/ação e enfrentamento de um agravo como a SCA. Nesse contexto, instrumentos de medida são importantes ferramentas para avaliar o conhecimento e as respostas dos indivíduos a um evento cardíaco e, assim, mensurar a eficácia desses programas e prevenir óbitos por SCA.

Neste estudo, o *ACS Response Index* foi adaptado para uso no Brasil e teve suas propriedades psicométricas testadas em brasileiros, com diagnóstico de DAC. Durante a nossa revisão, identificamos que nenhum dos instrumentos adaptados e validados para o contexto nacional avaliavam o conhecimento dos indivíduos em relação à SCA. Além disso, constatamos que o *ACS Response Index* foi utilizado em diversos idiomas e países (CAO et al., 2012; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; REZAEI et al., 2019; RIEGEL et al., 2007), mas ainda não havia sido adaptado e validado para o Brasil, o que nos motivou a desenvolver o presente estudo.

Todo o processo de adaptação cultural e verificação das propriedades psicométricas foi conduzido de acordo com a literatura recomendada (BEATON et al., 2000; CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; FERRER et al., 1996; GUILLEMIM; BOMBARDIER; BEATON, 1993; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; MOKKINK et al., 2010b; MYERS; AHN; JIN, 2011; PASQUALI, 1999; PILATI; LAROS, 2007; POLIT; BECK, 2011) e baseou-se no método de estudos prévios desenvolvidos por pesquisadores do GIRQ (CALTRAN et al., 2016; CUNHA et al., 2018, 2019; FREITAS et al., 2014, 2017), adequando-se, quando necessário, as especificidades do estudo em questão.

Quanto a caracterização sociodemográfica dos participantes, verificou-se que a amostra foi heterogênea em todas as fases de desenvolvimento desta pesquisa, no entanto, houve predomínio na amostra de indivíduos do sexo masculino, com idade média de 62 anos, que eram casados ou viviam em união consensual e que se autodeclararam brancos. Essas características podem ser observadas em outros estudos desenvolvidos com a mesma

população-alvo (BOYDE et al., 2015; CAO et al., 2012; GALLAGHER et al., 2013; GARRIDO et al., 2020; O'BRIEN et al., 2014; RIEGEL et al., 2007).

A maior parte da amostra foi constituída por aposentados ou indivíduos que não exerciam atividade remunerada. O tempo de estudo formal foi de seis a sete anos e a renda familiar mensal média foi relativamente baixa (cerca de dois salários-mínimos), porém com ampla desigualdade, pois houve sujeitos que relataram não ter nenhuma renda e viver de doações, e aqueles que relataram renda familiar de R\$ 20.000,00. Este é um cenário peculiar de países subdesenvolvidos e por isso foi observado, predominantemente, em estudos realizados nestes países (CAO et al., 2012; DEMISSE et al., 2022; LI et al., 2022; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; REZAEI et al., 2019).

Quanto às características clínicas obtidas em nossa amostra, o diagnóstico atual em tratamento predominante documentado em prontuário foi de DAC triarterial (41,8%), seguido por DAC biarterial (21,7%), DAC uniarterial (17,6%), angina estável (16%), IAMCSST (14,8%) e IAMSSST (11,1%). Dos pacientes internados, o principal motivo da internação era para tratamento clínico e/ou cirúrgico da DAC (39,1%). Além disso, a maioria dos sujeitos haviam sido submetidos a terapia de reperfusão, seja com fibrinolítico, ACTP ou cirurgia de revascularização do miocárdio, história clínica semelhante a outros estudos na mesma área (LI et al., 2022; MOONEY et al., 2016).

Investigamos se as propriedades psicométricas do ACS Repsonse Index-BR se mantieram quando utilizado para avaliar o conhecimento, as atitudes e as crenças de pacientes brasileiros, adultos e com diagnóstico de DAC. Realizamos, portanto, a avaliação das validades de face e de conteúdo por meio de um comitê de especialistas, composto por cinco profissionais com doutorado e pós-doutorado na área, conforme recomendação da literatura (CLACK-CARTER, 1999; FAYERS; MACHIN, 2016; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; TERWEE et al., 2018).

Os profissionais que compuseram o comitê discutiram exaustivamente o conteúdo em relação a clareza, percepção e relevância de cada item para obtenção de um consenso. No estudo de validação original, o comitê de especialistas foi composto por cinco enfermeiros com doutorado que testaram a validade de conteúdo do instrumento, avaliando completude, redação e formato. Esse método de avaliação também foi utilizado em outros estudos de validação do ACS *Response Index*, sendo constatada adequada validade de conteúdo nas versões adaptadas (CAO et al., 2012; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; REZAEI et al., 2019). Também verificamos adequadas validades de face e de conteúdo do ACS Response Index-BR em nosso estudo.

A validade de constructo foi verificada por meio da análise entre grupos conhecidos. De acordo com Fayers e Machin (2016), o instrumento deve ser sensível para identificar possíveis associações quando aplicado em grupos sabidamente diferentes, dessa forma, optamos por testar as subescalas do ACS Response Index-BR segundo faixa etária, relato de orientação por profissional de saúde a respeito de sua doença cardíaca ou tratamento e nível escolaridade. Os resultados obtidos confirmaram nossas hipóteses sobre a existência de diferenças entre os grupos.

Em nosso estudo, os indivíduos com até 59 anos apresentaram níveis mais altos na subescala de conhecimento. Além disso, os indivíduos que receberam orientação por profissional de saúde e aqueles com 13 anos ou mais de estudo apresentaram maiores escores na subescala de crenças. Em relação à subescala de atitudes, nenhuma das hipóteses foi comprovada. A literatura demonstra que, quanto maior o nível de escolaridade, maiores são os escores observados nas três subescalas do ACS *Response Index* – conhecimento, atitudes e crenças (ALFASFOS et al., 2016; DRACUP et al., 2008; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; O'BRIEN et al., 2013). Seguindo o mesmo raciocínio, estudos apontam que os indivíduos com idade mais avançada foram associados a escores de conhecimento e atitudes mais baixos (ALBARQOUNI et al., 2016; MCKINLEY et al., 2009; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020).

No estudo de Riegel et al. (2007), a validade de constructo, denominada pelos autores de validade discriminante, foi testada por meio de comparação dos escores entre indivíduos que receberam alguma orientação prévia por cardiologistas ou em programas de reabilitação cardíaca, daqueles sem qualquer orientação. O teste evidenciou que o instrumento foi capaz de identificar as diferenças entre os grupos, pois os indivíduos com maiores escores faziam parte do grupo com acesso a orientação. Os estudos desenvolvidos por Dracup et al. (2008) e por Boyde et al. (2015) também mostraram diferenças significativas no escore de conhecimento dos sujeitos que participaram de reabilitação cardíaca em comparação aos que não participaram, ou seja, aqueles que tiveram acesso a orientação e informação por profissionais capacitados tiveram maior nível de conhecimento. Em nossa amostra, a maioria dos participantes informou ter recebido orientação de profissional da saúde referente a sua doença cardíaca ou tratamento em algum momento de sua vida, o que foi significativo na resposta para a subescala de crenças. Todavia, essa orientação não impactou no aumento do nível de conhecimento e nem em atitudes mais positivas, diferentemente do observado pelos autores da versão original (RIEGEL et al., 2007).



A validade de constructo convergente, em nosso estudo, foi testada por meio do coeficiente de correlação de Pearson, revelando uma correlação fraca e positiva apenas entre as subescalas de conhecimento e crenças. Similarmente, no estudo original do ACS *Response Index*, conduzido por Riegel et al. (2007), esse teste também foi realizado e demonstrou correlações significativas entre todas as subescalas. No estudo de Cao et al. (2012), a correlação foi moderada e positiva entre as subescalas de atitudes e crenças ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ), enquanto as correlações foram fracas e positivas entre as subescalas de conhecimento e atitudes ( $r = 0,22$ ,  $p < 0,01$ ) e conhecimento e crenças ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,01$ ). O estudo de Alfafos et al. (2016) apontou correlações moderadas e positivas entre a subescala de conhecimento com as subescalas de atitudes ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,01$ ) e de crenças ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ), assim como entre a subescala de atitudes com a subescala de crenças ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,01$ ).

Realizamos a verificação da validade estrutural por meio de AFC, testando a estrutura original do modelo proposto no estudo de Riegel et al. (2007), o qual é composto por dois componentes na subescala de atitudes (Reconhecimento dos sintomas/Procura por ajuda) e dois componentes na subescala de crenças (Expectativas/Ação). Os autores da versão original também realizaram ACP para a subescala de conhecimento, que resultou na exclusão de oito itens dos 29 da subescala de conhecimento prévia, sendo que os 21 itens finais foram distribuídos em quatro fatores (Sintomas estereotipados/Outros sintomas comuns/Sintomas incorretos/Sintomas consistentes com acidente vascular cerebral, mas não SCA) (RIEGEL et al., 2007). O ACS Response Index-BR demonstrou ajuste adequado em relação ao modelo original. Não foi possível comparar com outros estudos de validação, pois os autores optaram por realizar uma nova AFE ou ACP, ao invés de confirmar o modelo original proposto (CAO et al., 2012; REZAEI et al., 2019).

A confiabilidade do instrumento foi verificada por meio da consistência interna, no entanto, obtivemos valores satisfatórios apenas para a subescala de atitudes (alfa de Cronbach = 0,735). O alfa de Cronbach para a subescala de crenças foi de 0,577 e o KR-20 para a subescala de conhecimento foi 0,399, resultados muito diferentes dos obtidos pelos autores que verificaram a confiabilidade da versão em inglês (RIEGEL et al., 2007), mandarim (CAO et al., 2012) e árabe (ALFASFOS et al., 2016). Por outro lado, a subescala de crenças também apresentou alfa de Cronbach inadequado nas versões iraniana (REZAEI et al., 2019) e libanesa (NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020). Uma possível explicação para o resultado obtido, sobretudo com a subescala de crenças, é de que os itens não são

completamente aplicáveis à população brasileira e, dessa forma, gerou-se respostas inconsistentes pelos participantes.

De acordo com Polit e Beck (2011), a confiabilidade de um instrumento pode ser afetada por diversos fatores, sendo um deles a heterogeneidade da amostra, pois quanto mais homogênea for a amostra, ou seja, quanto mais similares forem as respostas dos sujeitos, menores serão os índices de confiabilidade alcançados. O objetivo dos instrumentos é encontrar as variações presentes naquilo que está sendo medido. Portanto, se os membros da amostra forem muito parecidos, o instrumento terá mais dificuldade em distinguir de forma confiável os diferentes graus do atributo.

Com relação ao escore da subescala de conhecimento, alguns autores optaram por converter o resultado em porcentagem para fins de análise. Nesse contexto, valores iguais ou superiores a 70% são comumente estabelecidos como o ponto de corte para determinar um alto nível de conhecimento (ALFASFOS et al., 2016; BOYDE et al., 2015; DRACUP et al., 2008; NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020; O'BRIEN et al., 2013).

Em nosso estudo, 26,2% da amostra apresentou uma pontuação com mais de 70% de acertos, ou seja, considerada como alto nível de conhecimento. Resultado parecido com o encontrado em nosso estudo pode ser observado apenas em estudo desenvolvido no Líbano, no qual 26% da amostra apresentou alto nível de conhecimento (NOUREDDINE; DUMIT; MAATOUK, 2020). Em estudo desenvolvido na Guiana a amostra também apresentou baixo nível de conhecimento, pois apenas 3,3% da amostra respondeu corretamente a mais de 70% dos itens da subescala de conhecimento (JOHNSON et al., 2021).

Outros estudos apresentaram taxas mais elevadas de alto nível de conhecimento (mais de 70% de acertos), como pode ser observado em estudo realizado na Jordânia, o qual revelou que cerca de 35% dos participantes atingiram um alto nível na subescala de conhecimento (ALFASFOS et al., 2016). Em estudo conduzido na Irlanda, 49,5% dos participantes alcançaram um alto nível de conhecimento (O'BRIEN et al., 2013), da mesma forma que observado em estudo multicêntrico realizado na Austrália, Estados Unidos e Nova Zelândia, que indicou que 54% dos participantes acertaram mais de 70% dos itens da subescala de conhecimento (DRACUP et al., 2008). Estudo conduzido, unicamente, na Austrália também demonstrou que 61% da amostra obteve um alto nível de conhecimento (BOYDE et al., 2015).

A disparidade observada no escore da subescala de conhecimento pode ser explicada pelas distintas condições socioeconômicas que caracterizam os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos. Isso ocorre porque as desigualdades sociais tendem a ser mais evidentes

em países subdesenvolvidos, o que, por sua vez, pode impactar no acesso ao cuidado e à educação em saúde

## 6. CONCLUSÃO

## 6. CONCLUSÕES

A versão do ACS *Response Index*, desenvolvida originalmente no idioma inglês, foi submetida a etapa de adaptação cultural e verificação das propriedades psicométricas em uma amostra de indivíduos adultos, brasileiros e portadores de DAC, seguindo as recomendações da literatura nacional e internacional.

Desse modo, de acordo com os objetivos propostos, os resultados obtidos fornecem evidência de que o ACS Response Index-BR:

- Preservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, conforme a versão original;
- Demonstrou confiabilidade, com valor satisfatório de consistência interna apenas na subescala de atitudes;
- Manteve as validades de face e de conteúdo, conforme avaliação pelo comitê de especialistas;
- Demonstrou validade de constructo entre grupos conhecidos na subescalas de conhecimentos e de crenças, sendo capaz de discriminar os grupos segundo a faixa etária, orientação por profissional de saúde e nível de escolaridade;
- Não demonstrou validade de constructo convergente entre as três subescalas;
- Demonstrou ajuste adequado ao modelo estrutural da versão original.

As propriedades psicométricas do ACS Response Index-BR foram testadas em uma amostra atendida em um hospital público e financiado pelo Sistema Único de Saúde. Apesar da amostra ser heterogênea nas demais características, houve o predomínio de sujeitos com pouca escolaridade e de baixa renda, provavelmente, em razão do local de coleta de dados. Dessa forma, devido a composição específica da amostra, acreditamos que estudos adicionais devam ser conduzidos com a versão adaptada do instrumento e em indivíduos com DAC, porém em diferentes configurações de serviços de saúde e com uma amostra que apresente características sociodemográficas distintas.

## 7. REFERÊNCIAS

## 7. REFERÊNCIAS

AJZEN, J.; FISHBEN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. 1<sup>st</sup>. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. 288 p.

ALBARQOUNI, L. et al. Patients' knowledge about symptoms and adequate behaviour during acute myocardial infarction and its impact on delay time: findings from the multicentre MEDEA Study. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 11, p. 1845-1851, 2016. DOI: doi: 10.1016/j.pec.2016.06.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27387122/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptacion cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 2, p. 109-111, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n2/8381.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ALFASFOS, N. et al. Knowledge, attitudes, beliefs and perceived risk of Acute Coronary Syndrome among Jordanian patients. **Health**, v. 8, p. 1830-1844, 2016. DOI: 10.4236/health.2016.815175. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=73135>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ALM-ROIJER, C. et al. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 3, n. 4, p. 321-330, 2004. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2004.05.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15572021/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BEATON, D. E. et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007, 45 p. Disponível em: [https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf). Acesso em: 15 jun. 2021.

BERGMAN, H. E. et al. Development of a comprehensive heart disease knowledge questionnaire. **Am J Health Educ**, v. 42, n. 2, p. 74-87, 2011. DOI: 10.1080/19325037.2011.10599175. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21720571/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BOYDE, M. et al. What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? **Aust Crit Care**, v. 28, n. 3, p. 134-139, 2015. DOI: 10.1016/j.aucc.2014.05.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24970011/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Publications, 2015. 462 p.

CALTRAN, M. P. et al. Satisfaction With Appearance Scale - SWAP: Adaptation and validation for Brazilian burn victims. **Burns**, v. 42, n. 6, p. 1331-1339, 2016. DOI: 10.1016/j.burns.2016.03.025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27143340/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CAO, X. et al. Translation and validation of the Chinese version of the Acute Coronary Syndrome Response Index (C-ACSRI). **Int J Nurs Stud**, v. 49, n. 10, p. 1277-1290, 2012. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575618/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CARVALHO, V. Sobre conhecimento geral e específico: destaque substantivos e adjetivos para uma epistemologia da Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 337-342, 2007. DOI: 10.1590/S1414-81452007000200024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-478148>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CLACK-CARTER, D. **Doing quantitative psychosocial research: from design to report**. 3<sup>rd</sup> ed. Hove: Psychological Press. 1999.

CUNHA, C. M. et al. Cultural adaptation and validation of the Brazilian Version of the Patient Activation Measure-22 items. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1891-1898, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0470. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DCfcvxXRwJXFHmPy66rkRpG/?lang=en>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CUNHA, C. M. et al. Validation of the Brazilian Version of the Patient Activation Measure 13. **J Nurs Meas**, v. 27, n. 1, p. 97-113, 2019. DOI: 10.1891/1061-3749.27.1.97. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31068494/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CUMMINGS, S. R.; STUART, A.; RULLEY, S.B. **Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados**. In: HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: artmed, 2003. p. 265-281.

DEMISSE, L. et al. Knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome among patients diagnosed with acute coronary syndrome, Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 22, n. 444, p. 1-9, 2022. DOI: 10.1186/s12872-022-02893-2. Disponível em: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-022-02893-2>. Acesso em: 29 jun. 2023.

DISABKIDS. Translations and validation procedure. Guidelines and documentation form. **The DISABKIDS Group Europe**, 2004.



DRACUP, K. et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? **Arch Intern Med**, v. 168, n. 10, p. 1049-54, 2008. DOI: 10.1001/archinte.168.10.1049. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18504332/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

EVERITT, B. S. Multivariate analysis: the need for data, and other problems. **Br J Psychiatry**, v. 126, p. 237-240, 1975. DOI: 10.1192/bjp.126.3.237. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1125504/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life**: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: John Wiley & Sons, 2016. 626 p.

FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10, n. 1, p. 95-105, 2010. DOI: 10.1590/S1519-38292010000100010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/XyQJ9q8bkxGjMGfLsH68xWw/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **Eur Respir J**, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996. DOI: 10.1183/09031936.96.09061160. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8804932/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FOX, K. A. Management of acute coronary syndromes: an update. **Heart**, v. 90, p. 698-706, 2004. DOI: 10.1136/hrt.2003.020321. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15145891/>. Acesso em: 22 jan. 2020.

FREITAS, N. O. et al. Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 25-33, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78586>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FREITAS, N. O. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Social Comfort Questionnaire for Brazilian adult survivors of burns. **Qual Life Res**, v. 26, n. 1, p. 205-211, 2017. DOI: 10.1007/s11136-016-1327-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27256291/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FRICK, U. A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. II: Insights for patient education and quality improvement. **Patient Educ Couns**, v. 86, n. 3, p. 366-371, 2012. DOI: 10.1016/j.pec.2011.06.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839911100317X>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FRICK, U.; WIEDERMANN, W.; GUTZWILLER, F. S. A questionnaire on treatment satisfaction and disease specific knowledge among patients with acute coronary syndrome. I: Are treatment satisfaction and disease specific knowledge continuous latent traits? **Patient Educ Couns**, v. 86, n. 3, p. 360-365, 2012. DOI: 10.1016/j.pec.2011.06.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21719237/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GALLAGHER, B. et al. A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients. **Aust Crit Care**, v. 26, n. 2, p. 49-54, 2013. DOI: 10.1016/j.aucc.2012.01.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22366084/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GARRIDO, D. et al. Recognizing a heart attack: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and its relation to prehospital decision delay in acute coronary syndrome. **Front Psychol**, v. 11, n. 2056, p. 1-11, 2020. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.02056. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02056/full>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GHISI, G. L. M. et al. Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 6, p. 763-771, 2010a. DOI: 10.1590/s0066-782x2010005000045. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20464275/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GHISI, G. L. M. et al. Development and psychometric validation of the second version of the coronary artery disease education questionnaire (CADE-Q II). **Patient Educ Couns**, v. 8, n. 3, p. 378-383, 2015. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25481574/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GHISI, G. L. M. et al. Validation into portuguese of the Maugerl CaRdiac preventiOn-Questionnaire (MICRO-Q). **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 3, p. 394-400, 2010b. DOI: 10.1590/S0066-782X2010000300018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/pp3rhzdKJBHj86588hwrHwh/?lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GHISI, G. L. M. et al. Validation of the Brazilian-Portuguese version of a short questionnaire to assess knowledge in cardiovascular disease patients (CADE-Q SV). **Arq Bras Cardiol**, v. 111, n. 6, p. 841-849, 2018. DOI: 10.5935/abc.20180169. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/jJF5tw4HXwTRn5569Gp8QpG/?lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GHISI, G. L. M.; SANDISON, N.; OH, P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 3, p. 443-447, 2016. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610390/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995. DOI: 10.3109/03009749509099285. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7747144/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90142-n. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8263569/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. São Paulo: Bookman Companhia Editora, 2009. 593 p.

JOHNSON, C. A. H. et al. Conhecimento, atitudes e crenças sobre a síndrome coronariana aguda de pacientes com diabetes tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 29, n. e3503, p. 1-11, 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.5435.3503. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VfVZyf3rftpTSTr pzWwMtxL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2023.

KALMAN, M. B. et al. Education to increase women's knowledge of female myocardial infarction symptoms. **J N Y State Nurses Assoc**, v. 43, n. 2, p. 11-16, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25109039/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KALMAN, M. B.; WELLS, M.; FAHS, P. S. Educating rural women about gender specific heart attack and prodromal symptoms. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 18, n. 2, p. 113-133, 2018. DOI: 10.14574/ojrnhc.v18i2.519. Disponível em: <https://rnojourn al.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/519>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20307697/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

KLIN, R.B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 4<sup>th</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2016. 534 p.

LEVENTHAL, H.; CAMERON, L. Behavioral theories and the problem of compliance. **Patient Educ Couns**, v. 10, p. 117-138, 1987. DOI: 10.1016/0738-3991(87)90093-0. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0738399187900930>. Acesso em: 18 jan. 2020.

LEVENTHAL, H.; DIEFENBACH, M.; LEVENTHAL, E. A. Illness Cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. **Cognitive Therapy and Research**, v. 16, n. 2, p. 143-163, 1992. DOI:10.1007/BF01173486. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01173486>. Acesso em: 18 jan. 2020.

LI, P. W. C. et al. Effects of a narrative-based psychoeducational intervention to prepare patients for responding to acute myocardial infarction: a randomized clinical trial. **JAMA Netw Open**, v. 5, n. 10: e2239208, p. 1-12, 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.39208. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36306128/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

LIBBY, P. Mechanisms of Acute Coronary Syndromes and their implications for therapy. **N Engl J Med**, v. 368, n. 21, p. 2004-2013, 2013. DOI: 10.1056/NEJMra1216063. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23697515/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

LUEPKER, R. V. et. al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease: the rapid early action for coronary treatment (REACT) trial. **JAMA**, v. 284, n.1, p. 60-67, 2000. DOI: 10.1001/jama.284.1.60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10872014/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MAELAND, J. G.; HAVIK, O. E. Measuring cardiac health knowledge. **Scand J Caring Sci**, v. 1, n. 1, p. 23-31, 1987. DOI: 10.1111/j.1471-6712.1987.tb00296.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3649869/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MCKINLEY, S. et al. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. **Int J Nurs Stud**, v. 46, n. 8, p. 1037-1046, 2009. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748228/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MIRZAEI, S. et al. The association between symptom onset characteristics and prehospital delay in women and men with acute coronary syndrome. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 19, n. 2, p. 142-154, 2020. DOI: 10.1177/1474515119871734. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31510786/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Qual Life Res**, v. 19, n. 4, p. 539-549, 2010a. DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20169472/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **J Clin Epidemiol**, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010b. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.02.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20494804/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

MOONEY, M. et al. Ambulance use in acute coronary syndrome in Ireland: a cross-sectional study. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 15, n. 5, p. 345-354, 2016. doi: 10.1177/1474515115579134. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25805100/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MYERS, N. D.; AHN, S.; JIN, Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: A Monte Carlo approach. **Res Q Exerc Sport**, v. 82, p. 412-423, 2011. DOI: 10.1080/02701367.2011.10599773. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21957699/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

NEPOMUCENO, E. et al. Comparação de instrumentos para avaliar fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2547-2554, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0083. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PGFmh67YjjDkwbPJMHLv3Yj/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2020.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. **Arq Bras Cardiol**, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2023.

NOUREDDINE, S.; DUMIT N.Y.; MAATOUK H. Patients' knowledge and attitudes about myocardial infarction. **Nurs Health Sci**, v. 22, n. 1, p. 49-56, 2020. DOI: 10.1111/nhs.12642. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31411818/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Mc-Graw-Hill, 1994. 736p.

O'BRIEN, F. et al. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: a randomized controlled trial. **Patient Educ Couns**, v. 96, n. 2, p. 179-187, 2014. DOI: 10.1016/j.pec.2014.05.022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24973196/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

O'BRIEN, F. et al. Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 12, n. 2, p. 201-208, 2013. DOI: 10.1177/1474515112446544. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22653089/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arq Bras Cardiol**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. DOI: 10.36660/abc.20211012. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18640>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999. 306 p.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl.1, p.1-121, 2015. DOI: 10.5935/abc.20150107. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VPF5J5cmYSyFFfM8Xfd7dkf/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PILATI, R.; LAROS, J. A. Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 2, p. 205-216, 2007. DOI:10.1590/S0102-37722007000200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/7dtRLCKQVY5fhtpCFBYPXHB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PRINSEN, C. A. C. et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. **Qual Life Res**, v. 27, n. 5, p. 1147-1157, 2018. doi: 10.1007/s11136-018-1798-3. Epub 2018 Feb 12. DOI: 10.1007/s11136-018-1798-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29435801/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

REZAEI, H. et al. Psychometric properties of the Persian version of the instrument for assessing cardiac patients' knowledge, attitude, and beliefs regarding heart attack. **Int Cardiovasc Res J**, v. 13, n. 2, p. 62-68, 2019. Disponível em: <https://brieflands.com/articles/ircrj-84462>. Acesso em: 20 jan. 2020.

RIEGEL, B. et al. Psychometric evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index. **Res Nurs Health**, v. 30, n. 6, p. 584-594, 2007. DOI: 10.1002/nur.20213. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18022812/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

RIBEIRO, A. M. P. et al. Validação psicométrica da versão brasileira da Exercise Benefits/Barriers Scale em adultos e idosos com doenças cardiovasculares. **Advances in Nursing and Health**, v. 5, p. 33-44, 2023. DOI:10.5433/anh.2023v5.id46392. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/view/46392>. Acesso em: 30 out. 2023.

RODRIGUES, J. A. et al. Independent predictors of late presentation in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 111, n. 4, p. 587-593, 2018. DOI: 10.5935/abc.20180178. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30281695/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

ROSSEEL, Y. **The lavaan tutorial**. Department of data analysis: Ghent University (Belgium), 2021. 42 p.

SAFFI, M. A. et al. Validity and reliability of a questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors for use in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1083-1089, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000500011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24346447/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

SANTOS, R. Z. et al. Validation of the Brazilian version of CADE-Q II to assess knowledge of coronary artery disease patients. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 1, p. 78-84, 2019. DOI: 10.5935/abc.20180244. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/7Fjq9hnSfJbT5vZWDWZ6Bfv/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **J Nurs Meas**, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002. DOI: 10.1891/jnum.10.2.135.52552. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12619534/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 84, p. 29-34, 2003. DOI: 10.1053/apmr.2003.50244. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12692769/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SMITH, S. C. Jr. et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. **Circulation**, v. 124, n. 22, p. 2458-2473, 2011. DOI: 10.1161/CIR.0b013e318235eb4d. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052934/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

SMITH, M. M.; HICKS, V. L.; HEYWARD, V. H. Coronary heart disease knowledge test: developing a valid and reliable tool. **Nurse Pract**, v. 6, n. 4, p. 28, 31, 35-38, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2062470/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOMMARUGA, M. et al. A self-administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. **Monaldi Arch Chest Dis**, v. 60, n. 1, p. 7-15, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12827828/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

STEINKE, E. E.; SWAN, J. H. Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. **Res Nurs Health**, v. 27, n. 4, p. 269-280, 2004. DOI: 10.1002/nur.20022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15264265/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TERWEE, C. B. et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient reported outcome measures: a Delphi study. **Qual Life Res**, v. 27, p. 1159–1170, 2018. DOI: 10.1007/s11136-018-1829-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29550964/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17161752/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

THANAVARO, J. L.; THANAVARO, S.; DELICATH, T. Coronary heart disease knowledge tool for women. **J Am Assoc Nurse Pract**, v. 22, n. 2, p. 62-69, 2010. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2009.00476.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20132364/>. Acesso em: 18 jan. 2020.

TONGPETH, J.; DU, H. Y.; CLARK, R. A. Development and feasibility testing of an avatar-based education application for patients with acute coronary syndrome. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 19-20, p. 3561-3571, 2018. DOI: 10.1111/jocn.14528. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29777554/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing and health research**. 5<sup>th</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, 2017. 632 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**, Geneva, 2021. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 29 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**, 2018. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/countries/bra\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf). Acesso em: 29 jun. 2023.

APÊNDICES



### APÊNDICE A – Avaliação da Orientação

Por favor, responda as questões a seguir.

Todas as respostas devem ser dadas sem referência ao calendário, jornal, qualquer documento de identidade pessoal ou outros auxílios para a memória.

	<b>Questão</b>
<input type="checkbox"/>	a) Qual é o seu nome completo? _____
<input type="checkbox"/>	b) Qual é a sua data de nascimento? _____
<input type="checkbox"/>	c) Qual é a sua idade? _____
<input type="checkbox"/>	d) Qual é a data de hoje? _____
<input type="checkbox"/>	e) Em que dia da semana nós estamos? _____
<input type="checkbox"/>	f) Qual o nome da cidade onde você nasceu? _____

\_\_\_\_\_ **Número total de erros**

Escore		
0-1 erros	Incluído	
2-6 erros	Excluído	

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS INDIVÍDUOS DA PESQUISA (Entrevista Presencial)**

- 1. Nome da pesquisa:** “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para pacientes brasileiros”.
- 2. Pesquisador responsável:** Enfermeira Mestranda Daiane Vieira Medeiros Costa COREn 531.474 e Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi COREn 18373.
- 3. Promotor da pesquisa:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP – USP).

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário de uma pesquisa que tem por objetivo adaptar e validar um instrumento que avalia o conhecimento, as atitudes e as crenças a respeito de sinais e sintomas de infarto, em pessoas com doença arterial coronariana (quando as artérias coronárias estão obstruídas).

Caso concorde em participar, você responderá, por meio de uma entrevista, a algumas perguntas sobre sua condição de saúde, sobre sua vida (data de nascimento, escolaridade e estado civil, por exemplo) e sobre o que você sabe a respeito da doença arterial coronariana. Estamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas, a qualquer momento. Este estudo permitirá testar se o instrumento é válido para aplicação em pacientes brasileiros, com doença arterial coronariana. Caso seja válido, poderá futuramente contribuir para medir se programas educativos são efetivos para essas pessoas e assim, ajudar pessoas em situação semelhante a sua.

Se você concordar em participar, peço sua permissão para consultar seu prontuário eletrônico, a fim de buscar informações adicionais à pesquisa. A entrevista demora cerca de 30 minutos para ser realizada e as perguntas são referentes ao seu conhecimento sobre os sintomas de um infarto, sobre as atitudes que tomaria nessa situação e sobre suas crenças em relação ao infarto. Algumas perguntas poderão lhe causar incômodo ou constrangimento, mas você tem a liberdade de não as responder, deixando-as em branco. A recusa em participar não trará mudanças em seu tratamento. Garantimos que você não será identificado(a) e que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em seu tratamento.

A participação no estudo não acarretará custos a você e você também não receberá qualquer compensação financeira. Na ocorrência de algum dano a você decorrente da sua participação nessa pesquisa, terá direito à indenização pela pesquisadora e pelas instituições envolvidas. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados e publicados, quaisquer que sejam. Caso aceite participar, esse termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias iguais, sendo uma entregue a você e outra arquivada por nós.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, que tem como função proteger eticamente os participantes de pesquisas. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável Daiane Vieira Medeiros Costa ou a Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi, no telefone ou endereço constante no final desse termo.

Eu, \_\_\_\_\_ li e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa.

---

Assinatura do paciente

---

Lidia Aparecida Rossi

---

Daiane Vieira Medeiros Costa

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 – Ribeirão Preto – SP

Telefone: (16) 3315-3402 e (16) 3315-3398 (recados)

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP – Horário de atendimento: de segunda à sexta  
das 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 16h00

Telefone: (16) 3315-9197

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS  
INDIVÍDUOS DA PESQUISA (Contato telefônico)**

**1. Nome da pesquisa:** “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para pacientes brasileiros”.

**2. Pesquisador responsável:** Enfermeira Mestranda Daiane Vieira Medeiros Costa COREn 531.474 e Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi COREn 18373.

**3. Promotor da pesquisa:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP – USP).

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário de uma pesquisa que tem por objetivo adaptar e validar um instrumento que avalia o conhecimento, as atitudes e as crenças a respeito de sinais e sintomas de infarto, em pessoas com doença arterial coronariana (quando as artérias coronárias estão obstruídas).

Caso concorde em participar, você responderá a algumas perguntas sobre sua condição de saúde, sobre sua vida (data de nascimento, escolaridade e estado civil, por exemplo) e sobre o que você sabe a respeito da doença arterial coronariana. Estamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas, a qualquer momento. Este estudo permitirá testar se o instrumento é válido para aplicação em pacientes brasileiros, com doença arterial coronariana. Caso seja válido, poderá futuramente contribuir para medir se programas educativos são efetivos para essas pessoas e assim, ajudar pessoas em situação semelhante a sua.

Se você concordar em participar, peço sua permissão para consultar seu prontuário eletrônico, a fim de buscar informações adicionais à pesquisa. A entrevista demora cerca de 30 minutos para ser realizada e as perguntas são referentes ao seu conhecimento sobre os sintomas de um infarto, sobre as atitudes que tomaria nessa situação e sobre suas crenças em relação ao infarto. Algumas perguntas poderão lhe causar incômodo ou constrangimento, mas você tem a liberdade de não as responder, deixando-as em branco. A recusa em participar não trará mudanças em seu tratamento. Garantimos que você não será identificado(a) e que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em seu tratamento.

A participação no estudo não acarretará custos a você e você também não receberá qualquer compensação financeira. Na ocorrência de algum dano a você decorrente da sua participação nessa pesquisa, terá direito à indenização pela pesquisadora e pelas instituições

envolvidas. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados e publicados, quaisquer que sejam. Caso aceite participar, peço que confirme de forma positiva para que eu possa registrar sua resposta. Além disso, peço que me informe seu endereço de e-mail ou endereço de sua residência para que eu possa lhe encaminhar uma via do termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim, sem nenhum custo para você.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, que tem como função proteger eticamente os participantes de pesquisas. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável Daiane Vieira Medeiros Costa ou a Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi, no telefone ou endereço constante no final desse termo.

---

Assinatura do paciente

---

Lidia Aparecida Rossi

---

Daiane Vieira Medeiros Costa

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 – Ribeirão Preto – SP

Telefone: (16) 3315-3402 e (16) 3315-3398 (recados)

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP – Horário de atendimento: de segunda à sexta  
das 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 16h00

Telefone: (16) 3315-9197

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
COMITÊ DE ESPECIALISTAS**

**1. Nome da pesquisa:** “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para pacientes brasileiros”.

**2. Pesquisador responsável:** Enfermeira Mestranda Daiane Vieira Medeiros Costa COREn 531.474 e Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi COREn 18373.

**3. Promotor da pesquisa:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP – USP).

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural e validação do instrumento *Acute Coronary Syndrome Response Index* para pacientes brasileiros”, que tem como objetivo adaptar e validar o *Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index* para ser aplicado em pacientes brasileiros, portadores de doença arterial coronariana.

Este estudo poderá disponibilizar um instrumento válido para avaliar conhecimentos, atitudes e crenças dos indivíduos portadores de doença arterial coronariana sobre essa doença e, assim, mensurar a eficácia de programas educativos para prevenção secundária nesse público. A princípio, participar desta pesquisa não oferece qualquer risco; entretanto, algumas perguntas do instrumento poderão lhe lembrar alguma situação e causar constrangimento, se isso acontecer e você preferir não participar, você tem a liberdade de não respondê-las, deixando-as em branco.

Caso aceite participar, você deverá responder ao questionário de identificação e o guia norteador/instrumento de coleta de dados, seguindo as instruções anexas. Esse material será entregue em mãos ou via *internet*.

Nada será cobrado, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação neste estudo. Na ocorrência de algum dano a você decorrente de sua participação nessa pesquisa, terá direito à indenização pela pesquisadora e pelas instituições envolvidas. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. É importante ressaltar que sua participação é voluntária e que, portanto, você poderá recusar-se a participar, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Caso aceite participar, esse termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias iguais, sendo uma entregue a você e outra arquivada por nós. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, que tem como função proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Desde já agradecemos sua atenção e colaboração e nos colocamos à disposição para esclarecimentos.

Eu \_\_\_\_\_ li e concordo em participar como voluntário da pesquisa.

---

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Lídia Aparecida Rossi

---

Daiane Vieira Medeiros Costa

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 – Ribeirão Preto – SP

Telefone: (16) 3315-3402 e (16) 3315-3398 (recados)

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP – Horário de atendimento: de segunda à sexta das 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 16h00

Telefone: (16) 3315-9197

## APÊNDICE E – Versão Consensual em Português 1 (VCP1)

### Índice de Resposta à Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Este questionário pergunta sobre a sua saúde e as suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.

**Subescala de conhecimento.** Por favor, circule "0" se você acha que o sintoma não é um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que o sintoma é um sintoma de ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor abdominal inferior (baixo ventre) (codificação inversa)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço (codificação inversa)	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/pressão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	0	1
7. Tosse (codificação inversa)	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dor de cabeça (codificação inversa)	0	1
10. Azia, indigestão, problemas estomacais	0	1
11. Dor na mandíbula	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão (codificação inversa)	0	1
16. Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor	0	1
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada	0	1
18. Falta de ar/dificuldade para respirar	0	1
19. Fala enrolada (codificação inversa)	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga	0	1



**Subescala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule “1” para nem um pouco certo, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.

22. Você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

23. Você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

24. Você está certo de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas médicos?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

25. Você está certo de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

26. Você está certo de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

**Subescala de crenças.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.

27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível (codificação inversa).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

31. Por causa dos custos de cuidados médicos, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital (codificação inversa).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente (codificação inversa).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

## APÊNDICE F - Versão Consensual em Português 2 (VCP2)

### Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index

Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua compreensão sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.

**Subescala de conhecimento.** Por favor, circule "0" se você acha que o sintoma não é um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que é um sintoma de ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor abdominal inferior (dor na parte de baixo da barriga)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/pressão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação ou sensibilidade no local)	0	1
7. Tosse	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dor de cabeça	0	1
10. Azia/queimação, indigestão, problemas no estômago	0	1
11. Dor na mandíbula	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão	0	1
16. Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor	0	1
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada (coração acelerado)	0	1
18. Falta de ar/dificuldade para respirar	0	1
19. Fala enrolada	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga/cansaço	0	1

**Subescala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre atitude (decisão/ação). Por favor, circule “1” para nem um pouco certo, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.

22. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

23. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

24. Quanto certo você está de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

25. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

26. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

**Subescala de crenças.** A seguir estão algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.

27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

31. Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

**APÊNDICE G – Versão Consensual em Inglês Final (VCIF)**

**Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index**

This questionnaire asks about your health and your understanding of heart attack symptoms. The study researchers would be grateful if you answered all the questions in each section.

**Knowledge Subscale.** Please circle "0" if you think the symptom is not a heart attack symptom or "1" if you think it is a heart attack symptom.

	No	Yes
1. Lower abdominal pain (pain in the underside of the belly)	0	1
2. Arm pain or shoulder pain	0	1
3. Paralysis of the arm	0	1
4. Back pain	0	1
5. Chest pain/pressure/tightness	0	1
6. Chest discomfort (weight, burning or tenderness)	0	1
7. Cough	0	1
8. Dizziness, vertigo	0	1
9. Headache	0	1
10. Heartburn, indigestion, stomach problems	0	1
11. Jaw pain	0	1
12. Loss of consciousness/fainting	0	1
13. Nausea/vomiting	0	1
14. Neck pain	0	1
15. Numbness/tingling in the arm or hand	0	1
16. Paleness, purplish skin, loss/change of color	0	1
17. Palpitations/rapid heart rate (accelerated heart)	0	1
18. Shortness of breath/difficulty breathing	0	1
19. Slurred speech	0	1
20. Sweating	0	1
21. Weakness/fatigue/tiredness	0	1

**Attitude Subscale.** The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle "1" for not at all sure, "2" for a little sure, "3" for pretty sure, and "4" for very sure.

22. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in someone else?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) not at all sure | (3) pretty sure |
| (2) little sure     | (4) very sure   |

23. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in yourself?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) not at all sure | (3) pretty sure |
| (2) little sure     | (4) very sure   |

24. How sure are you that you could differentiate the signs and symptoms of a heart attack from other health problems?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) not at all sure | (3) pretty sure |
| (2) little sure     | (4) very sure   |

25. How sure are you that you could get help for someone if you thought that person was having a heart attack?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) not at all sure | (3) pretty sure |
| (2) little sure     | (4) very sure   |

26. How sure are you that you could get help for yourself if you thought you were having a heart attack?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) not at all sure | (3) pretty sure |
| (2) little sure     | (4) very sure   |

**Belief Subscale.** The following are some statements of opinions. Please circle “1” for strongly agree, “2” for agree, “3” for disagree and “4” for strongly disagree.

27. If I feel chest pain that doesn't stop after 15 minutes, I should go to the hospital as soon as possible.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

28. I would be embarrassed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but wasn't.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

29. If I thought I was having a heart attack, I would wait until I was very sure before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

30. If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than have an ambulance come to my house.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

31. Because of difficulties in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

32. If I have chest pain and I am not entirely sure if it is a heart attack, I should go to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

33. If I thought I was having a heart attack, I would go to the hospital right away.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |



**APÊNDICE H – Instrumento de análise semântica do *Acute Coronary Syndrome* (ACS)  
*Response Index***

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Tempo de Diagnóstico DAC: \_\_\_\_\_

**Parte A – Avaliação geral**

1. O que você achou do nosso questionário de um modo geral?

( ) bom ( ) regular ( ) ruim

2. O que você achou das questões?

( ) fáceis ( ) regulares ( ) difíceis

3. Você teve alguma dificuldade para entender os tipos de respostas?

( ) sem dificuldade ( ) alguma dificuldade ( ) muita dificuldade

4. As questões são importantes para sua saúde/doença?

( ) muito importantes ( ) um pouco importantes ( ) nada importantes

5. Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário? ( ) não ( ) sim

---

---

---

6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário? ( ) não ( ) sim

---

---

---

7. Teve alguma questão que você não queria responder? Se sim, por quê? ( ) não ( ) sim

---

---

---

**Parte B – Avaliação específica**

Itens do instrumento <i>ACS Response Index</i>	Essa questão é importante para sua situação?			Você teve dificuldade para compreender essa questão?		Como você faria essa pergunta com as suas palavras?
	Sim	Às vezes	Não	Sim	Não	Reformulação
1. Dor abdominal inferior (dor na parte de baixo da barriga)						
2. Dor no braço ou dor no ombro						
3. Paralisia do braço						
4. Dor nas costas						
5. Dor/pressão/aperto no peito						
6. Desconforto no peito (peso, queimação ou sensibilidade no local)						
7. Tosse						
8. Tontura, vertigem						
9. Dor de cabeça						
10. Azia/queimação, indigestão, problemas no estômago						
11. Dor na mandíbula						
12. Perda de consciência/desmaio						
13. Náusea/vômito						
14. Dor no pescoço						
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão						
16. Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor						
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada (coração acelerado)						
18. Falta de ar/dificuldade para respirar						
19. Fala enrolada						
20. Suor						
21. Fraqueza/fadiga/cansaço						
22. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?						
23. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?						

24. Quanto certo você está de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?								
25. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?								
26. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?								
27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível.								
28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.								
29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.								
30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.								
31. Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.								
32. Se eu estiver com dor no								

peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital.						
33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente.						

**APÊNDICE I – Versão Consensual em Português 3 (VCP3)**  
**Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index**

Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua compreensão sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.

**Subescala de conhecimento.** Por favor, circule "0" se você acha que o sintoma não é um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que é um sintoma de ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor abdominal inferior (dor na parte de baixo da barriga)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/pressão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação ou sensibilidade no local)	0	1
7. Tosse	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dor de cabeça	0	1
10. Azia/queimação, indigestão, problemas no estômago	0	1
11. Dor na mandíbula	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão	0	1
16. Palidez, pele arroxeada, perda/mudança de cor	0	1
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada (coração acelerado)	0	1
18. Falta de ar/dificuldade para respirar	0	1
19. Fala enrolada	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga/cansaço	0	1

**Subescala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre atitude (decisão/ação). Por favor, circule “1” para nem um pouco certo, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.

22. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

23. Quanto certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

24. Quanto certo você está de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

25. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

26. Quanto certo você está de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

**Subescala de crenças.** A seguir estão algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.

27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

31. Por causa das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas/financeiras, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

Fonte: Versão Consensual em Português 3 do ACS *Response Index*, adaptada de Riegel et al. (2007).

**APÊNDICE J – Versão Consensual em Português 4 (VCP4)**

**Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index-BR**

Este questionário pergunta sobre a sua saúde e a sua compreensão sobre os sintomas de um ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse as próximas perguntas.

**Subescala de conhecimento.** Por favor, responda **NÃO** (zero) se você acha que não é um sintoma de ataque cardíaco ou **SIM** (um) se você acha que é um sintoma de ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor abdominal inferior (dor na parte de baixo da barriga)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/pressão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação ou sensibilidade no local)	0	1
7. Tosse	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dor de cabeça	0	1
10. Azia/queimação, indigestão, problemas no estômago	0	1
11. Dor na mandíbula (queixo)	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão	0	1
16. Palidez, pele arroxeadada, perda/mudança de cor	0	1
17. Palpitações/frequência cardíaca acelerada (coração acelerado)	0	1
18. Falta de ar/dificuldade para respirar	0	1
19. Fala enrolada	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga/cansaço	0	1



**Subescala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre atitudes ou decisões frente a um ataque cardíaco. Por favor, responda “1” para nem um pouco certo, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.

22. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

23. O quanto você está certo de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

24. O quanto você está certo de que poderia diferenciar os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas de saúde?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

25. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

26. O quanto você está certo de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco certo | (3) muito certo      |
| (2) um pouco certo     | (4) totalmente certo |

**Subescala de crenças.** A seguir estão algumas opiniões que as pessoas têm sobre um ataque cardíaco. Por favor, diga se concorda ou não com cada uma delas respondendo “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.

27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu esperaria até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

31. Por causa das despesas com o tratamento de saúde, eu gostaria de ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

32. Se eu estiver com dor no peito e não estiver totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

## APÊNDICE K – Questionário de caracterização sociodemográfica e da história clínica

### 1. Questionário de caracterização sociodemográfica

ID: \_\_\_\_\_

- 1.a) Registro HCFMRP: \_\_\_\_\_  
 1.b) Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 1.c) Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 1.d) Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 1.e) Sexo: ( ) 0 masculino ( ) 1 feminino  
 1.f) Grau de escolaridade (em anos): \_\_\_\_\_  
 1.g) Etnia: ( ) 0 asiática ( ) 1 branca ( ) 2 indígena ( ) 3 negra ( ) 4 parda/mestiça ( )  
 outra  
 1.h) Estado civil: ( ) 0 casado ( ) 1 solteiro ( ) 2 viúvo ( ) 3 separado ( ) 4 união consensual  
 1.i) Situação de trabalho atual: ( ) 0 inativo ( ) 1 ativo  
 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 1.j) Renda mensal familiar (que moram na mesma casa) \_\_\_\_\_ (em reais)  
 Quantas pessoas dependem da renda familiar? \_\_\_\_\_

### 2. Questionário de caracterização clínica

- 2.a) Local do atendimento no momento da coleta:  
 ( ) 0 unidade de internação ( ) 1 ambulatório

OS PRÓXIMOS ITENS DEVEM SER PERGUNTADOS AO PACIENTE:

- 2.b) Para pacientes internados: O(a) senhor(a) fazia tratamento para algum problema no coração antes da internação atual?  
 ( ) 1 sim ( ) 0 não

- 2.c) Para pacientes ambulatoriais: O(a) senhor(a) fazia tratamento para algum problema no coração antes do seu seguimento neste ambulatório?  
 ( ) 1 sim ( ) 0 não

Se sim, quais os problemas que o(a) senhor(a) tratava:

- |                                 |           |           |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Batedeira/palpitações:          | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
| Coração dilatado:               | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
| Dor no peito:                   | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
| Pressão alta:                   | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
| Problema na válvula do coração: | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
| Outros:                         | ( ) 1 sim | ( ) 0 não |
- Especificar: \_\_\_\_\_

- 2.d) O(a) senhor(a) já recebeu alguma orientação de profissional de saúde a respeito da sua doença do coração ou sobre o seu tratamento?  
 ( ) 1 sim ( ) 0 não

- 2.e) O(a) senhor(a) faz alguma atividade física por pelo menos 30 minutos por dia e três ou mais vezes na semana?  
 ( ) 1 sim ( ) 0 não  
 Se sim. Qual: \_\_\_\_\_

2.f) Qual é o seu peso atual (em quilos)? \_\_\_\_\_

2.g) Qual é a sua altura (em centímetros)? \_\_\_\_\_

2.h) O(a) senhor(a) fuma atualmente? ( ) 1 sim ( ) 0 não

Se sim: Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

2.i) O(a) senhor(a) já fumou alguma vez? ( ) 1 sim ( ) 0 não

Se sim: Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

OS PRÓXIMOS ITENS DEVEM SER COLETADOS A PARTIR DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE:

2.j) Para pacientes internados: Qual o motivo da atual internação?

( ) 0 primeira manifestação de SCA

( ) 1 internação devido a outros episódios de SCA

( ) 2 tratamento clínico e/ou cirúrgico da DAC (ICP e CRVM)

( ) 3 Outro: \_\_\_\_\_

2.k) Para pacientes ambulatoriais: Qual?

( ) 0 Cardio isquemia

( ) 1 Cardio Geral

( ) 2 Hemodinâmica

( ) 3 Outro: \_\_\_\_\_

2.l) Diagnóstico atual para DAC em tratamento (pode assinalar mais de uma opção):

( ) 0 DAC uniarterial

( ) 6 Angina Instável

( ) 1 DAC biarterial

( ) 7 IAMSSST

( ) 3 DAC triarterial

( ) 8 IAMCSST

( ) 4 DAC multiarterial

( ) 9 Outro: \_\_\_\_\_

( ) 5 Angina Estável

2.m) Tempo de seguimento da DAC no HCFMRP/USP: \_\_\_\_\_

2.n) Realização prévia de revascularização do miocárdio:

( ) 1 sim Especificar: ( ) 1.1 medicamentosa Ano: \_\_\_\_\_

( ) 0 não ( ) 1.2 cirúrgica (CRVM) Ano: \_\_\_\_\_

( ) 1.3 ICP (stent) Ano: \_\_\_\_\_

2.o) Número de medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

2.p) Fatores de risco e condições associadas:

Acidente vascular cerebral ( ) 1 sim ( ) 0 não

Diabetes mellitos: ( ) 1 sim ( ) 0 não

Dislipidemia: ( ) 1 sim ( ) 0 não

Hipertensão arterial: ( ) 1 sim ( ) 0 não

Outros: ( ) 1 sim ( ) 0 não

Especificar: \_\_\_\_\_

*ANEXOS*

**ANEXO A – Versão original do ACS *Response Index***

**Acute Coronary Syndrome (ACS)  
Response Index**

This questionnaire asks about your health and your perceptions about heart attack symptoms. The study investigators would be grateful if you would answer all of the questions in each section.

**Knowledge Subscale.** Please circle “0” if you think the symptom *is not* a symptom of a heart attack or “1” if you think the symptom *is* a symptom of heart attack.

	No	Yes
1. Lower abdominal pain (reverse coded)	0	1
2. Arm pain or shoulder pain	0	1
3. Arm paralysis (reverse coded)	0	1
4. Back pain	0	1
5. Chest pain/pressure/tightness	0	1
6. Chest discomfort (heaviness, burning, tenderness)	0	1
7. Cough (reverse coded)	0	1
8. Dizziness, lightheadedness	0	1
9. Headache (reverse coded)	0	1
10. Heartburn/indigestion/stomach problem	0	1
11. Jaw pain	0	1
12. Loss of consciousness/fainting	0	1
13. Nausea/vomiting	0	1
14. Neck pain	0	1
15. Numbness/tingling in arm or hand (reverse coded)	0	1
16. Pale, ashen, loss/change of color	0	1
17. Palpitations/rapid heart rate	0	1
18. Shortness of breath/difficulty breathing	0	1
19. Slurred speech (reverse coded)	0	1
20. Sweating	0	1
21. Weakness/fatigue	0	1

*Attitudes Subscale.* Next are some questions about some statements of attitude. Please circle “1” for not at all, “2” for a little sure, “3” for pretty sure, and “4” for very sure.

22. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in someone else?

1            2            3            4  
not at all    little sure    pretty sure    very sure

23. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in yourself?

1            2            3            4  
not at all    little sure    pretty sure    very sure

24. How sure are you that you could tell the difference between the signs or symptoms of a heart attack and other medical problems?

1            2            3            4  
not at all    little sure    pretty sure    very sure

25. How sure are you that you could get help for someone if you thought they were having a heart attack?

1            2            3            4  
not at all    little sure    pretty sure    very sure

26. How sure are you that you could get help for yourself if you thought you were having a heart attack?

1            2            3            4  
not at all    little sure    pretty sure    very sure

*Beliefs Subscale.* Next are some questions about some statements of opinions. Please circle “1” for strongly agree, “2” for agree, “3” for disagree, and “4” for strongly disagree.

27. If I have chest pain that doesn’t stop after 15 minutes, I should get to the hospital as soon as possible (reverse coded)

1            2            3            4  
strongly agree    agree    disagree    strongly disagree

28. I would be embarrassed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but I wasn’t.

1            2            3            4  
strongly agree    agree    disagree    strongly disagree

29. If I thought I was having a heart attack, I would wait until I was very sure before going to the hospital.

1            2            3            4  
strongly agree    agree    disagree    strongly disagree

30. If I thought I was having a heart attack, I would rather have someone drive me to the hospital than have an ambulance come to my home.

1                      2                      3                      4  
strongly agree   agree   disagree   strongly disagree

31. Because of the cost of medical care, I would want to be absolutely sure I was having a heart attack before going to the hospital.

1                      2                      3                      4  
strongly agree   agree   disagree   strongly disagree

32. If I'm having chest pain and I'm not very sure if it's a heart attack, I should go to the hospital (reverse coded).

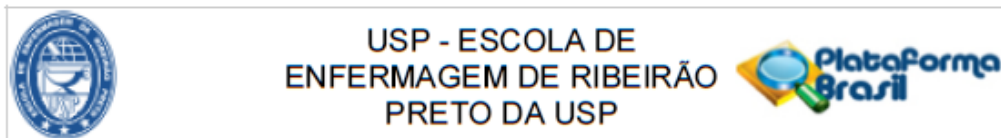
1                      2                      3                      4  
strongly agree   agree   disagree   strongly disagree

33. If I thought I was having a heart attack, I would go to the hospital right away (reverse coded).

1                      2                      3                      4  
strongly agree   agree   disagree   strongly agree



## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Adaptação transcultural e validação do instrumento Acute Coronary Syndrome Response Index para pacientes brasileiros

**Pesquisador:** DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 30391820.9.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.307.783

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de proposta de emenda a projeto de pesquisa já apreciado e aprovado por este CEP, Parecer Consubstanciado número 4.022.139, de 12 de maio de 2020. De acordo com a pesquisadora, no documento "Oficio\_emenda\_30082020.pdf":

"As modificações realizadas no projeto são relacionadas à forma de coleta de dados. Devido as condições sanitárias vivenciadas e o possível retorno das atividades presenciais somente em Janeiro de 2021, planejamos iniciar a coleta de dados de forma remota, via contato telefônico. Dessa forma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será explicado detalhadamente durante a ligação telefônica e a obtenção do consentimento será audiogravada. Após a entrevista por telefone, uma via assinada pelas pesquisadoras será encaminhada ao participante via de e-mail ou correio."

#### Objetivo da Pesquisa:

Já descrito anteriormente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.307.783

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

1. No documento "TCLE\_V3\_Telefone\_30082020.pdf", lê-se: "Eu, ... li e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa." Tendo em vista que o processo e o registro do consentimento livre e esclarecido ocorrerão por telefone e audiogravação, não há necessidade do texto acima estar presente no documento.
2. Nos documentos "TCLE\_V3\_Telefone\_30082020.pdf" e "TCLE\_V3\_Presencial\_30082020.pdf" constam assinaturas digitalizadas das pesquisadoras. Este CEP esclarece que os TCLE não devem ser submetidos assinados para apreciação ética.
3. O documento "Folha\_de\_rosto\_1.pdf" deverá ser reapresentado com a devida assinatura da Direção da EERP, por meio de Notificação, quando retornarem as atividades presenciais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP-EERP/USP solicita às pesquisadoras que observem as considerações acima e considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP-EERP./USP se encontra disponível, em [http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma\\_enc\\_protocolos\\_CEP\\_05\\_2019.pdf](http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf), na página 7 de 7.

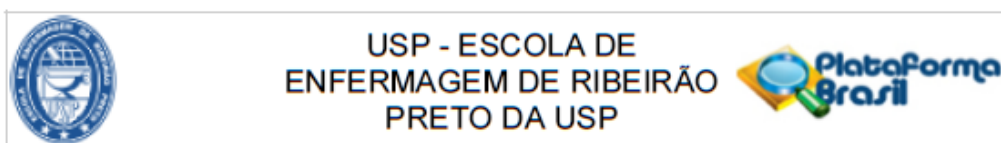
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer apreciado ad referendum.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_162190_2_E1.pdf	03/09/2020 13:58:23		Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.307.783

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_Telefone_30082020.pdf	30/08/2020 16:57:21	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_Presencial_30082020.pdf	30/08/2020 16:56:59	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_V3_30082020.pdf	30/08/2020 16:56:12	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Oficio_emenda_30082020.pdf	30/08/2020 16:55:32	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3976271.pdf	05/05/2020 15:02:17	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Oficio_resposta_CEP.pdf	05/05/2020 15:00:50	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Autorizacao_instituicao_coparticipanteassinada.pdf	05/05/2020 14:58:58	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:54:50	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Especialistas_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:54:17	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:53:33	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_1.pdf	30/03/2020 12:43:53	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Oficio_novo_projeto_DVMC.pdf	30/03/2020 12:32:02	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/03/2020 14:43:12	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/03/2020 14:41:40	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.307.783

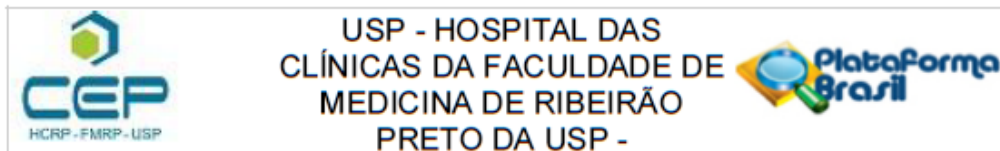
RIBEIRAO PRETO, 29 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** oep@eerp.usp.br

**ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Adaptação transcultural e validação do instrumento Acute Coronary Syndrome Response Index para pacientes brasileiros

**Pesquisador:** DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30391820.9.3001.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.342.993

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa da instituição proponente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. O HCFMRP\_USP será uma coparticipante da pesquisa

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o parecer da instituição proponente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o parecer da instituição proponente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com o parecer da instituição proponente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com o parecer da instituição proponente.

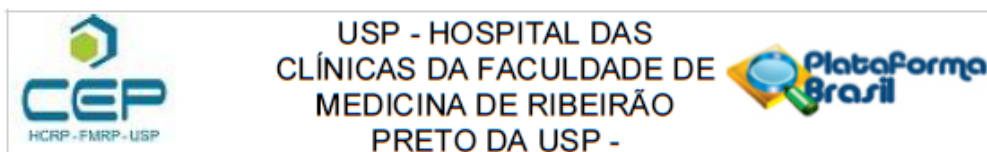
**Recomendações:**

não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da instituição proponente e aprova o HCFMRP-USP como coparticipante da pesquisa.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.342.993

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_Telefone_30082020.pdf	30/08/2020 16:57:21	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_Presencial_30082020.pdf	30/08/2020 16:56:59	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_V3_30082020.pdf	30/08/2020 16:56:12	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Oficio_emenda_30082020.pdf	30/08/2020 16:55:32	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3976271.pdf	05/05/2020 15:02:17	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Autorizacao_instituicao_coparticipanteassinada.pdf	05/05/2020 14:58:58	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:54:50	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Especialistas_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:54:17	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V2_05052020.pdf	05/05/2020 14:53:33	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito
Outros	Oficio_novo_projeto_DVMC.pdf	30/03/2020 12:32:02	DAIANE VIEIRA MEDEIROS COSTA	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 4.342.993

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 16 de Outubro de 2020

---

Assinado por:  
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

**ANEXO D – Carta de autorização para licença do *Acute Coronary Syndrome Response Index***

**From:** Daiane Vieira Medeiros Costa <daiane-medeiros@hotmail.com>  
**Sent:** Tuesday, August 27, 2019 7:32 PM  
**To:** Riegel, Barbara <briegel@nursing.upenn.edu>  
**Subject:** Solicitation to use ACS Response Index

Dear Dr. Riegel

I am a Master's student candidate at University of São Paulo Ribeirão Preto College of Nursing, and I would like to ask you permission to adapt the Acute Coronary Syndrome Response Index into Brazilian-Portuguese language and test the psychometric properties of this version to use in Brazilians with coronary artery disease.

Respectfully,

Daiane Vieira Medeiros Costa

---

**From:** Riegel, Barbara <briegel@nursing.upenn.edu>  
**Sent:** Wednesday, August 28, 2019 10:51 AM  
**To:** Daiane Vieira Medeiros Costa <daiane-medeiros@hotmail.com>  
**Subject:** RE: Solicitation to use ACS Response Index

Hello Daiane, you are welcome to use the instrument. It's in the public domain and no permission is required. Good luck with your work.



## ANEXO E – Versão em Português 1 (VP1)

### Índice de Resposta para Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

Este questionário pergunta sobre sua saúde e suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os investigadores do estudo serão muito gratos se você responder todas as questões em cada seção.

**Sub-escala de conhecimento.** Por favor circule "0" se você acha que o sintoma não é um sintoma de ataque cardíaco ou "1" se você acha que o sintoma é um sintoma de ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor no baixo ventre (codificação inversa)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço (codificação inversa)	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/tensão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	0	1
7. Tosse (codificação inversa)	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dor de cabeça (codificação inversa)	0	1
10. Azia, indigestão, problemas estomacais	0	1
11. Dor na mandíbula	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço/mão (codificação inversa)	0	1
16. Palidez, pele acinzentada, perda/alteração de cor	0	1
17. Palpitação/frequência cardíaca acelerada	0	1
18. Falta de ar/dificuldade ao respirar	0	1
19. Fala enrolada (codificação inversa)	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga	0	1

**Sub-escala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule "1" para nenhuma certeza, "2" para pouca certeza, "3" para quase certeza, "4" para muita certeza.

22. Que certeza você tem de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em outra pessoa?

- (1) nenhuma certeza (3) quase certeza  
(2) pouca certeza (4) muita certeza

23. Que certeza você tem de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- (1) nenhuma certeza (3) quase certeza  
(2) pouca certeza (4) muita certeza

24. Que certeza você tem de que poderia reconhecer a diferença entre sinais e sintomas de um ataque cardíaco e outros problemas médicos?

- (1) nenhuma certeza (3) quase certeza  
(2) pouca certeza (4) muita certeza

25. Que certeza você tem de que poderia obter ajuda para alguém se você achasse que essa pessoa estivesse tendo um ataque cardíaco?

- (1) nenhuma certeza (3) quase certeza  
(2) pouca certeza (4) muita certeza

26. Que certeza você tem de que poderia obter ajuda para si mesmo se você achasse que você estivesse tendo um ataque cardíaco?

- (1) nenhuma certeza (3) quase certeza  
(2) pouca certeza (4) muita certeza

**Sub-escala de opiniões.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule "1" para concordo plenamente, "2" concordo, "3" discordo, "4" discordo plenamente.

27. Se eu sentir dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir para o hospital o mais rápido possível. (codificação inversa)

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

28. Ficaria constrangido de ir ao hospital pensando que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estava.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu iria esperar até ter muita certeza antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

30. Eu iria preferir que alguém me levasse ao hospital ao invés de ter uma ambulância vindo até minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

31. Por causa dos custos de cuidados médicos, eu iria querer ter certeza absoluta de que eu estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

32. Se eu estiver tendo dor no peito e não tiver certeza se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital. (codificação inversa)

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

33. Se eu achasse que estivesse tendo um ataque cardíaco, eu iria ao hospital imediatamente. (codificação inversa).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo plenamente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo plenamente |

**ANEXO F – Versão em Português 2 (VP2)**  
**Índice de Resposta da Síndrome Coronariana Aguda (SCA)**

Este questionário pergunta sobre a sua saúde e as suas percepções sobre sintomas de ataque cardíaco. Os pesquisadores do estudo ficariam gratos se você respondesse a todas as perguntas em cada seção.

**Subescala de conhecimento.** Por favor circule “0” se você acha que o sintoma não é o sintoma de um ataque cardíaco ou “1” se você acha que o sintoma é o sintoma de um ataque cardíaco.

	Não	Sim
1. Dor abdominal inferior (codificado inversamente)	0	1
2. Dor no braço ou dor no ombro	0	1
3. Paralisia do braço (codificado inversamente)	0	1
4. Dor nas costas	0	1
5. Dor/pressão/aperto no peito	0	1
6. Desconforto no peito (peso, queimação, sensibilidade)	0	1
7. Tosse (codificado inversamente)	0	1
8. Tontura, vertigem	0	1
9. Dores de cabeça (codificado inversamente)	0	1
10. Azia/indigestão/problema estomacal	0	1
11. Dor na mandíbula	0	1
12. Perda de consciência/desmaio	0	1
13. Náusea/vômito	0	1
14. Dor no pescoço	0	1
15. Dormência/formigamento no braço ou na mão (codificado inversamente)	0	1
16. Pálido, cinzento, perda/mudança de cor	0	1
17. Palpitações/frequência cardíaca rápida	0	1
18. Falta de ar/dificuldade para respirar	0	1
19. Fala arrastada (codificado inversamente)	0	1
20. Suor	0	1
21. Fraqueza/fadiga	0	1

**Subescala de atitudes.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de atitude. Por favor, circule “1” para nem um pouco, “2” para um pouco certo, “3” para muito certo, e “4” para totalmente certo.

22. Quão certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em alguém?

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco | (3) muito certo      |
| (2) pouco certo  | (4) totalmente certo |

23. Quão certo você está de que poderia reconhecer os sinais e sintomas de um ataque cardíaco em você mesmo?

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco | (3) muito certo      |
| (2) pouco certo  | (4) totalmente certo |

24. Quão certo você está de que poderia distinguir os sinais e sintomas de um ataque cardíaco de outros problemas médicos?

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco | (3) muito certo      |
| (2) pouco certo  | (4) totalmente certo |

25. Quão certo você está de que poderia conseguir ajuda para alguém se você pensasse que estivessem tendo um ataque cardíaco?

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco | (3) muito certo      |
| (2) pouco certo  | (4) totalmente certo |

26. Quão certo você está de que poderia conseguir ajuda para si mesmo se você pensasse que estivesse tendo um ataque cardíaco?

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| (1) nem um pouco | (3) muito certo      |
| (2) pouco certo  | (4) totalmente certo |

**Subescala de crenças.** A seguir estão algumas perguntas sobre algumas declarações de opiniões. Por favor, circule “1” para concordo totalmente, “2” para concordo, “3” para discordo, e “4” para discordo totalmente.

27. Se eu tiver dor no peito que não pare após 15 minutos, eu deveria ir ao hospital o mais rápido possível (codificado inversamente).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

28. Eu ficaria com vergonha de ir ao hospital se achasse que estava tendo um ataque cardíaco, mas não estivesse.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

29. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, esperaria até estar totalmente certo antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

30. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, preferiria que alguém me levasse ao hospital do que uma ambulância viesse à minha casa.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

31. Por causa do custo dos cuidados médicos, eu gostaria de ter certeza absoluta de que estava tendo um ataque cardíaco antes de ir ao hospital.

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

32. Se estou com dor no peito e não estou totalmente certo se é um ataque cardíaco, eu deveria ir ao hospital (codificado inversamente).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

33. Se eu achasse que estava tendo um ataque cardíaco, eu iria para o hospital imediatamente. (codificado inversamente).

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| (1) concordo totalmente | (3) discordo            |
| (2) concordo            | (4) discordo totalmente |

## ANEXO G – Versão em Inglês 1 (VI1)

### Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index

This questionnaire asks about your health and your understanding of heart attack symptoms. The study researchers would be grateful if you answered all the questions in each section.

**Knowledge subscale.** Please circle "0" if you think the symptom is not a heart attack symptom or "1" if you think it is a heart attack symptom.

	No	Yes
1. Lower abdominal pain (pain in the underside of the belly)	0	1
2. Arm pain or shoulder pain	0	1
3. Paralysis of the arm	0	1
4. Back pain	0	1
5. Chest pain/pressure/tightness	0	1
6. Chest discomfort (weight, burning or tenderness)	0	1
7. Cough	0	1
8. Dizziness, vertigo	0	1
9. Headache	0	1
10. Heartburn, indigestion, stomach problems	0	1
11. Jaw pain	0	1
12. Loss of consciousness/fainting	0	1
13. Nausea/vomiting	0	1
14. Neck pain	0	1
15. Numbness/tingling in the arm or hand	0	1
16. Paleness, purplish skin, loss/change in color	0	1
17. Palpitations/fast heart rate (heart racing)	0	1
18. Shortness of breath/difficulty breathing	0	1
19. Slurred speech	0	1
20. Sweating	0	1
21. Weakness/fatigue/tiredness	0	1

**Attitude subscale.** The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle "1" if you are not at all sure, "2" if you are a little sure, "3" if you are pretty sure, and "4" if you are very sure.

22. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in someone else?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) Not at all sure | (3) Pretty sure |
| (2) A little sure   | (4) Very sure   |

23. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in yourself?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) Not at all sure | (3) Pretty sure |
| (2) A little sure   | (4) Very sure   |

24. How sure are you that you could differentiate the signs and symptoms of a heart attack from other health problems?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) Not at all sure | (3) Pretty sure |
| (2) A little sure   | (4) Very sure   |

25. How sure are you that you could get help for someone if you thought that person was having a heart attack?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) Not at all sure | (3) Pretty sure |
| (2) A little sure   | (4) Very sure   |

26. How sure are you that you could get help for yourself if you thought you were having a heart attack?

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| (1) Not at all sure | (3) Pretty sure |
| (2) A little sure   | (4) Very sure   |



**Belief subscale.** The following are some statements of opinions. Please circle "1" if you strongly agree, "2" if you agree, "3" if you disagree, and "4" if you strongly disagree.

27. If I feel chest pain that doesn't stop after 15 minutes, I should go to the hospital as soon as possible.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

28. I would be ashamed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack, but I wasn't.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

29. If I thought I was having a heart attack, I would wait until I was very sure before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

30. If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than an ambulance to come to my house.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

31. Because of the difficulties in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

32. If I have chest pain and I am not entirely sure if it is a heart attack, I should go to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

33. If I thought I was having a heart attack, I would go to the hospital right away.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) Strongly agree | (3) Disagree          |
| (2) Agree          | (4) Strongly disagree |

## ANEXO H – Versão em Inglês 2 (VI2)

### Response Index to Acute Coronary Syndrome (ACS)

This questionnaire asks about your health and your understanding of heart attack symptoms. The study researchers would be grateful if you answered all the questions in each section.

**Knowledge subscale.** Please circle "0" if you think the symptom is not a heart attack symptom or "1" if you think it is a heart attack symptom.

	No	Yes
1. Lower abdominal pain (pain in the underside of the belly)	0	1
2. Pain in the arm or shoulder pain	0	1
3. Paralysis of the arm	0	1
4. Back pain	0	1
5. Chest Pain/Pressure/Tightness	0	1
6. Chest discomfort (weight, burning or sensitivity in that area)	0	1
7. Cough	0	1
8. Dizziness, vertigo	0	1
9. Headache	0	1
10. Heartburn/burning, indigestion, stomach problems	0	1
11. Jaw pain	0	1
12. Loss of consciousness/fainting	0	1
13. Nausea/vomiting	0	1
14. Neck pain	0	1
15. Numbness/tingling in the arm or hand	0	1
16. Paleness, purplish skin, loss/change of color	0	1
17. Palpitations/rapid heart rate (accelerated heart)	0	1
18. Shortness of breath/difficulty breathing	0	1
19. Slurred speech	0	1
20. Sweat	0	1
21. Weakness/fatigue/tiredness	0	1

**Attitude subscale.** The following are some questions about attitude (decision/action). Please circle “1” for not at all sure, “2” for a little sure, “3” for very sure, and “4” for completely sure.

22. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in someone else?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| (1) not at all sure | (3) very sure       |
| (2) a little sure   | (4) completely sure |

23. How sure are you that you could recognize the signs and symptoms of a heart attack in yourself?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| (1) not at all sure | (3) very sure       |
| (2) a little sure   | (4) completely sure |

24. How sure are you that you could differentiate the signs and symptoms of a heart attack from other health problems?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| (1) not at all sure | (3) very sure       |
| (2) a little sure   | (4) completely sure |

25. How sure are you that you could get someone help if you thought that person was having a heart attack?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| (1) not at all sure | (3) very sure       |
| (2) a little sure   | (4) completely sure |

26. How sure are you that you could get help for yourself if you thought you were having a heart attack?

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| (1) not at all sure | (3) very sure       |
| (2) a little sure   | (4) completely sure |

**Belief subscale.** The following are some statements of opinions. Please circle “1” for strongly agree, “2” for agree, “3” for disagree and “4” for strongly disagree.

27. If I feel chest pain that does not stop after 15 minutes, I should go to the hospital as soon as possible.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

28. I would be embarrassed to go to the hospital if I thought I was having a heart attack but was not having one.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

29. If I thought I was having a heart attack, I would wait until I was very sure before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

30. If I thought I was having a heart attack, I would prefer someone to take me to the hospital than have an ambulance come to my house.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

31. Because of difficulties in accessing health services and economic/financial difficulties, I would like to be absolutely sure that I was having a heart attack before going to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

32. If I have chest pain and I am not entirely sure if it is a heart attack, I should go to the hospital.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

33. If I thought I was having a heart attack, I would go to the hospital right away.

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| (1) strongly agree | (3) disagree          |
| (2) agree          | (4) strongly disagree |

