



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAMILA OLIVEIRA VALENTE

**VALIDAÇÃO EMPÍRICA DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA
PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

SALVADOR

2019

CAMILA OLIVEIRA VALENTE

**VALIDAÇÃO EMPÍRICA DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA
PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

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

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

SALVADOR

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Oliveira Valente, Camila

Validade empírica do Questionário Geral de Conforto
para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio / Camila
Oliveira Valente. -- Salvador, 2019.

103 f. : il

Orientador: Fernanda Carneiro Mussi.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia, 2019.

1. Psicometria. 2. Conforto. 3. Infarto do
Miocárdio. 4. Escala. 5. Enfermagem. I. Carneiro
Mussi, Fernanda. II. Título.

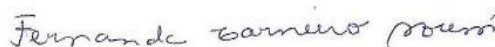
CAMILA OLIVEIRA VALENTE

**VALIDAÇÃO EMPÍRICA DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA
PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

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


Aprovada em 19 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA:



Fernanda CarneiroMussi: _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.



Kátia Santana Freitas: _____

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



Tânia Maria de Oliva Menezes: _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas com diagnóstico de
Infarto Agudo do Miocárdio.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sua bondade, constante fidelidade, abençoar os meus passos e por me cercar de pessoas especiais.

Aos meus pais, Francisco e Patrícia, por serem o meu maior exemplo de família e dignidade, por abraçarem os meus sonhos e por alargarem os meus passos.

À Professora Doutora Fernanda Carneiro Mussi pelo exemplo de profissional e pessoa. Pela oportunidade de aprendizado ao compartilhar seus conhecimentos e por toda confiança, generosidade, cuidado e ensinamentos ao longo desta caminhada.

Às minhas irmãs, Carolina, Priscila e Natália, por torcerem por mim e estarem ao meu lado constantemente. À Alex e Ícaro, por serem “irmãos” queridos.

À Léo, por todo incentivo, por cuidar de mim e por estar ao meu lado neste processo.

À professora Kátia Freitas por todo auxílio, incentivo e amizade.

À professora Tânia Maria e ao professor Carlos Teles, por suas contribuições.

Às amigas Fernanda e Larissa que me recebiam em suas casas com disposição e carinho. À amiga Thaís pela parceria e cuidado constante.

Às professoras Claudia Pires, Pollyana Portela e Joselice Góis, pelo incentivo.

À pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela acolhida e aos seus professores e funcionários, pelo aprendizado diário.

As alunas Alana, Greice, Hithilla, Larissa e Eliane, da Universidade Federal da Bahia, e as alunas Larissa, Renata, Juscivânia, Daniela e Laís, da Universidade Estadual de Feira de Santana, que colaboraram na coleta de dados.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo concessão da bolsa de mestrado, sem a qual não seria possível a construção dessa Disertação e a minha formação como Mestra em Enfermagem. O financiamento concedido foi primordial nas idas à Salvador para assistir aulas, para publicações de artigos e participações em congressos científicos.

“O que tem que ser tem muita força!” (Dona Maria).

RESUMO

VALENTE, C. O. Validade empírica do questionário geral de conforto para pessoas com infarto agudo do miocárdio. 2019. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

Introdução: O fenômeno conforto, uma das metas do cuidado em enfermagem, precisa ser mensurado por instrumentos válidos e confiáveis, os quais inexistem para pessoas com infarto do miocárdio. **Objetivo:** Avaliar a validade empírica do Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM). **Método:** O estudo metodológico foi orientado pela Teoria Clássica dos Testes (TCT) e pela Teoria de Katherine Kolcaba sobre o conforto, complementando o processo de adaptação transcultural do GCQ-IAM para o contexto baiano. A amostra foi constituída por 182 pessoas com IAM internadas em quatro UTIs e duas unidades de internamento coronarianas, de quatro hospitais públicos do estado da Bahia, que atenderam aos critérios de elegibilidade. Dois instrumentos de coleta de dados foram utilizados, um composto por dados de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e o outro foi o GCQ-IAM, cuja etapa de validade de conteúdo foi realizada em estudo anterior. O GCQ-IAM é constituído por 63 itens referentes a três sentidos de conforto (calma, alívio e transcendência) experienciados em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Empregou-se a Análise Fatorial Exploratória por Componentes Principais (ACP) utilizando-se a matriz de correlação de Pearson com os 63 itens do GCQ-IAM. A confiabilidade foi analisada pelo coeficiente de consistência interna, alfa de *Cronbach*. **Resultados:** Após diversas etapas analíticas obteve-se uma estrutura com 14 itens e três fatores referentes aos contextos de conforto, denominados de psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. A análise da confiabilidade pelo coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach revelou valores satisfatórios de confiabilidade para a medida geral (0,706). **Conclusão:** O GCQ-IAM atingiu as propriedades psicométricas necessárias para ser considerado válido e confiável.

Palavras-chaves: Psicometria; Conforto; Infarto do Miocárdio; Escala; Enfermagem.

ABSTRACT

VALENTE, C. O. Empirical validity of the general comfort questionnaire for people with acute myocardial infarction. 2019. 102 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

Introduction: The comfort phenomenon, one of the goals of nursing care, needs to be measured by valid and reliable instruments, which do not exist for people with myocardial infarction. **Objective:** To evaluate the empirical validity of the General Questionnaire on Comfort for People with Acute Myocardial Infarction (GCAM-AMI). **Method:** The methodological study was guided by the Classical Theory of Tests (TCT) and by Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, complementing the process of cross-cultural adaptation of the GCQ-IAM to the Bahian context. The sample consisted of 182 patients with AMI admitted to four ICUs and two coronary hospitalization units from four public hospitals in the state of Bahia, which met the eligibility criteria. Two data collection instruments were used, one composed of sociodemographic and clinical characterization data of the participants, and the other was the IQM-IQC, whose content validity stage was performed in a previous study. The GCQ-AMI consists of 63 items referring to three senses of comfort (calm, relief and transcendence) experienced in four contexts (physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental). The Principal Components Exploratory Factor Analysis (PCA) was used using the Pearson correlation matrix with the 63 items of the GCQ-AMI. The reliability was analyzed by the coefficient of internal consistency, Cronbach's alpha. **Results:** After several analytical steps, a structure was obtained with 14 items and three factors related to comfort contexts, called psychobiological, psychosocial and psycho-spiritual. The reliability analysis by the Cronbach coefficient of internal consistency revealed satisfactory reliability values for the general measure (0.706). **Conclusion:** The GCQ-AMI achieved the psychometric properties necessary to be considered valid and reliable.

Key-words: Psychometrics; Comfort; Myocardial Infarction; Scale; Nursing.

RESUMEN

VALENTE, C. O. Validez empírica del cuestionario de comodidad general para personas con infarto agudo de miocardio. 2019. 102 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2019.

Introducción: El fenómeno de la comodidad, uno de los objetivos de la atención de enfermería, debe medirse con instrumentos válidos y confiables, que no existen para las personas con infarto de miocardio. **Objetivo:** evaluar la validez empírica del cuestionario general sobre la comodidad de las personas con infarto agudo de miocardio (GCAM-AMI). **Método:** El estudio metodológico fue guiado por la Teoría de las Pruebas Clásica (TCT) y por la Teoría de la comodidad de Katherine Kolcaba, complementando el proceso de adaptación intercultural del GCQ-IAM al contexto de Bahía. La muestra consistió en 182 pacientes con IAM ingresados en cuatro UCI y dos unidades de hospitalización coronaria de cuatro hospitales públicos en el estado de Bahía, que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, uno compuesto por datos de caracterización sociodemográfica y clínica de los participantes, y el otro fue el IQM-IQC, cuya etapa de validez de contenido se realizó en un estudio anterior. El GCQ-AMI consta de 63 elementos que se refieren a tres sentidos de confort (calma, alivio y trascendencia) experimentados en cuatro contextos (físico, psico-espiritual, sociocultural y ambiental). El análisis de factor exploratorio de componentes principales (PCA) se usó utilizando la matriz de correlación de Pearson con los 63 elementos del GCQ-AMI. La fiabilidad fue analizada por el coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach. **Resultados:** Luego de varios pasos analíticos, se obtuvo una estructura con 14 ítems y tres factores relacionados con los contextos de confort, llamados psicobiológicos, psicosociales y psico-espirituales. El análisis de confiabilidad por el coeficiente de Cronbach de consistencia interna reveló valores de confiabilidad satisfactorios para la medida general (0.706). **Conclusión:** El GCQ-AMI logró las propiedades psicométricas necesarias para ser considerado válido y confiable.

Palabras clave: Psicometría; Comodidad; Infarto del Miocardio; Escala; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

REFERENCIAL

Figura 1 - Estrutura taxônomica do conforto à luz de Katherine Kolcaba.	23
Figura 2 - Formula do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo.	36

RESULTADOS

Figura 3 - Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.	68
--	----

LISTA DE QUADROS

REFERENCIAL

Quadro 1 - Distribuição dos itens do <i>General Comfort Questionnaire</i> (GCQ) segundo estados e contextos. Salvador, 2019.	24
Quadro 2 - Adaptações do <i>General Comfort Questionnaire</i> (GCQ). Salvador, 2019.	26
Quadro 3 - Itens acrescentados ao <i>General Comfort Questionnaire</i> destinado à pessoa com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.	29
Quadro 4 - <i>General Comfort Questionnaire</i> destinado à pessoa com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.	30

RESULTADOS

Quadro 5: Itens do Questionário Geral de Conforto destinado à pessoa com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GCQ-IAM) distribuídos em contextos. Salvador, 2019.	67
---	----

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n=182). Salvador, 2019.	52
Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes do estudo. Salvador, 2019.	53
Tabela 3 – <i>Eigenvalues</i> e percentual da variância do GCQ-IAM (63 itens), Salvador, 2019.	54
Tabela 4 – GCQ-IAM (63 itens): Matriz de Componente com carga $> a 0,300$, retendo-se 4 fatores. Salvador, 2019.	56
Tabela 5 – <i>Eigenvalues</i> e percentual da variância do GCQ-IAM (12 itens), Salvador, 2019.	59
Tabela 6 – GCQ-IAM (11 itens): Matriz de Componente com carga $\geq a 0,400$, retendo-se 4 fatores. Salvador, 2019.	60
Tabela 7 – GCQ-IAM - Comunalidades forçando-se 3 fatores (23 itens). Salvador, 2019.	60
Tabela 8 – <i>Eigenvalues</i> e percentual da variância do GCQ-IAM (23 itens), Salvador, 2019.	61
Tabela 9 – GCQ-IAM (23 itens): Matriz de Componente com carga $\geq a 0,400$, retendo-se 3 fatores. Salvador, 2019.	63
Tabela 10 – GCQ-IAM - Consistência interna da escala com 23 itens. Salvador, 2019.	64
Tabela 11 – GCQ-IAM - Comunalidades forçando-se 3 fatores (18 itens). Salvador, 2019.	65
Tabela 12 – <i>Eigenvalues</i> e percentual da variância dos 18 itens do GCQ-IAM, Salvador, 2019.	65
Tabela 13 – GCQ-IAM (18 itens): Matriz de Componente com carga $\geq a 0,450$, retendo-se 3 fatores. Salvador, 2019.	66

LISTA DE GRÁFICOS

RESULTADOS

Gráfico 1 – <i>Scree test</i> dos autovalores dos itens (24 fatores). Salvador, 2019.	55
Gráfico 2 – Gráfico x – <i>Scree test</i> dos autovalores dos itens (8 fatores). Salvador, 2019.	62
Gráfico 3 – <i>Scree test</i> dos autovalores dos itens (5 fatores). Salvador, 2019.	66

LISTA DE ABREVIATURAS

BVC	Biblioteca Virtual em Saúde
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
GCQ	General Comfort Questionnaire
GCQ-IAM	Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UIFCQ	Urinary Incontinence and Frequency Comfort Questionnaire
EOL	End-of-life Comfort Questionnaires
HCQ	Hospice Comfort Questionnaire
TCI	Thermal Comfort Inventory
PICS	Psychometric In-patients Comfort Questionnaire
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria da Resposta ao Item
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
AF	Análise Fatorial
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ACP	Análise de Componentes Principais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
NIPES	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
GISC	Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado e a Saúde Cardiovascular
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS DE CONFORTO À LUZ DE KATHERINE KOLCABA	22
2.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO CONFORTO À LUZ DAS CONCEPÇÕES DE KATHERINE KOLCABA	24
2.3 PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA	32
2.3.1 Adaptação transcultural de um instrumento de medida: validade de conteúdo, de critério, e de construto	34
2.3.2 Confiabilidade de um Instrumento de Medida	41
3 MÉTODO	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	44
3.3 PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM	45
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	46
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS	48
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
4. RESULTADOS	51
4.1 LOCAL DE ESTUDO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DAS PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	51
4.2 VALIDADE ESTRUTURAL DO GCQ-IAM	53
5 DISCUSSÃO	69
6 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A – Ofício aos Hospitais	83
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Incardio	84
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Hospital Professor Edgar Santos	85
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Ana Nery	86
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Santa Izabel	87

Anexo A – Ficha de Dados Sóciodemográficos e Clínicos de Pessoas com Infarto do Miocárdio	88
ANEXO B – Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM)	89
ANEXO C – Aprovação CEP Escola de Enfermagem	91
ANEXO D - Aprovação CEP Escola Incardio	94
ANEXO E - Aprovação CEP Hospital Professor Edgar Santos	95
ANEXO F - Aprovação CEP Hospital Ana Nery	98
ANEXO G- Aprovação CEP Hospital Santa Izabel	100

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, incluindo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), representam um importante problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo, apresentando elevadas taxas de incidência e mortalidade (MORAN et al., 2014; MALTA et al., 2014; BAENA et al., 2017).

O infarto também determina a interação das pessoas com o risco de vida, a submissão a procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade de monitorização contínua do quadro clínico e a medicalização da vida (MARTINS, 2000).

Com a hospitalização, sobretudo em unidades especializadas, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidades Coronarianas (UCO), durante a fase aguda, as pessoas com IAM rompem com a vida cotidiana (MUSSI, 2004) e estão inseridas em um cenário de tratamento complexo e mecanizado, em razão do nível de gravidade em que se encontram e do arsenal de equipamentos utilizados. Esta circunstância e todos os fatores envolvidos ao adoecimento e a internação promovem desconfortos para o paciente, como para a sua família. Logo, a avaliação do nível de conforto nesse contexto, pode direcionar as práticas de cuidado em saúde, visando a sua promoção (MARTINS, 2000).

Apesar da promoção do conforto ser considerada uma meta do cuidado de enfermagem são escassos os instrumentos para a mensuração desse construto, conforme levantamento realizado na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de outubro de 2016 à março de 2017, em todas as fontes disponíveis, sem delimitação de período, buscando-se pelo método integrado, em todos os índices, os termos conforto e escala, conforto e instrumento, conforto e questionário, conforto e infarto, nos idiomas espanhol, português e inglês foram identificados apenas doze instrumentos para a avaliação do nível de conforto. Contudo, nenhum se aplicava às pessoas com infarto.

Os instrumentos identificados foram aplicados principalmente no contexto da pediatria, avaliando o conforto em diferentes situações: conforto de crianças internadas na UTI pediátrica (SOARES et al., 2014), conforto de crianças em ventilação mecânica (SILVA et al., 2013), avaliação de conforto e dor em recém-nascidos (TRISTÃO et al., 2013), avaliação da dor e conforto de crianças com câncer (MCCARTHY et al., 2013) e conforto de enfermeiras que cuidavam de crianças com paralisia cerebral (HWANG et al., 2011). Os demais estudos investigaram o conforto em condições como: conforto para familiares em terapia intensiva (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015; GIBault et al. 2013), conforto em cuidadores de mulheres com câncer (LAMINO, TURRINI, KOLCABA, 2014), conforto durante a realização

de colonoscopia (ROSTOM et al., 2013) avaliação de dor e conforto pós-cesariana (CHOOI et al., 2013), o conforto em terapia familiar (GLEBOVA et al., 2012), conforto de pacientes hospitalizados em neurocirurgia (MENESES, ACEVEDO, DURAN, 2012).

Nesse levantamento, muitos instrumentos foram utilizados em estudos de adaptação transcultural para mensurar o conforto, estes aplicados em situações diversas e específicas, destacando-se o *General Comfort Questionnaire* (GCQ), que foi construído e validado por Katherine Kolcaba para a medida do conforto de pessoas em condição geral de adoecimento. A autora considera conforto um construto positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável, definindo-o como um estado de alívio, calma e transcendência experienciado nos contextos físico, espiritual, social e ambiental (KOLCABA, 1992; KOLCABA, 1994).

O GCQ é um instrumento internacionalmente reconhecido que possui propriedades psicométricas consideradas validadas, pois apresentou consistência interna satisfatória pelo Coeficiente alfa de *Cronbach* (α geral = 0.88) e variância explicada de 63,4% na análise fatorial exploratória para os 48 itens do instrumento. Além disso, o instrumento passou pela análise teórica dos itens (análise semântica e análise dos juízes) (KOLCABA, DIMARCO, 2005). Este reconhecimento proporcionou a adaptação transcultural do GCQ para alguns contextos e idiomas (NOVAK et al., 2001; STEINER, NORMAN, 2015; WILSON, KOLCABA, 2004; KOLCABA, DIMARCO, 2005; APÓSTOLO et al., 2006; APOSTOLO et al. 2007; LAMINO, TURRINI, KOLCABA, 2014), levando ao avanço do estudos psicométricos acerca deste. Entretanto, a maioria dos estudos que utilizaram o instrumento, limitaram-se a análise da consistência interna por meio do alfa de *Cronbach* (NOVAK et al., 2001; STEINER, NORMAN, 2015; WILSON, KOLCABA, 2004; KOLCABA, DIMARCO, 2005; APÓSTOLO et al., 2006; LAMINO, TURRINI, KOLCABA, 2014), apenas dois estudos realizaram análise fatorial exploratória, tratando do mesmo instrumento e sendo considerados estudos de continuação da avaliação psicométrica (APÓSTOLO et al. 2007; APÓSTOLO et al. 2007). Ambos alcançaram os resultados necessários para reconhecer o GCQ como um instrumento robusto.

Para ampliar o levantamento referente a instrumentos sobre a mensuração do conforto procedeu-se a busca no banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos últimos 10 anos. Assim, foi localizada uma tese de doutorado que validou um instrumento para a medida do conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde (FREITAS, 2012) e duas dissertações de mestrado. A primeira concluiu fase de validade de conteúdo da adaptação transcultural do GCQ

para pessoas com IAM, no contexto brasileiro, resultando no Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) (GÓIS, 2016), enquanto a segunda avaliou o conforto do cuidador familiar da mulher com câncer de mama avançado (AQUINO, 2017).

No Brasil, verificamos um aumento do adoecimento por problemas cardiovasculares. Em 2015, altos índices de óbitos por doença do aparelho cardiovascular, foram registrados no país e a região nordeste ocupou a segunda posição, com 92.072 óbitos, perdendo apenas para a região sudeste, com 162.536 óbitos (DATASUS, 2015). Em 2017, o número de óbitos por doenças cardiovasculares manteve-se elevado, e o nordeste continuou na segunda posição, mais uma vez atrás do sudeste (DATASUS, 2017).

Assim sendo, reconhece-se a importância de complementar o processo de adaptação transcultural do GCQ-IAM, no caso, a avaliação da equivalência de mensuração que se baseia na investigação das propriedades psicométricas do instrumento e na apreciação da sua confiabilidade. Tendo em vista que a avaliação do nível de conforto de pessoas com IAM é necessária, dado que esse evento cardiovascular está associado as altas taxas de morbidade e mortalidade.

O interesse em investigar o construto conforto, advém de minhas experiências pessoais diante do internamento de um familiar próximo em UTI com diagnóstico de IAM. Este momento vivenciado por mim e minha família foi rodeado por experiências que provocaram desconforto, tais como falta de informação, recebimento de informações de maneira pouco compreensível, afastamento do nosso familiar e o constante medo da perda, que acabou se concretizando. Já o interesse em estudar instrumentos de aferição e a psicometria vêm das minhas experiências com estas temáticas desde a época da graduação em enfermagem, onde realizei pesquisas e planos de trabalhos na iniciação científica envolvendo estas temáticas.

Com base no exposto a presente investigação teve como objeto de estudo “avaliar a validade empírica do Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) em Unidades de Terapia Intensiva e em Unidades Coronarianas”, e como questão de pesquisa: O GCQ-IAM possui propriedades psicométricas válidas e confiáveis para a medida do conforto de pessoas com IAM? Assim sendo, definiu-se como objetivo do estudo: avaliar a validade empírica do Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) para a medida do conforto de pessoas com IAM.

O presente estudo contribui para o fortalecimento da teoria sobre o construto conforto e para o desenvolvimento científico e tecnológico neste campo teórico, além de disponibilizar uma ferramenta válida para a mensuração do conforto de pessoas com IAM e, por conseguinte,

para a orientação de práticas de cuidado em UCO, assim como em UTI, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS DE CONFORTO À LUZ DE KATHERINE KOLCABA

A palavra conforto deriva de confortar, que se origina da palavra latina *confortare*, que significa restituir as forças, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar, animar. Originalmente, esse foi o significado para o francês *confort*, que por volta do século XIII deu origem ao inglês *comfort*. Na língua portuguesa, a palavra conforto surgiu com o mesmo significado (VAN DER LINDEN, GUIMARÃES, TABASNIK 2005). Trata-se de uma experiência subjetiva, que transcende a dimensão física, porque inclui componentes ambientais, psicossociais e espirituais (NEVES-ARRUDA, NUNES, 1998).

Na literatura de enfermagem constata-se que a promoção do conforto tem sido considerada inerente à prática da enfermagem desde os seus primórdios. Estudo realizado por Mussi (2005) mostrou que, inicialmente, o cuidado era exercido sob influência religiosa. As enfermeiras agiam independentemente das práticas médicas e eram as únicas administradoras e provedoras de conforto. Suas atividades eram realizadas, principalmente, nas instituições de caridade e visavam, sobretudo, o conforto espiritual do paciente. Mais tardiamente, atuando no domicílio do paciente, ainda mantinham autonomia na provisão do conforto, o qual gradualmente foi sendo subordinado à racionalidade médico-científica e às exigências políticas e econômicas institucionais (MUSSI, 2005).

Com o evoluir das sociedades e do conhecimento na área da saúde, esta visão religiosa foi sendo substituída por um modelo médico-assistencialista e, na década de 80, as investigações passaram a ser incentivadas, sobretudo na perspectiva dos usuários (MUSSI, FREITAS, GIBAUT, 2014).

Na literatura de enfermagem, Katharine Kolcaba propôs uma teoria sobre o conforto que considera este fenômeno como resultante de cuidados de enfermagem e relacionado as necessidades humanas básicas. Considera que os enfermeiros não podem satisfazer plenamente as necessidades daqueles que cuidam, mas podem minimizar os desconfortos no processo de cuidar (WILSON, KOLCABA, 2004).

Nesta teoria, afirma que o conforto é uma experiência holística, definindo-o como o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades humanas para alívio, calma e transcendência atendidas nos contextos físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (KOLCABA, 1991; KOLCABA, 1992; KOLCABA, 1994; KOLCABA, 2003).

A estrutura taxonômica do conforto é apresentada em uma grade bidimensional, onde a

primeira dimensão da grade, representada na parte superior da mesma, refere-se aos três estados de conforto: alívio (estado de ter uma necessidade de conforto específica atendida, propiciando ao indivíduo a sensação de serenidade); calma (estado de calma ou de contentamento em relação ao seu estado de saúde) e transcendência (estado em que se pode superar uma dificuldade, problema ou dor (KOLCABA, 1991; KOLCABA, 2003).

A segunda dimensão da grade relaciona os estados de conforto aos contextos em que são experienciados (físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental), os quais estão dispostos na parte lateral. Nesta segunda dimensão, o contexto físico relaciona-se aos mecanismos fisiológicos que são interrompidos devido a uma doença ou procedimentos invasivos. Associa-se às sensações corporais tais como dor, náusea, vômito, tremores, prurido, condições de repouso, relaxamento, nível de hidratação e eliminação. O contexto sociocultural é relativo às relações interpessoais, familiares, sociais, incluindo a parte financeira e educacional. Refere-se, também, ao apoio da equipe de saúde à pessoa durante o período de internamento (KOLCABA, 1992; KOLCABA, 2003). O contexto psicoespiritual refere-se à conscientização de si mesmo, confiança em uma força superior e fé em Deus. Apresenta-se como uma combinação entre as esferas psicossociais, emocionais e espirituais. Relaciona-se, também, a ativação do mecanismo de transcendência para a boa morte. O contexto ambiental é referente às condições e influências do ambiente externo como iluminação, barulho, temperatura ambiental, odor e mobiliário (KOLCABA, 1994; KOLCABA, 2003).

Na estrutura taxonômica do conforto ocorre a justaposição entre as duas dimensões da grade, produzindo 12 células (figura 1). Quando os estados e contextos se fundem, o conforto pode ser experienciado (KOLCABA, 2003). A apresentação dos estados de conforto baseados nestes contextos visa facilitar a identificação de estratégias para promover o alívio dos desconfortos, e quando isso não for possível, o enfermeiro (a) deve realizar intervenções para realçar a transcendência (KOLCABA, 2003).

Figura 1 - Estrutura taxonômica do conforto à luz de Katherine Kolcaba.

	Calma	Alívio	Transcendência
Físico	Calma Físico	Alívio Físico	Transcendência Física
Psicoespiritual	Calma Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
Ambiental	Calma Ambiental	Alívio Ambiental	Transcendência Ambiental
Sociocultural	Calma Sociocultural	Alívio Sociocultural	Transcendência Sociocultural

Fonte: Adaptado de “*Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*” (KOLCABA, 2003).

Com essa estrutura taxonômica definida, o construto conforto passou a ser mensurado, a princípio em pessoas em estado geral de internamento e adoecimento e, posteriormente, em outras condições clínicas específicas.

2.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO CONFORTO À LUZ DAS CONCEPÇÕES DE KATHERINE KOLCABA

A partir dos estudos sobre o fenômeno conforto e com a elaboração da estrutura taxonômica anteriormente apresentada, Kolcaba iniciou o processo de desenvolvimento do *General Comfort Questionnaire* (GCQ), em Akron (Ohio), nos Estados Unidos. O instrumento pretende mensurar o conforto de pessoas hospitalizadas por diversas situações de adoecimento e está baseado nos estados deconforto (calma, alívio e transcendência) e nos contextos em que é experienciado como físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (KOLCABA, 1992; KOLCABA, 1994). O GCQ é composto de 48 itens que avaliam o conforto por meio de uma escala tipo *Likert*, cujas respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Pode se autopreenchido ou aplicado mediante entrevista. Quanto mais alta a pontuação obtida, maior o nível de conforto (KOLCABA, 2003). Os 48 itens estão distribuídos nos estados e contextos de conforto conforme ilustrado (quadro 1):

Quadro 1 - Distribuição dos itens do *General Comfort Questionnaire* (GCQ) segundo estados e contextos. Salvador, 2019.

Itens do <i>General Comfort Questionnaire</i> - GCQ segundo estados e contextos		
Itens	Estados	Contextos
1. Seu corpo está relaxado agora?	Calma	Físico
2. Você é capaz de ajudar com seu tratamento?	Calma	Piscoespiritual
3. Você tem muita privacidade?	Alívio	Ambiental
4. Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais?	Calma	Sociocultural
5. Você não quer se exercitar?	Transcendência	Físico
6. Seu problema de saúde te deixa para baixo?	Transcendência	Físico
7. Você se sente confiante em sua recuperação?	Calma	Piscoespiritual
8. Você se sente dependente dos outros?	Alívio	Sociocultural
9. Você sente que sua vida é importante agora?	Transcendência	Piscoespiritual
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)?	Transcendência	Sociocultural
11. Este lugar é agradável?	Calma	Ambiental
12. Os ruídos te deixam nervoso (a)?	Alívio	Ambiental
13. Ninguém te entende?	Alívio	Sociocultural
14. É difícil suportar sua dor?	Alívio	Físico
15. Você é capaz de dar o melhor de si?	Transcendência	Físico
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Transcendência	Sociocultural

17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Transcendência	Piscespiritual
18. Você não gosta de estar aqui?	Transcendência	Ambiental
19. A prisão de ventre lhe incomoda?	Alívio	Físico
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento?	Calma	Físico
21. Este quarto lhe assusta?	Transcendência	Ambiental
22. Você tem medo do que pode acontecer?	Alívio	Piscespiritual
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você?	Calma	Sociocultural
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma	Piscespiritual
25. Você está com fome?	Alívio	Físico
26. Você gostaria que seu médico lhe visse mais vezes?	Alívio	Sociocultural
27. A temperatura neste quarto é boa?	Alívio	Ambiental
28. Você está muito cansado (a)?	Calma	Físico
29. Você pode superar sua dor?	Transcendência	Físico
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	Transcendência	Ambiental
31. Você está feliz?	Calma	Piscespiritual
32. Esta cama lhe machuca?	Calma	Ambiental
33. O que você vê ao seu redor lhe anima?	Transcendência	Ambiental
34. Seus pertences pessoais não estão aqui?	Alívio	Ambiental
35. Você se sente à vontade aqui?	Transcendência	Ambiental
36. Você se sente bem o bastante para caminhar?	Calma	Físico
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Alívio	Sociocultural
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma	Piscespiritual
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde?	Calma	Sociocultural
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio	Piscespiritual
41. Você se sente péssimo por não está vestido? (a)	Transcendência	Piscespiritual
42. Este quarto tem um cheiro horrível?	Calma	Ambiental
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma	Sociocultural
44. Você está calmo (a)?	Alívio	Piscespiritual
45. Você está deprimido (a) ?	Transcendência	Piscespiritual
46. Você encontrou o significado de sua vida?	Transcendência	Piscespiritual
47. É fácil andar neste espaço?	Calma	Ambiental
48. Você precisa se sentir bem novamente?	Alívio	Físico

Fonte: a autora.

Com o reconhecimento da importância do instrumento para mensuração do nível de conforto, o mesmo passou a ser traduzido e adaptado para diversos idiomas, e direcionado para contextos e populações específicas, destacando-se: mulheres com câncer de mama (KOLCABA, FOX, 1999), pessoas com incontinência urinária (DOWD, KOLCABA, STEINER, 2000), conforto através de uma escala analógica (KOLCABA, STEINER, 2000), pacientes e cuidadores que vivenciam os cuidados paliativos (NOVAK, 2001; KOLCABA et al., 2004; REZENDE et al., 2005; REZENDE et al, 2010), crianças internadas em pediatria (KOLCABA, DIMARCO 2005), pessoas em perioperatório (WILSON, KOLCABA, 2004; WAGNER, BYRNE, KOLCABA, 2006), pessoas com distúrbios psiquiátricos (APÓSTOLO

et al., 2007), e pacientes renais crônicos (MELO et al., 2017). Recentemente o instrumento foi adaptado para mensurar o conforto de pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, resultando no Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) (GÓIS 2016; GÓIS et al., 2018).

Estas adaptações contribuem para o fortalecimento da compreensão do construto conforto e sua mensuração. Para melhor compreensão, apresenta-se a seguir uma síntese dos resultados obtidos, em revisão de literatura, dos artigos que realizaram as adaptações transculturais pelos autores mencionados (quadro 2):

Quadro 2 - Adaptações do *General Comfort Questionnaire* (GCQ). Salvador, 2019.

Adaptações Transculturais do <i>General Comfort Questionnaire</i>				
Instrumento	Mensura	Autores	Ano	Título do artigo Publicado
1. Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM)	Conforto em pacientes adultos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio	Góis et al.	2018	Adaptação transcultural do <i>General Comfort Questionnaire</i> para brasileiros com infarto do miocárdio
2. Questionário de conforto geral curto (SGCQ) na versão indonesiã <i>Shortened General Comfort Questionnaire (SGCQ) in Indonesian version</i>	Avaliar a validade e a confiabilidade do General Comfort Questionnaire curto na versão indonesiã	Artanti, Nurjannah, Subroto	2018	Validity and reliability of shortened General Comfort Questionnaire in Indonesian version
3. Questionário Geral de Conforto (<i>General Comfort Questionnaire</i>)	Conforto em pacientes renais crônicos	Melo et al.	2017	Adaptação cultural e confiabilidade do General Comfort Questionnaire para pacientes renais crônicos no Brasil
4. Questionário Geral de Conforto (<i>General Comfort Questionnaire</i>)	Conforto em cuidadores de mulheres com Câncer	Rezende et al.	2010	Avaliação psicológica de cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire
5. Escala de conforto em pacientes psiquiátricos (<i>Psychiatric In-patients Comfort Scale - PICS</i>)	Conforto no internamento psiquiátrico	Apóstolo et al.	2007	Development and psychometric evaluation of the psychiatric in-patients comfort scale (PICS)

6. Escala de avaliação do conforto em doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica (ECIP)	Conforto no internamento psiquiátrico	Apóstolo et al.	2007	Avaliação das qualidades psicometricas da Escala de avaliação do Conforto em doentes psiquiátricos
7. Questionário de conforto ao toque de cura (<i>Healing touch comfort questionnaire</i>)	Conforto de pessoas com ferimentos	Dowd, Kolcaba, Steiner	2006	Development of the healing touch comfort questionnaire
8. Escala de avaliação do conforto em doentes em quimioterapia	Conforto de pacientes em quimioterapia	Apóstolo et al.	2006	Sufrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia.
9. Inventário do Conforto Térmico (<i>Thermal Comfort Inventory – TCI</i>). 10. Inventário do Conforto Térmico (<i>Thermal Comfort Numeric Visual Analog Scale</i>).	Conforto térmico de um paciente	Wagner, Byrne, Kolcaba	2006	Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients
11. <i>General Comfort Questionnaire</i>	Conforto através da massagem de mão em residentes de enfermagem	Kolcaba, Schirm, Steiner,	2006	Effects of hand massage on comfort of nursing home residents
12. Questionário Geral de Conforto (<i>General Comfort Questionnaire</i>)	Conforto de cuidadores de pessoas com cancer em fase terminal da doença	Rezende et al.	2005	Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença
13. <i>General Comfort Questionnaire</i> – versão pediátrica	Conforto de crianças internadas	Kolcaba, Dimarco	2005	Comfort Theory and its application to pediatric nursing
14. Questionário de conforto psíquico (<i>Hospice Comfort Questionnaire -HCQ</i>)	Conforto de pessoas com adoecimento psíquico	Kolcaba et al.	2004	Efficacy of Hand Massage for Enhancing the Comfort of Hospice Patients

15. <i>General Comfort Questionnaire – GCQ</i> (Estudo teórico)	Conforto de pessoas em situação de perianestesia	Wilson, Kolcaba	2004	Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting
16. Questionários de Conforto no Fim de da Vida (<i>End-of-life (EOL) Comfort Questionnaires – Caregivers</i>) 17. Questionários de Conforto no Fim de da Vida (<i>End-of-life (EOL) Comfort Questionnaires – Patients</i>)	Conforto na fase final de vida para pacientes e cuidadores intimamente envolvidos	Novak et al.	2001	Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care
18. Escala analógica visual para conforto total (<i>Comfort Visual Analog Scales</i>) 19. Questinário de conforto para terapia de radiação (<i>Radiation Therapy Comfort Questionnaire</i>)	Conforto total através de uma escala analógica	Kolcaba, Steiner	2000	Empirical evidence for the nature of holistic comfort
20. Questionário de Conforto de Frequência e Incontinência Urinária (<i>Urinary Incontinence and Frequency Comfort Questionnaire - UIFCQ</i>)	Conforto de pessoas com incontinência Urinária	Dowd, Kolcaba, Steiner	2000	Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort
21. Questionário de conforto para terapia de radiação (<i>Radiation Therapy Comfort Questionnaire</i>)	Conforto de mulheres com diagnóstico de câncer de mama	Kolcaba, Fox	1997	The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy

Fonte: a autora.

A maioria dos instrumentos (GCQ) adaptados transculturalmente apresentaram como propriedade psicométrica a análise da consistência interna, por meio do alfa de *Cronbach*, obtendo-se medidas consideradas satisfatórias (KOLCABA, DIMARCO, 2005; DOWD, KOLCABA, STEINER, 2006). Apenas dois estudos realizaram análise fatorial exploratória, que indicaram uma estrutura de três fatores: alívio, calma e transcendência, que explicaram 38,64% da variação total (APÓSTOLO et al., 2007; PÓSTOLO et al., 2007). Quanto a confiabilidade, a versão do instrumento com 38 itens, destinado a medir o conforto de pacientes

psiquiátricos, apresentou melhor alfa total (0,89) e nas subescalas o alfa variou de 0,75 a 0,90 (APÓSTOLO et al. 2007).

Dentre os instrumentos adaptados transculturalmente, o GCQ-IAM foi adaptado até a fase de validade de conteúdo.. Nesta etapa, as equivalências exigidas no processo de adaptação transcultural foram alcançadas com êxito. Este versão, constituída por 63 itens, 48 itens do instrumento original, somados a 15 novos itens (GÓIS et al., 2018). O acréscimo de 15 novos itens foi justificado pelo direcionamento do instrumento à um grupo com uma condição de saúde e demanda de atenção à saúde específica.

Os novos itens, apresentados no quadro 3, foram validados na equivalência semântica por dois grupos de juízes. Seu acréscimo reforçou a importância da exploração da literatura, bem como da própria observação e experiência das pesquisadoras sobre a condição específica de adoecimento do público alvo (GÓIS et al., 2018). De acordo com Reicheinheim e Moraes (2007) e Nascimento e Monteiro (2010), o acréscimos de itens em um instrumento podem ser realizados a partir do momento que é realizada uma revisão bibliográfica minuciosa, ou a realização de grupo focal para explorar o fenômeno, de acordo com valores culturais e crenças da população alvo (NASCIMENTO, MONTEIRO, 2010). O GCQ-IAM, alcançou as equivalências semântica, operacional e conceitual exigidas na etapa de validação de conteúdo do processo de adaptação transcultural, demonstrando ser uma ferramenta com bons padrões psicométricos (GÓIS et al., 2018).

Quadro 3 - Itens acrescentados ao *General Comfort Questionnaire* destinado à pessoa com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.

Itens acrescentados ao <i>General Comfort Questionnaire</i> segundo estados e contextos		
Itens	Estados	Contextos
49. Você está com sede?	Alívio	Físico
50. Você não sabe se agora é dia ou noite?	Alívio	Ambiental
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio	Sociocultural
52. Você está com dor no peito agora?	Alívio	Físico
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui?	Transcendência	Sociocultural
54. A luz deste lugar te incomoda?	Transcendência	Ambiental
55. Você tem dificuldade para urinar?	Alívio	Físico
56. Você tem medo de morrer?	Alívio	Psicoespiritual
57. Gostaria de ver sua família por mais tempo?	Alívio	Sociocultural
58. Você está com falta de ar?	Alívio	Físico
59. Você não sabe se vai se recuperar?	Calma	Psicoespiritual
60. É difícil comer aqui?	Calma	Físico
61. Tem dificuldade para dormir?	Calma	Físico
62. Os aparelhos que usa te perturbam?	Calma	Ambiental
63. Você se sente isolado?	Transcendência	Ambiental

O GCQ-IAM, obedece ao padrão de mensuração do instrumento do qual é originado, e mensura o conforto, por meio de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). A sua estrutura final, segundo estados de conforto e contextos está apresentada no quadro 4. No pré-teste, realizado com 30 sujeitos, constatou-se a adequação do instrumento ao público-alvo (GÓIS, 2016; GÓIS et al., 2018).

Quadro 4 - *General Comfort Questionnaire* destinado à pessoa com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.

Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio						
Itens	Domínios	Pontuação				
1. Seu corpo está relaxado agora?	Calma/Físico	4	3	2	1	
2. Você é capaz de ajudar com seu tratamento?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1	
3. Você tem muita privacidade?	Alívio/Ambiental	4	3	2	1	
4. Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais?	Calma/Sóciocultural	4	3	2	1	
5. Você não quer se exercitar?	Transcedência/Físico	4	3	2	1	
6. Seu problema de saúde te deixa para baixo?	Transcedência/Físico	4	3	2	1	
7. Você se sente confiante em sua recuperação?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1	
8. Você se sente dependente dos outros?	Alívio/Sóciocultural	4	3	2	1	
9. Você sente que sua vida é importante agora?	Transcedência/ Psicoespiritual	4	3	2	1	
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)?	Transcedência/ Sociocultural	4	3	2	1	
11. Este lugar é agradável?	Calma/Ambiental	4	3	2	1	
12. Os ruídos te deixam nervoso (a)?	Alívio/Ambiental	4	3	2	1	
13. Ninguém te entende?	Alívio/Sóciocultural	4	3	2	1	
14. É difícil suportar sua dor?	Alívio/Físico	4	3	2	1	
15. Você é capaz de dar o melhor de si?	Transcedência/Físico	4	3	2	1	
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Transcedência/ Sóciocultutal	4	3	2	1	
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Transcedência/ Psicoespiritual	4	3	2	1	
18. Você não gosta de estar aqui?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1	
19. A prisão de ventre lhe incomoda?	Alívio/Físico	4	3	2	1	
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento?	Calma/Físico	4	3	2	1	
21. Este quarto lhe assusta?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1	

22. Você tem medo do que pode acontecer?	Alívio/Psicoespiritual	4	3	2	1
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você?	Calma/Sóciocultural	4	3	2	1
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1
25. Você está com fome?	Alívio/Físico	4	3	2	1
26. Você gostaria que seu médico lhe visse mais vezes?	Alívio/Sócio	4	3	2	1
27. A temperatura neste quarto é boa?	Alívio/Ambiental	4	3	2	1
28. Você está muito cansado (a)?	Calma/Físico	4	3	2	1
29. Você pode superar sua dor?	Transcedência/Físico	4	3	2	1
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1
31. Você está feliz?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1
32. Esta cama lhe machuca?	Calma/Ambiental	4	3	2	1
33. O que você vê ao seu redor lhe anima?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1
34. Seus pertences pessoais não estão aqui?	Alívio/Ambiental	4	3	2	1
35. Você se sente à vontade aqui?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1
36. Você se sente bem o bastante para caminhar?	Calma/Físico	4	3	2	1
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Alívio/Sóciocultural	4	3	2	1
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde?	Calma/Sociocultural	4	3	2	1
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio/Psicoespiritual	4	3	2	1
41. Você se sente péssimo por não está vestido? (a)	Transcedência/ Psicoespiritual	4	3	2	1
42. Este quarto tem um cheiro horrível?	Calma/Ambiental	4	3	2	1
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma/Sóciocultural	4	3	2	1
44. Você está calmo (a)?	Alívio/Psicoespiritual	4	3	2	1
45. Você está deprimido (a) ?	Transcedência/ Psicoespiritual	4	3	2	1
46. Você encontrou o significado de sua vida?	Alívio/Psicoespiritual	4	3	2	1
47. É fácil andar neste espaço?	Calma/Ambiental	4	3	2	1
48. Você precisa se sentir bem novamente?	Alívio/Físico	4	3	2	1
49. Você está com sede?	Alívio/Físico	4	3	2	1
50. Você não sabe se agora é dia ou noite?	Alívio/Ambiental	4	3	2	1
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio/Sociocultural	4	3	2	1

52. Você está com dor no peito agora?	Alívio/Físico	4	3	2	1
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui?	Transcedência/ Sociocultural	4	3	2	1
54. A luz deste lugar te incomoda?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1
55. Você tem dificuldade para urinar?	Alívio/Físico	4	3	2	1
56. Você tem medo de morrer?	Alívio/Psicoespiritual	4	3	2	1
57. Gostaria de ver sua família por mais tempo?	Alívio/Sociocultural	4	3	2	1
58. Você está com falta de ar?	Alívio/Físico	4	3	2	1
59. Você não sabe se vai se recuperar?	Calma/Psicoespiritual	4	3	2	1
60. É difícil comer aqui?	Calma/Físico	4	3	2	1
61. Tem dificuldade para dormir?	Calma/Físico	4	3	2	1
62. Os aparelhos que usa te perturbam?	Calma/Ambiental	4	3	2	1
63. Você se sente isolado?	Transcedência/ Ambiental	4	3	2	1

Fonte: a autora.

Escala de mensuração devem ser incorporadas à clínica e à pesquisa em enfermagem para o seu uso e aperfeiçoamento, pois o conhecimento científico também está associado a obtenção de medidas que sejam confiáveis e válidas (FIQUEIREDO FILHO, SILVA JUNIOR, 2010).

2.3. PROCEDIMENTOS PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

O desenvolvimento de um instrumento de medida exige diversas etapas que precisam ser seguidas com determinado rigor, o que torna esse processo difícil, envolvendo tempo, custo, e conhecimentos diversos. Quando existe um instrumento para aferição de um fenômeno em saúde é preciso avaliar a real necessidade de se desenvolver um novo instrumento ou se a adaptação é o melhor caminho a ser seguido. Muitas vezes, a adaptação transcultural pode ser uma alternativa para facilitar o direcionamento do processo (FERREIRA, MARQUES, 1998; REICHENHEIM, MORAES 2012).

No passado, fenômenos subjetivos como conforto, dor, depressão, fadiga e qualidade de vida eram imensuráveis (MOTA, PIMENTA, 2007; FREITAS, 2012). Entretanto, o desenvolvimento da psicométrica e de diversos ramos da ciência permitiram o desenvolvimento de instrumentos capazes de aferir esses construtos. Com isto, na área da saúde observa-se a disponibilização de um número crescente de questionários e escalas (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001; TERWEE et al., 2007; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

O conforto, como outras variáveis psicossociais, é um fenômeno complexo e abstrato, e

para a sua mensuração, faz-se necessário movê-lo do abstrato para o concreto, por meio da identificação e operacionalização das propriedades ou atributos, que caracterizam esse construto. Neste sentido, operacionalizar atributos significa especificar descritores empíricos, que serão usados para comunicar um significado, assim como os procedimentos que serão usados para medi-lo (FREITAS, 2012).

A mensuração visa quantificar as características do construto e deve ser conduzida pela psicometria (BRAGA, CRUZ, 2004). Etimologicamente, a psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área de psicologia e educação. Fundamenta-se na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, no método quantitativo, cuja principal característica é representar o conhecimento da natureza com maior precisão para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2009).

A psicometria tem suas origens na psicofísica dos psicólogos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fechner. O inglês Francis Galton também contribuiu para o seu desenvolvimento, criando testes para medir processos mentais, sendo considerado o seu criador. Foi, contudo, Leon Louis Thurstone, o criador da análise fatorial múltipla, que deu o tom à psicometria, diferenciando-a da psicofísica (PASQUALI, 2009).

A psicofísica foi definida como a medida de processos diretamente observáveis, ou seja, o estímulo e a resposta do indivíduo, enquanto a psicometria consistia na medida do comportamento por meio de processos mentais. De modo geral, a psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens, e está fundamentada em dois modelos teóricos: a Teoria Clássica dos Testes (TCT), também chamada de Psicometria Clássica e a Teoria da Resposta ao Item (TRI), também conhecida por Psicometria Moderna (PASQUALI, 2009).

A TCT tem interesse em definir a qualidade dos testes, os quais são estímulos comportamentais ou variáveis observáveis. Assim, preocupa-se em produzir testes de qualidade, buscando explicar a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa em um escore total. A TRI se interessa por produzir itens de qualidade, por isso, define a qualidade dos testes em função de um critério que não é o comportamento, mas variáveis hipotéticas, chamadas de traço latente ou *theta*. Preocupa-se especificamente pelos itens, e quer saber qual é a probabilidade e quais são os fatores que afetam a probabilidade de cada item, individualmente, ser aceito ou rejeitado (PASQUALI, 2003; PASQUALI, 2009). A aplicação de ambos os modelos teóricos da psicometria visam assegurar a validade e a confiabilidade da medida construída (PASQUALI, 2007).

No que se refere ao processo de adaptação transcultural nos diversos contextos em que

o instrumento de mensuração será aplicado, segue-se ao que é estabelecido pela psicometria, que faz uso de métodos e técnicas científicas que possibilitam o estudo do comportamento humano e, mais precisamente, dos construtos que perpassam as teorias psicológicas. Entretanto, cabe ressaltar que é praticamente impossível chegar à totalidade dos fenômenos psicológicos, devendo o pesquisador sempre utilizar instrumentos adequados e interpretá-los com prudência, minimizando os possíveis erros na medida para obter o grau de discriminação desejado (MENEZES, 2006).

Tanto na TCT quanto na TRI, os dois parâmetros mais importantes de legitimidade de uma medida ou teste são a validade e a confiabilidade (PASQUALI, 2009). Logo, as ferramentas ou instrumentos de mensuração utilizadas na pesquisa científica devem ser avaliadas de acordo com estes critérios, pois suas propriedades têm influência nas validades interna e externa do estudo (LO-BIONDO WOOD, HABER, 2001).

Quando esses instrumentos são utilizados em novos contextos e culturas, estes critérios devem ser levados em consideração, por meio de estudos de adaptação transcultural que representa o processo de adaptação do instrumento para uma nova realidade, por meio da análise do idioma (tradução) e de condições específicas de contexto e cultura, para que desta forma se possa alcançar um instrumento preciso e válido.

2.3.1 Adaptação Transcultural de um Instrumento de Medida: validade de conteúdo, de critério e de construto

A validade, também denominada acuidade, acurácia ou exatidão, refere-se ao grau em que determinado exame ou instrumento é apropriado para medir o valor do que está sendo observado ou interpretado, informando se o resultado representa a “verdade”, ou, o quanto se afasta dela (PEREIRA, 2008).

A validade é essencialmente um julgamento feito após compilar todas as informações e não apenas os coeficientes obtidos. Pode então ser entendida como um processo ou como uma etapa na construção de testes, podendo ocorrer de três formas: validade de conteúdo, validade relacionada a critério e validade de construto (MENEZES, 2006; LOBIONDO WOOD, HABER, 2001) conforme discorre-se a seguir:

Validade de conteúdo

A validade de conteúdo é o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se os itens representam fielmente os seus objetivos, ou seja, se representam

de fato o construto que será medido. Considera-se, também, o grau em que determinado instrumento inclui todas as dimensões do construto que se pretende medir. Esta análise não é feita estatisticamente, ela baseia-se na literatura, na opinião de sujeitos da população alvo e no julgamento de especialistas na área do conceito (ERTHAL, 2003; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Muitos autores defendem diferentes etapas para o processo de adaptação transcultural, havendo algumas variações no conjunto das etapas propostas. De modo geral, o processo de adaptação transcultural inclui seis estágios: 1. Avaliação da equivalência conceitual e de itens; 2. Tradução (submetidas a pelo menos dois tradutores independentes, podendo cada tradução ser feita também por equipes); 3. Síntese das traduções; 4. Retrotradução (a versão síntese é traduzida de volta ao idioma de origem); 5. Retrotradução da síntese das traduções; 6. Avaliação pelo autor original; 7. Avaliação de especialistas e população alvo; 8. Pré-teste (uma amostra da população responde ao questionário para se verificar a compreensão e clareza dos itens). 9. Avaliação da equivalência operacional (análise do formato dos itens, tipo de papel utilizado, disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento e das instruções para resposta dos itens) (REICHENHEIM MORAES, 2007; REICHENHEIM, MORAES, 2012).

Para se obter a equivalência transcultural entre a versão original e a versão traduzida/adaptada (REICHENHEIM, MORAES, 2007; REICHENHEIM, MORAES, 2012) deve-se alcançar, no desenvolvimento dos estágios descritos acima, as equivalências conceitual e de itens, semântica, operacional e de mensuração, as quais seguem explicadas abaixo (HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998; REICHENHEIM, MORAES, 2007):

1. Equivalência conceitual e de itens: reflexão sobre a teoria que subjaz o construto e o domínio alcançado pela utilização do instrumento (conceitual) e reflexão sobre a captação dos domínios que compõem o construto (itens). Recomenda-se uma revisão sobre publicações do instrumento original, discussão com um comitê de especialistas multidisciplinar e população-alvo.

2. Equivalência semântica: trata da transferência do sentido das palavras no instrumento original para uma nova versão, a fim de se alcançar efeito semelhante nos respondentes das duas culturas. Seria a tradução propriamente dita.

3. Equivalência operacional: refere à avaliação quanto à pertinência e adequação do veículo e formato do instrumento, das suas instruções, do cenário e modos de aplicação e categorização.

4. Equivalência de mensuração: consiste em avaliar a validade e a confiabilidade da versão do instrumento, comparando-as com as encontradas no instrumento original.

Na validade de conteúdo pode ser utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que indica a extensão da concordância dos especialistas na avaliação de um instrumento (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro (RUBIO et al., 2003; DEVON et al., 2007). O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados, “3” ou “4”, pelos especialistas (GRANT, DAVIS, 1997). Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juizes” (WYND, SCHMIDT, SCHAEFER, 2003). A formula para o cálculo está explicitada na figura 2.

Figura 2 - Formula do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo.

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

Fonte: ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.7, p.3061-3068, 2011.

A validade de conteúdo é uma fase importante de adaptação de um questionário ou escala, porém trata-se apenas do início de um processo que também deve ser seguido com outras medidas, na perspectiva de avaliar outros tipos de validade e de confiabilidade (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Validade de critério

A validade relacionada a critério indica a relação entre o desempenho do sujeito da pesquisa sobre a ferramenta de medição e o comportamento real deste sujeito. Trata das pontuações em que um instrumento específico se relaciona com um padrão-ouro. É possível classificar positivamente a validade de critério quando são apresentados argumentos convincentes de que o padrão utilizado realmente é "ouro", e quando a correlação de um instrumento específico com o padrão-ouro é de pelo menos 0,70 (TERWEEL et al., 2007).

Validade de construto

A validade de construto baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou um construto teórico (LOBIONDO, HABER, 2001). Segundo Martins (2006), o pressuposto para o processo de validação de um construto é a sua vinculação com uma teoria, visto que é o marco teórico que dá suporte ao construto (MARTINS, 2006). Por isso, a validade de construto é ainda referida como a validação de uma teoria (RICHARDSON, 2007). Nessa validade é empregada a análise de fator, um procedimento que possibilita a identificação de grupos de itens relacionados em uma escala. Assim, permite identificar e agrupar medidas diferentes de algum atributo subjacente e distinguí-las das medidas de atributos diferentes (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

A análise fatorial (AF) integra a validade de construto de uma medida e tem por finalidade descobrir se a escala constitui uma representação legítima e adequada do construto (PASQUALI, 2003). Tem como objetivo condensar (resumir) a informação contida em diversas variáveis originais em um conjunto menor de novas dimensões (fatores), com uma perda mínima de informação (HAIR et al., 2009). Além de verificar, precisamente, quantos fatores são necessários para explicar as covariâncias dos itens, verifica se os mesmos se relacionam. Se a relação ocorre é porque possuem uma causa comum que produz esta correlação. A relação de cada item com o fator se expressa pela correlação, e esta relação chama-se carga fatorial, que mostra o grau de covariância existente entre o item e seu respectivo fator. Quanto maior for a covariância, maior é a validade do item, porque maior será a sua representatividade no fator. A carga fatorial varia de -1 a +1. Uma carga de valor zero significa que não há nenhuma relação entre o item e o fator, nesse caso, o item seria uma representação equivocada do fator (PASQUALI, 1998; PASQUALI, 2003).

A análise fatorial fornece ao pesquisador duas saídas distintas, mas relacionadas, denominadas de resumo de dados e redução de dados. No resumo de dados, a AF obtém dimensões inerentes ao construto estudado, que interpretadas e compreendidas descrevem os dados em um número muito menor de conceitos do que as variáveis individuais originais. Nessa saída, o conceito fundamental envolvido é a definição da estrutura, onde o pesquisador pode visualizar o conjunto de variáveis em diversos níveis de generalização, variando do mais detalhado ao mais generalizado, onde as variáveis individuais são agrupadas e, então, vistas pelo que representam coletivamente na expressão de um conceito. A redução de dados estende esse processo derivando um valor empírico (escore fatorial) para cada dimensão (fator) e, então, substituindo o valor original por esse novo valor. Essa saída faz a identificação das dimensões ou fatores latentes. Assim, as estimativas dos fatores e as contribuições das variáveis aos fatores

(cargas) corresponde ao que requer a análise (HAIR et al., 2009). Alguns critérios são importantes para a tomada de decisão quanto a utilização da técnica de AF, a saber:

1. A natureza e o tamanho da amostra: formarão a base de dados da AF, devendo-se considerar a amostra mais heterogênea possível, a fim de se obter correlações mais altas. No que se refere ao tamanho da amostra, o pesquisador dificilmente realiza uma AF com uma amostra com menos de 50 observações. De preferência, o tamanho amostral deve ser maior ou igual a 100 observações. Como regra geral, o mínimo é ter pelo menos cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas, e o tamanho mais aceitável teria uma proporção de dez para um. Alguns pesquisadores chegam a propor um mínimo de 20 casos para cada variável (HAIR et al., 2009). Em relação ao tamanho amostral, recomenda-se verificar se as cargas fatoriais obtidas foram satisfatórias.

2. A adequação das distribuições das variáveis que entram na AF: implica que construtores de testes ou escalas examinem as distribuições dos itens individuais, antes de considerar uma análise fatorial ou qualquer outra análise estrutural complexa. Nesta, deve-se considerar a possibilidade de exclusão de itens que possuem distribuições assimétricas e desequilibradas, muito comum em escalas com um formato tipo *Likert*, onde frequentemente existem itens em que a grande maioria dos respondentes escolhe a mesma opção de resposta, o que torna esses itens desequilibrados e, portanto, indesejáveis, pois quando a maioria dos sujeitos responde de maneira semelhante, os itens contêm pouca informação, ou seja, a variabilidade é limitada. Estes itens provavelmente mostram uma correlação fraca com os outros itens do conjunto e, portanto, terão um pobre desempenho nas análises fatoriais subsequentes. Idealmente, a análise fatorial deve ser aplicada aos dados que são distribuídos com normalidade multivariada, a fim de produzir estruturas fatoriais mais claras e mais replicáveis (LAROS, 2005).

3. Seleção de variáveis: para assegurar a qualidade dos dados, esses devem ser mensurados em nível intervalar para uso otimizado de AF. Além disso, deve-se realizar uma seleção e uma cuidadosa análise exploratória de itens. A seleção dos itens pode ser realizada a partir de uma análise prévia ou exploratória para assegurar que os itens construídos para medir um determinado construto comum tenham correlações moderadas entre eles. Se o item não mostra, pelo menos, uma correlação moderada com os outros itens do construto, provavelmente terá um desempenho pobre numa AF (LAROS, 2005).

4. A inclusão de variáveis marcadoras: entre as variáveis a serem analisadas, esse procedimento refere-se à inclusão de itens, na coleta inicial, que possam se diferenciar daqueles que avaliam o construto, melhorando a validade discriminante da nova medida (LAROS, 2005).

5. Decisão quanto ao número de fatores a extrair: pode ser orientada pelos principais critérios, como o critério de autovalor maior do que 1,0 de *Guttman-Kaiser*; o critério baseado no Teste *Qui-quadrado de Bartlett*; o Teste *Scree de Cattell*; o critério da média mínima de correlações parciais de *Velicer* e o critério de análise paralela de *Horn* (LAROS, 2005; HAIR et al, 2009), como descritos a seguir:

a) O critério de *Guttman-Kaiser* ou critério de autovalor (*Eigenvalue*): corresponde à quantidade da variância explicada por um componente, sendo que um autovalor igual a 1,0 representa a totalidade de porcentagem da variância explicada por uma única variável (LAROS, 2005).

b) Teste *Qui-quadrado de Bartlett*: consiste na testagem estatística da hipótese nula, segundo a qual os autovalores de todos os componentes são iguais (LAROS, 2005).

c) Teste *Scree de Cattell*: critério baseado em um gráfico dos autovalores. O eixo Y representa os autovalores e o eixo X mostra o número sequencial dos componentes. O julgamento subjetivo baseia-se no uso de uma linha reta colocada ao longo da parte do fundo do gráfico onde os pontos formam uma linha aproximadamente reta. Os pontos acima da linha da reta são associados com fatores não triviais, enquanto os pontos restantes representam os fatores triviais (LAROS, 2005).

d) O critério da média mínima de correlações parciais de *Velicer*: baseado na matriz das correlações parciais. Esta é calculada após a extração de cada um dos componentes sequencialmente. A correlação encontra um mínimo quando a matriz residual se assemelha a uma matriz de identidade (LAROS, 2005).

e) O critério de análise paralela de *Horn*: compara os autovalores obtidos empiricamente com os autovalores obtidos através de matrizes que contêm variáveis randômicas não-correlacionadas, tendo tamanhos de amostra iguais aos da matriz de correlação empiricamente obtida (LAROS, 2005).

6. Tipos de AF utilizadas para extração de fatores: análise de componentes principais (ACP) e a análise fatorial comum (AFC). A escolha de um método ou outro é baseada em dois critérios: os objetivos da AF e o montante de conhecimento prévio sobre a variância das variáveis. A análise de componentes principais é usada quando o objetivo é resumir a maior parte da informação original (variância) a um número mínimo de fatores para fins de previsão (HAIR et al, 2009). A análise fatorial comum é usada prioritariamente para identificar fatores ou dimensões que refletem o que as variáveis têm em comum. Dentro da AFC existem várias técnicas, a saber: (a) *Principal Axis Factoring*; (b) *Unweighted Least Squares*; (c) *Generalized*

Least Squares; (d) Maximum Likelihood; (e) alfa Factoring e (f) Image Factoring (LAROS, 2005).

7. Rotação de fatores. após extraídos os fatores, estes são submetidos ao processo de rotação que objetiva conseguir uma estrutura fatorial simples, a qual é alcançada quando cada variável, preferencialmente, tem uma única carga alta em um único fator. O caso mais simples de rotação é a rotação ortogonal, no qual os eixos são mantidos a 90 graus, sendo também possível rotacionar os eixos sem manter o ângulo de 90 graus entre os eixos de referência. Nesta rotação, os fatores são mantidos não-correlacionados e os procedimentos mais comuns, na análise fatorial exploratória são *Varimax*, *Quartimax*, *Equamax*, *Orthomax* e *Parsimax*. O procedimento *Varimax* é o mais utilizado e objetiva maximizar a variância das cargas fatoriais para cada fator por meio do aumento das cargas altas e a diminuição das cargas baixas. Quando não há restrição de ser ortogonal, o procedimento de rotação se chama rotação oblíqua. Trata-se de uma rotação mais realista, porque as dimensões inerentes que são teoricamente importantes não são supostas sem correlações. Na análise fatorial exploratória os procedimentos mais utilizados na rotação oblíqua são: *Direct Oblimin*, *Quartimin*, *Procrustes* e *Promax*. Os mesmos princípios gerais de rotações ortogonais são aplicáveis nas rotações oblíquas, no entanto o método de rotação oblíqua é mais flexível, pois os eixos fatoriais não precisam ser ortogonais. Quando a correlação entre os fatores é muito baixa ($r < 0,30$), o uso de um procedimento de rotação ortogonal é geralmente mais adequado (HAIR et al, 2009).

8. Julgamento da significância das cargas fatoriais. A análise fatorial exploratória (AFE) produz, para cada variável, uma carga fatorial, em cada fator. Essa carga indica, em porcentagem, quanta covariância existe entre o fator e o item. O valor da carga fatorial varia entre -1,00 e +1,00, sendo que um valor de 0 indica a total ausência de covariância entre a variável e o fator. Depois da rotação ortogonal, a carga fatorial pode ser interpretada como a correlação entre uma variável e o fator, e depois de uma rotação oblíqua, deve ser interpretada como uma medida da relação única entre a variável e o fator (LAROS, 2005). Usando a significância prática como critério, pode-se avaliar as cargas como segue (HAIR et al, 2009):

- Cargas fatoriais entre $0,30 \pm 0,40$ são considerados como atendendo o nível mínimo para interpretação de estrutura.
- Cargas com valores de 0,50 ou maiores são consideradas significantes.
- Cargas maiores ou iguais a 0,70 são consideradas indicativas de estrutura bem definida e são a meta de qualquer análise fatorial.

Quando uma variável não tem uma carga substancialmente alta nos fatores, esta pode ser excluída, e a análise fatorial é refeita com o subconjunto restante dos itens (LAROS, 2005).

9. Investigação de uma solução hierárquica: ocorre quando os dados nos quais fatores de primeira ordem, que são relativamente específicos, podem ser agrupados em fatores mais gerais, de um nível mais alto. Quando um fator de uma ordem mais alta é esperado, a matriz fatorial de estrutura inicial deve ser submetida à rotação oblíqua para permitir correlações entre os fatores de primeira ordem. A matriz de correlações entre os fatores de primeira ordem pode ser submetida a uma AF para identificar o(os) fator (es) de segunda ordem (LAROS, 2005).

10. A escolha entre a análise fatorial exploratória (AFE) e a análise fatorial confirmatória (AFCF): a AFE é um procedimento que dá ao pesquisador informações sobre a medida que um conjunto de questões mede o mesmo construto. Avalia o grau em que questões individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões de um construto (LOBIONDO; HABER, 2001). A análise fatorial confirmatória (AFC) tem como função confirmar a estrutura fatorial hipotetizada, ou seja, testar a adequação da estrutura fatorial teórica aos dados observados (LAROS, 2005). Este tipo de análise ancora sua relevância e utilidade na construção e validação de teorias, em que os modos mais comuns de AF são os exames das relações entre itens ou variáveis e das relações entre pessoas ou observações (HEVEY, 2012).

11. Verificação da validade cruzada: implica em realizar a AF em uma primeira amostra e também em uma segunda amostra, independente da primeira. Para isso, o tamanho total da amostra deve ser suficiente para ser dividida igualmente em, pelo menos, dois grupos, usando um grupo como a amostra de derivação, e o outro, como a amostra para a realização de validação cruzada (LAROS, 2005).

12. A invariância da estrutura fatorial: o reconhecimento crescente das influências culturais, desenvolvimentais e contextuais em construtos psicológicos, aumentou o interesse em se demonstrar, empiricamente, a invariância da estrutura fatorial de instrumentos psicológicos em vez de, simplesmente, assumir que as medidas são equivalentes entre amostras diferentes. A questão é saber se o instrumento mede o mesmo construto em amostras diferentes, para isso o investigador examina se as variáveis mostram o mesmo padrão de cargas fatoriais significativas entre grupos (LAROS, 2005).

2.3.2 Confiabilidade de um Instrumento de Medida

A confiabilidade (reprodutibilidade, fidedignidade, repetibilidade ou precisão de um instrumento) compreende-se na consistência de resultados quando a medição ou exame se repete (PEREIRA, 2008). Medida confiável é aquela que pode produzir os mesmos resultados,

se o comportamento é medido novamente pela mesma escala. Assim, quanto menor a variação produzida pelo instrumento, nas mensurações repetidas de um atributo, maior a sua confiabilidade. As autoras trazem que as principais propriedades de uma escala confiável são a estabilidade, homogeneidade e a equivalência (LOBIONDO, HABER, 2001).

A estabilidade considera um instrumento estável ou exibidor de estabilidade, quando os mesmos resultados são obtidos em administrações repetidas do instrumento aos mesmos sujeitos da pesquisa sob condições semelhantes, em duas ou mais ocasiões (LOBIONDO, HABER, 2001). Ela pode ser mensurada pelo Teste-reteste, ou seja, um instrumento é aplicado duas vezes, a mesma pessoa em dois momentos distintos e depois os escores são comparados (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004).

A homogeneidade, ou consistência interna, se refere a coerência interna com que os itens dentro da escala refletem ou medem o mesmo conceito. Pode ser avaliada usando testes que exigem uma única aplicação, evitando a influência do tempo de aplicação (PASQUALI, 2003). Pode ser mensurada por diversos coeficientes: questão de correlações totais, confiabilidade de metade dividida, Coeficiente de *Kuder Richardson* e pelo alfa de *Cronbach* (α). Dentre estes coeficientes, o alfa de *Cronbach* é o mais amplamente utilizado. O coeficiente foi apresentado por *Lee J. Cronbach*, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O alfa mede a correlação entre respostas dadas a um questionário por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição. O coeficiente alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens totais (HORA, MONTEIRO, ARICA, 2010).

De acordo com Martins (2006), o valor de alfa é a medida de todos os coeficientes de correlação. As correlações item-total e o valor de alfa são reveladores, porque fornecem informações sobre cada item individual. Itens que não estão correlacionados com os demais podem ser eliminados da medida para aumentar a confiabilidade (MARTINS, 2006).

A pontuação do coeficiente alfa de *Cronbach* varia de 0 a 1, onde o 0 indica a ausência total de consistência interna dos itens, e 1 a presença de consistência interna de 100%, indicando que quanto maior for o valor encontrado, mais precisa será a medida. Embora não exista um consenso entre pesquisadores a respeito dos níveis mais adequados de confiabilidade, valores situados acima de 0,80 são considerados significativos para pesquisas dentro da área social e valores abaixo de 0,70 são tidos como coeficientes frágeis (PASQUALI, 2003; PEREIRA, 2004; HAIR et al., 2009).

Por fim, a equivalência é a coerência ou concordância entre observadores que usam a mesma ferramenta de medição, ou a coerência ou concordância entre formas alternadas de uma ferramenta (LOBIONDO, HABER, 2001). É geralmente utilizada com os instrumentos de observação estruturada (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004) e testada por meio do coeficiente *Kappa*, que faz uma observação direta de um comportamento por pesquisadores treinados e orientados e pela forma paralela ou alternada (LOBIONDO; HABER, 2001).

Este coeficiente informa a proporção de concordâncias além da esperada pela chance, e varia de “menos 1” (completo desacordo nas leituras) a “mais 1” (exato acordo). Zero indica que as concordâncias são provavelmente fruto do acaso, enquanto 1 indica concordância entre os juízes (PEREIRA, 2008; VIEIRA, 2010). Além disto, o valor de *Kappa* pode estar designado em intervalos, como proposto por Landise Koch (1977). Segundo esses autores, *Kappa* pode ser avaliado da seguinte forma: < 0,00 (pobre); 0,00 – 0,20 (leve); 0,21 – 0,40 (razoável); 0,41 – 0,60 (moderada); 0,61 – 0,80 (substancial); 0,81 – 1,00 (quase perfeita), a fim de determinar a força associada (LANDIS, KOCH, 1977). O cálculo deste coeficiente pode ser simples ou ponderado. O *Kappa* simples é mais utilizado para variáveis nominais, dicotômicas, quando não existe uma ordenação entre as categorias. Já o *Kappa* ponderado é indicado para escalas com variáveis de natureza ordinal, ou seja, que obedece a uma hierarquia entre as categorias da escala (por exemplo, a gravidade de um evento) (PEREIRA, 2008; VIEIRA, 2010).

Apesar de todo rigor que se é exigido para promover confiabilidade a um instrumento de medida, muitos fatores podem comprometer a sua precisão, como a natureza do instrumento, a natureza dos participantes a quem será aplicado o instrumento e a própria forma como o instrumento é aplicado. Desse modo, deve-se ter atenção com a extensão do instrumento (instrumentos com muitos itens aumentam a confiabilidade do mesmo); com a eleição da amostra dos participantes, que deve estar vinculada ao objetivo do instrumento; com a forma de aplicação, que pode ser influenciada por quem vai aplicar o instrumento, além das condições ambientes onde o instrumento é aplicado (RICHARDSON, 2007).

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico orientado pela Teoria Clássica dos Testes (TCT) a qual fazem uso de métodos e técnicas que possibilitam o estudo do comportamento humano e, mais precisamente, dos construtos que perpassam as teorias psicológicas (PASQUALI, 2007). A TCT tem interesse em definir a qualidade dos testes, os quais são estímulos comportamentais ou variáveis observáveis. Assim, preocupa-se em produzir testes de qualidade, buscando explicar a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa em um escore total (PASQUALI, 2003; PASQUALI, 2009). A aplicação deste modelo teórico permite assegurar a validade e a confiabilidade da medida construída (PASQUALI, 2007).

3.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Unidades Coronarianas (UCO) e Unidades de Internamento (UI) públicas e privadas de quatro hospitais do Estado da Bahia, de grande porte e de referência para atendimento de pessoas com IAM, situados no município de Feira de Santana e Salvador, após a autorização das instituições responsáveis.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Brasil atualmente possui cerca de 1.752 estabelecimentos com leitos de UTI adulto (27.709 leitos) e 44 estabelecimentos com UTI coronariana (685 leitos) (DATASUS, 2016). Salvador conta com 785 leitos de UTI adulto e 29 leitos de UTI coronariana, enquanto o interior do estado conta com 488 leitos de UTI adulto e 20 leitos de UTI coronariana. Na capital, esses leitos se dividem entre 11 instituições públicas, 17 privadas e 10 filantrópicas, enquanto que no interior os leitos estão distribuídos entre 23 instituições públicas, 19 privadas e nove filantrópicas (DATASUS, 2016).

A UTI e a UCO dos hospitais lócus do estudo eram áreas destinadas a cuidados críticos, com área física, recursos materiais, equipamentos de alta densidade tecnológica e equipe multidisciplinar para o atendimento as pessoas em estado crítico, em que se incluem aquelas com síndrome coronariana aguda (GOULART et al, 2016). As UI que fizeram parte do estudo eram locais onde as pessoas com infarto, em condições clínicas mais estáveis, aguardavam a realização de procedimentos cardiológicos e onde permaneciam após alta das unidades intensivas.

O município de Feira de Santana conta apenas com uma UCO que atende usuários de diversos convênios e que possui uma cota para atender aqueles oriundos do SUS. Os demais centros de terapia intensiva da cidade não assumiam o perfil necessário para a realização deste estudo. A UCO em Feira de Santana, Hospital A, possui doze leitos e é a única na região que dispõe de Laboratório de Hemodinâmica. Além disto, neste hospital, a unidade de internamento, com 10 leitos, foi local de estudo. Neste setor as pessoas com infarto aguardavam a realização de procedimentos ou a alta após a realização dos mesmos.

Em Salvador, as unidades escolhidas para a implementação do estudo são reconhecidas como de referência para o atendimento à pessoas com infarto oriundas sobretudo do SUS. No hospital B, a UTI de escolha para a investigação é constituída de 10 leitos e, no hospital C, a UTI cardiovascular conta com 9 leitos e admitem pessoas adultas com infarto e em em pós-operatório de cirurgias cardíacas. No hospital C, há também uma UCO, com 10 leitos, exclusiva para o tratamento intensivo de pessoas com síndrome coronariana aguda, enretanto, a mesma não foi campo do estudo por estar temporariamente desativada para reforma. Assim sendo, nesta instituição todos as pessoas entrevistadas encontravam-se na UTI cardiovascular. Por fim, no hospital D, haviam 8 leitos na UTI coronariana e 10 leitos na unidade de internamento.

3.3 PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM

Os sujeitos do estudo foram pessoas adultas internadas em UTI, UCO e UI, destinadas ao atendimento de pessoas com infarto agudo do miocárdio, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio; estar internada em unidades de cuidados intensivos ou unidades coronarianas há pelo menos 24 horas e em unidades de internamento até 72 horas, após alta da UTI ou UCO; estar consciente e orientado no tempo e espaço; ter condições clínicas e emocionais informadas pela enfermeira (o) e/ou médico (a) do serviço para responder aos instrumentos da pesquisa.

Para uma estimativa do tamanho da amostra, foi realizado o cálculo do tamanho da amostra, tomando como parâmetro a prevalência estimada para o infarto do miocárdio (IAM) de 99/100.000 adultos em Salvador/BA. Considerou-se: número total da população assumida durante o período da coleta de dados =1.000; proporção dentro da população estudada igual a 0,099; nível de significância de 5% e erro máximo estimado desejado de 4%. De acordo com o cálculo, o tamanho da amostra é de 99, e será formada por pelo menos 100 indivíduos.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram empregados dois instrumentos. O primeiro foi composto por perguntas fechadas (ANEXO A) sobre dados referentes às características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, número de filhos, situação de trabalho, renda familiar mensal, religião e local de moradia) e clínicas (nível de gravidade, intensidade da dor no momento do internamento, tempo de internação, procedimentos cardíacos aos quais foi submetido e experiência prévia com internação na UTI).

O segundo instrumento foi o GCQ-IAM (ANEXO B), o qual já foi previamente testado até a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural (GÓIS, 2016) do *General Comfort Questionnaire (GCQ)* (KOLCALBA, 2003). O instrumento atingiu as propriedades psicométricas necessárias na etapa de validação de conteúdo do processo de adaptação transcultural (GÓIS et al., 2018).

No GCQ-IAM foram acrescentados 15 novos itens, portanto, o instrumento final ficou constituído por 63 itens, que devem ser respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente) (GÓIS, 2016). O instrumento avalia o nível de conforto relacionado aos estados de conforto (calma, alívio e transcendência) e os contextos em que é experienciado (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural) (KOLCABA, 2003).

Dos 63 itens, 21 itens são referentes ao estado de calma, 24 ao estado de alívio e 18 ao estado de transcendência. Ao estado de calma foram acrescentados quatro novos itens: “Você não sabe se vai se recuperar?”; “É difícil comer aqui?”; “Tem dificuldade para dormir?” e “Os aparelhos que usa te perturbam?”. Nove itens novos se referiram ao estado de alívio: “Você está com sede?”; “Você não sabe se agora é dia ou noite?”; “As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?”, “Você está com dor no peito agora?”, “Você tem dificuldade para urinar?”; “Você tem medo de morrer?”; “Gostaria de ver sua família por mais tempo?”, “Você está com falta de ar?” e “A luz deste lugar te incomoda?”. Ao estado de transcendência dois itens novos foram elaborados: “Sua vida mudou desde que chegou aqui?” e “Você se sente isolado?” (GÓIS, 2016).

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Os hospitais e suas respectivas unidades foram contatados para apresentação do projeto de pesquisa por meio de um ofício (APÊNDICE A), obtenção da aprovação para realização do estudo e aproximação da pesquisadora com o campo de estudo.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro de 2018 à fevereiro de 2019. Por meio da consulta ao censo diário, foram identificadas as pessoas com IAM, com tempo de internação em UTI e UCO de pelo menos 24h, e em UI até 72h, após alta em UTI ou UCO. A partir disto, foi feito o levantamento daqueles que atendiam aos critérios de elegibilidade para integrar o estudo. A abordagem dos participantes ocorreu nas próprias unidades, em horário acordado com a direção, levando-se em consideração o estado clínico e emocional dos mesmos, segundo orientação dada pelos médicos (as) e enfermeiras (os).

Os participantes foram orientados sobre os objetivos, procedimentos de pesquisa e os aspectos éticos relacionados a participação no estudo. Aqueles que concordaram em participar e atenderam aos critérios de elegibilidade assinaram o TCLE. Após essa etapa, foram convidados a participar da entrevista na própria unidade, preservando-se a privacidade deste indivíduo em todas as etapas. A coleta de dados ocorreu em tempo médio de 20 a 30 minutos. O nível de gravidade e os procedimentos cardíacos foram verificados no prontuário e quando não registrados neste, eram questionados ao médico (a) ou a (o) enfermeira (o) de plantão. Todos os demais dados foram obtidos durante a entrevista.

A fim de viabilizar a coleta de dados no tempo previsto, bem como, a obtenção da amostra necessária para proceder às análises de validade e confiabilidade, foi necessária a participação de outros entrevistadores. Dessa maneira, foi montada duas equipes de coleta de dados, uma em Feira de Santana, que contou com a participação de estudantes de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), voluntárias e bolsistas vinculadas ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos em Saúde (NIPES), e outra em Salvador, que contou com o auxílio de estudantes de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), voluntárias e bolsistas vinculadas ao Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado e a Saúde Cardiovascular (GISC). A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação da EEUFBA e vincula-se a UEFS através do Projeto de Pesquisa “Adaptação Transcultural de uma Escala para medida do Conforto de Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio”, que possui autorização para coleta de dados em uma das Instituições co-participantes do estudo.

Ao todo, nove estudantes foram capacitadas pela pesquisadora responsável, cinco em Salvador e quatro em Feira de Santana. Na primeira etapa, reuniões foram previamente agendadas para a apresentação da pesquisa e dos seus objetivos. Nestes encontros foram discutidos temas como: conforto; infarto agudo do miocárdio; dados epidemiológicos referentes ao adoecimento cardiovascular; a vivência e a experiência de pessoas infartadas; psicometria; etapas para a construção de um instrumentos de medida; adaptação transcultural; entrevista e a

aplicação de escalas; e o processo de construção do banco de dados. A segunda etapa do treinamento consistiu na aplicação conjunta dos instrumentos, onde primeiramente, as acadêmicas observaram a técnica de coleta realizada pela pesquisadora responsável, em pelo menos três entrevistas. Depois, procederam a aplicação dos instrumentos sob supervisão até estarem aptas para realizar a coleta de dados com autonomia e segurança. A avaliação sobre o preparo das entrevistadoras ocorreu mediante análise da uniformidade na coleta de dados, e caso fosse percebido qualquer equívoco, era oferecido treinamento de suporte. A princípio a supervisão da coleta em campo de estudo era realizada semanalmente, com o evoluir da pesquisa passou a ser quinzenalmente.

Ressalta-se que os participantes do estudo hospitalizados em UI foram abordados no máximo, até três dias após a alta das unidades de cuidados intensivos, dado que o presente estudo objetivou obter dados referentes a experiência do conforto durante a internação em UTI e UCO. Com isto, foi solicitado as pessoas que estavam em UI, quando entrevistadas, que se referissem as suas experiências durante internamento em UTI e UCO.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis clínicas e sociodemográficas classificadas como categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas, e as classificadas como quantitativas foram analisadas por medidas de tendência central, média e desvio padrão.

Para a análise dos dados do GCQ-IAM foi adotado o método de componentes principais. Para a exploração da estrutura dimensional do GCQ-IAM foi realizada a técnica de Análise Fatorial Exploratória (AFE), a fim de identificar os fatores (dimensões) do conforto e a carga fatorial dos itens nos diferentes fatores.

A avaliação da fatorabilidade da escala foi realizada pelo teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)*, o qual examina o ajuste dos dados, analisa as variáveis simultaneamente e provê uma informação sintética dos dados indicando a sua adequação para a análise fatorial, quanto mais próximo forem os seus valores de 1 (PEREIRA, 2004). Para essa avaliação, utilizou-se também o Teste de Esfereicidade de *Bartlett* que indica que correlações suficientes existem entre as variáveis para se continuar a análise quando estatisticamente significativa.

Para determinar o número de fatores a serem extraídos foram utilizados os critérios de *Kaiser (Eigenvalue > 1)* e o *Cattell (ScreePlot)*. O procedimento de rotação adotado foi o *Oblimin*. As cargas fatoriais foram consideradas significativas para valores maiores ou iguais a

0,40 (HAIR et al, 2010). Itens que não apresentaram carga fatorial em nenhum fator foram excluídos. Além disso, foram excluídos os itens que apresentaram cargas em mais de um fator e essa diferença foi menor que 0,10, pois foram considerados ambíguos. Os itens que apresentaram cargas em mais de um fator e essa diferença era maior que 0,10 permaneceram no fator em que apresentaram maior carga fatorial (TABACHNIK, FIDELL, 1996).

A comunalidade, quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise, orientou a permanência ou exclusão de um determinado item. Considerando que se trata de um estudo exploratório estabeleceu-se o valor menor ou igual a 0,20 como valor mínimo para excluir um item. Essas análises foram realizadas no software SPSS, versão 20.0 para Windows.

A análise da consistência interna da escala foi realizada pelo cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* da medida geral. Foi considerado um valor de alfa para a medida como um todo, de no mínimo 0,70 (PEREIRA, 2004, MENEZES, 2006).

Além disto, para avaliar a qualidade metodológica do estudo sobre as propriedades de medição empregados, foi adotado o checklist *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN), que reúne normas consensuais para a seleção de instrumentos de medição da saúde (MOKKINK et al., 2010).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA em observância as Resoluções nº. 466/12 e nº. 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Obteve parecer favorável sob número de parecer CEP: 672.322 (ANEXO C). Além disto, o projeto de pesquisa foi encaminhado para os hospitais para apreciação, obtendo-se as autorizações para o início da coleta de dados (ANEXOS D, E, F, G).

Cada instituição co-participante exigiu Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apropriados para os seus setores, seguindo critérios dos Comitês de Ética em Pesquisas internos, logo, os termos de consentimento (APÊNDICES B, C, D, E) foram lidos e explicados aos participantes e após a assinatura, a entrevista foi iniciada. Foi assegurado o anonimato, a privacidade e o direito de recusa ou desistência da participação no estudo em qualquer momento, bem como, a ausência de interferência das respostas dadas no cuidado e tratamento.

Os questionamentos realizados na entrevista poderiam desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para os respondentes. Caso isso ocorresse, esses riscos seriam minimizados com a interrupção da aplicação do instrumento, em qualquer fase da

coleta de dados, respeitando-se as condições clínicas e emocionais dos participantes, assim como, o desejo de continuar a participar do estudo. Nenhum tipo de desconforto foi relatado durante a coleta de dados no que se refere ao processo de entrevista e atuação da equipe.

Os benefícios esperados com o estudo consistiram na orientação da prática profissional no cuidado e tratamento à pessoa com IAM, podendo promover o conforto a estes indivíduos; no desenvolvimento e fortalecimento de um instrumento válido e confiável para a mensuração do nível de conforto de pessoas com IAM e no aprofundamento do conhecimento científico sobre o construto.

Com base no exposto, entende-se que a pesquisa respeitou a dignidade, os valores e a autonomia dos sujeitos defendendo-os em sua vulnerabilidade, buscando ponderar riscos e benefícios e comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos assegurando que danos previsíveis fossem evitados.

Os instrumentos preenchidos foram arquivados no GISC e no NIPES, e ficaram nestes locais durante cinco anos. Após este período os mesmos serão destruídos. Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos e eventos científicos, em reuniões nos grupos de pesquisas e hospitais envolvidos e por meio desta dissertação, que será encaminhada para os arquivos da Biblioteca Universitária de Saúde Prof. Álvaro Rubim de Pinho.

.

4 RESULTADOS

4.1 LOCAL DE ESTUDO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DAS PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Cento e oitenta e duas pessoas com infarto agudo do miocárdio constituíram a amostra do estudo. Destes, 47,3% tinham plano de saúde, enquanto 52,7% eram usuários do SUS. Quanto ao local de internamento, maior proporção estava na UTI coronariana (45,3%) e na UI Coronariana (43,6%) do Hospital A. Menor proporção estava na UTI do Hospital B (5,5%), na UTI do Hospital C (2,8%) e na UI coronariana (1,1%) e UTI (1,7%) do Hospital D.

A idade média dos participantes foi 62,5 anos ($dp=11,9$). Prevaleram entrevistados do sexo masculino (61,5%), autodeclarados pardos (52,5%), com ensino fundamental (40,6%), católicos (59,7%), sem experiência anterior de hospitalização em UTI (70,8%), casados/união estável (66,5%), com até quatro filhos ou mais (30,9%). Maior proporção estava em situação de trabalho inativa (57,7%) sobretudo por serem aposentados. Maior proporção tinha renda familiar mensal de um a dois salários por mês (57,4%). A maioria residia na mesma cidade do local de internamento, ou seja, 54,9% em Feira de Santana e 9,4% em Salvador. Residiam em outras cidades do Estado da Bahia 35,7%, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	113	62,1
Feminino	69	37,9
Raça/cor autodeclarada		
Parda	95	52,5
Branca	47	26,0
Negra	40	21,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental	87	45,7
Ensino Médio	58	33,1
Ensino Superior	26	14,9
Nunca frequentou a escola	11	6,3
Religião		
Católica	109	59,7
Protestante	44	24,3
Outras	18	9,9
Nenhuma	11	6,1
Situação conjugal		
Casado (a) / União estável	122	66,5
Viúvo (a)/ Divorciado (a) / Separado (a)	36	20,1
Solteiro (a)	24	13,4
Situação laboral		
Inativa	107	57,7
Ativa	75	42,3
Renda familiar mensal em salários mínimo*		
< 1	3	2,4
1 – 2	128	57,4
3 – 4	40	31,5
> 4	11	8,7
Número de filhos		
1 – 2 filhos	55	29,9
3 - 4 filhos	56	30,9
> 4 filhos	56	30,9
Nenhum	15	8,3
Cidade em que reside		
Feira de Santana	100	54,9
Outras cidades	65	35,7
Salvador	17	9,4
Total	182	100

Valor de um salário mínimo na época do estudo de R\$ 954,00 (2018) e R\$ 998,00 (2019).

O tempo de internação médio foi de 4,8 dias ($dp= 4,28$). O nível de gravidade predominante no momento da internação foi estável (78,9%), seguido do grave estável (20,6%). Quanto a intensidade da dor quando os sintomas do infarto iniciaram, os entrevistados a relataram: forte (46,4%), moderada (33,5%) e fraca (20,1%). A maioria possuía vários fatores de risco cardiovascular e realizaram na internação atual procedimentos como cineangiocardiorrafia (29,8%), cirurgia cardíaca (25,0%) e angioplastia transluminal coronária (16,5%), como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes do estudo. Salvador, 2019

Variáveis	n	%
Nível de gravidade		
Estável	142	78,9
Grave estável	39	20,6
Grave instável	1	0,5
Intensidade da dor a entrada no hospital		
Intensa	83	46,4
Moderada	63	33,5
Fraca	36	20,1
Procedimentos realizados na internação atual		
Cineangiocardiorrafia	58	29,8
Cirurgia Cardíaca	44	25,0
Angioplastia	29	16,5
Cineangiocardiorrafia e angioplastia	21	11,9
Cineangiocardiorrafia e cirurgia cardíaca	13	7,1
Angioplastia e cirurgia cardíaca	5	2,9
Outros	9	5,1
Nenhum	3	1,7
Total	182	100

4.2 VALIDADE ESTRUTURAL DO GCQ-IAM

Neste item apresenta-se a análise da dimensionalidade e confiabilidade do GCQ-IAM, de acordo com as diversas análises realizadas.

Primeira etapa da Análise Fatorial Exploratória

A Análise Fatorial Exploratória por Componentes Principais (ACP) foi realizada utilizando-se a matriz de correlação de Pearson com os 63 itens do GCQ-IAM. Nesta análise obteve-se o valor de 0,568 para o teste *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)*, o qual foi considerado baixo (HAIR et al, 2010). O Teste de *Bartlett* teve significância

estatística ($p=0,000$). O critério do autovalor (*Eigenvalue* > 1) indicou uma solução de até 24 fatores com *Eigenvalues* acima de 1,0, respondendo em seu conjunto por uma variância total de 68,54%, como demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – *Eigenvalues* e percentual da variância do GCQ-IAM (63 itens), Salvador, 2019.

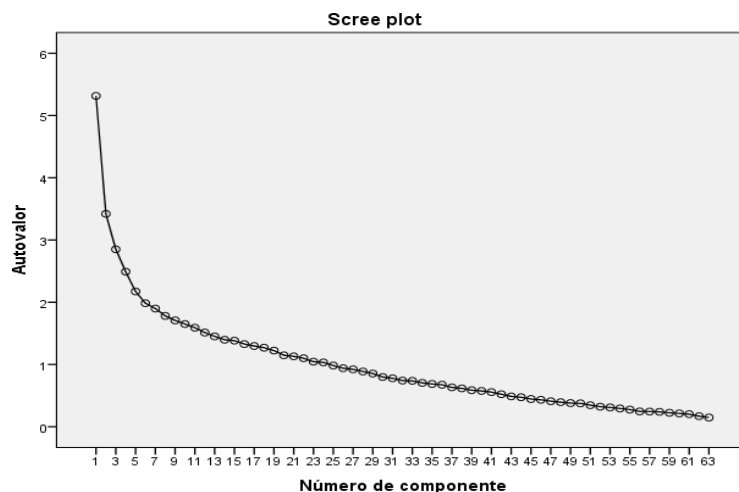
Componente	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variância	% cumulativa
1.	5,315	8,436	8,436
2.	3,419	5,428	13,863
3.	2,850	4,524	18,387
4.	2,491	3,954	22,341
5.	2,173	3,449	25,791
6.	1,984	3,149	28,940
7.	1,899	3,014	31,953
8.	1,780	2,826	34,780
9.	1,708	2,712	37,491
10.	1,649	2,618	40,110
11.	1,591	2,525	42,635
12.	1,513	2,402	45,037
13.	1,451	2,304	47,341
14.	1,397	2,218	49,559
15.	1,383	2,196	51,755
16.	1,329	2,109	53,863
17.	1,297	2,058	55,922
18.	1,269	2,015	57,937
19.	1,223	1,941	59,878
20.	1,147	1,821	61,699
21.	1,131	1,795	63,493
22.	1,100	1,746	65,239
23.	1,044	1,658	66,897
24.	1,033	1,640	68,537
25.	0,982	1,559	70,096
26.	0,940	1,492	71,588
27.	0,922	1,463	73,051
28.	0,887	1,409	74,459
29.	0,855	1,357	75,816
30.	0,798	1,267	77,083
31.	0,778	1,235	78,318
32.	0,742	1,177	79,495
33.	0,737	1,170	80,665
34.	0,704	1,118	81,783
35.	0,687	1,091	82,874
36.	0,675	1,071	83,945
37.	0,633	1,004	84,949
38.	0,617	0,979	85,928
39.	0,586	0,931	86,859

40.	0,575	0,913	87,772
41.	0,556	0,883	88,655
42.	0,522	0,829	89,484
43.	0,487	0,773	90,257
44.	0,474	0,752	91,009
45.	0,445	0,706	91,715
46.	0,432	0,686	92,401
47.	0,410	0,650	93,052
48.	0,394	0,626	93,678
49.	0,379	0,602	94,280
50.	0,375	0,595	94,875
51.	0,346	0,548	95,424
52.	0,322	0,510	95,934
53.	0,310	0,492	96,426
54.	0,294	0,466	96,892
55.	0,275	0,436	97,328
56.	0,246	0,390	97,718
57.	0,244	0,387	98,105
58.	0,238	0,378	98,483
59.	0,224	0,355	98,839
60.	0,213	0,339	99,177
61.	0,202	0,320	99,497
62.	0,169	0,268	99,765
63.	0,148	0,235	100,000

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Além disto, a análise do *Screeplot* (gráfico 1), mostrou também que até 24 fatores poderiam ser retidos, com destaque para a maior diferença entre a variância do primeiro fator em relação aos demais.

Gráfico 1 – *Scree test* dos autovalores dos itens (24 fatores). Salvador, 2019.



Reunindo as evidências de que o construto era multidimensional, entendendo que o agrupamento dos itens em fatores poderia ocorrer por estados ou contextos do conforto considerando a estrutura taxonômica de Kolcaba (1999, 1994, 2003), passou-se a realização da ACP, pelo método de rotação oblíqua, *Oblimin*, analisando-se a estrutura obtida para quatro fatores. Nesta fase, optou-se por excluir 19 itens (5, 9, 10, 12, 15, 18, 19, 20, 23, 26, 27, 39, 41, 46, 48, 49, 50, 59, 60) que tiveram carga fatorial menor ou igual a 0,300 (tabela 4), obtendo-se uma estrutura com 44 itens distribuídos em quatro dimensões.

Tabela 4 – GCQ-IAM (63 itens): Matriz de Componente com carga > a 0,300, com 4 fatores. Salvador, 2019.

Matriz de componente rotativa ^a (0,300)					
Itens	Estado/Contexto	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma/ Psicoespiritual	0,675	-0,088	0,036	0,055
45. Você está deprimido (a)?	Transcedência/ Psicoespiritual	0,551	-0,028	-0,147	0,038
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio/ Psicoespiritual	0,534	-0,012	-0,103	-0,016
14. É difícil suportar sua dor?	Alívio/ Físico	0,476	0,033	-0,056	0,088
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	Transcedência/ Físico	0,470	0,063	-0,134	0,108
22.você tem medo do que pode acontecer?	Alívio/ Psicoespiritual	0,465	-0,188	-0,314	0,003
28.você está muito cansado (a)?	Calma/ Físico	0,463	0,003	-0,170	-0,050
8.você se sente dependente dos outros?	Alívio/ Físico	0,450	-0,011	-0,089	0,284
55.você tem dificuldade para urinar?	Alívio/ Físico	0,439	-0,036	0,004	-0,323
61.você tem dificuldade para dormir?	Calma/ Físico	0,433	-0,104	-0,225	-0,115
52.você está com dor no peito agora?	Alívio/ Físico	0,416	-0,062	0,055	-0,042
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Transcedência/ Sociocultural	0,389	0,120	-0,245	0,121
62. Os aparelhos que usa te perturbam?	Calma/ Ambiental	0,374	0,101	0,058	-0,171
56. Você tem medo de morrer?	Alívio/ Psicoespiritual	0,360	0,023	-0,246	-0,050
19. A prisão de ventre lhe incomoda?	Alívio/ Físico	0,300	0,150	0,079	0,053
41. Você se sente péssimo por não está vestido (a)?	Transcedência/ Psicoespiritual	0,273	0,165	-0,076	0,128

32. Essa cama te machuca?	Calma/ Ambiental	0,267	0,166	-0,011	0,009
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento?	Calma/ Físico	0,237	-0,123	0,147	-0,013
27. A temperatura neste quarto é boa?	Alívio/ Ambiental	-0,188	-0,153	0,082	0,174
7. Você se sente confiante em sua recuperação?	Calma/ Psicoespiritual	-0,142	-0,090	0,028	0,116
13. Ninguém te entende?	Alívio/ Sociocultural	0,046	0,686	-0,014	0,064
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio/ Sociocultural	-0,057	0,581	-0,079	0,263
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma/ Sociocultural	0,224	0,472	-0,268	0,054
9. Você sente que sua vida é importante agora	Transcedência/ Psicoespiritual	0,098	-0,457	0,012	0,100
58. Você está com falta de ar?	Alívio/ Físico	0,281	0,444	0,095	-,191
57. Gostaria de ficar mais tempo com sua família?	Alívio/ Sociocultural	0,102	-0,427	-0,267	0,299
35. Você se sente à vontade aqui?	Transcedência/ Ambiental	-0,006	-0,402	0,385	-0,132
3. Você tem muita privacidade?	Alívio/ Ambiental	0,087	-0,385	0,369	0,146
63. Você se sente isolado?	Transcedência/ Ambiental	0,321	0,377	-0,246	-0,185
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Alívio/ Sociocultural	0,002	0,374	0,164	0,233
5. Você não quer se exercitar?	Transcedência/ Físico	0,078	0,300	0,074	-0,105
34. Seus pertences pessoais não estão aqui?	Alívio/ Ambiental	0,193	-0,300	0,134	-0,110
42. Este quarto tem um cheiro horrível?	Calma/ Ambiental	0,284	0,287	0,066	-0,107
59. Você não sabe se vai se recuperar?	Calma/ Psicoespiritual	0,151	0,267	-0,156	-0,133
49. Você está com sede?	Alívio/ Físico	0,130	0,256	0,041	-0,038
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você?	Calma/ Sociocultural	-0,059	-0,225	0,002	0,151
25. Você está com fome?	Alívio/ Físico	0,146	-0,175	0,026	-0,039
15. Você é capaz de dar o melhor de si?	Transcedência/ Físico	-0,088	0,172	0,034	-0,008
31. Você está feliz?	Calma/ Psicoespiritual	-0,182	0,248	0,525	0,361
21. Este quarto lhe assusta?	Transcedência/ Ambiental	0,180	-0,224	-0,522	0,052

11. Este lugar é agradável?	Calma/ Ambiental	0,139	0,070	0,476	0,248
33. O que você vê ao seu redor lhe anima?	Transcedência/ Ambiental	-0,021	-0,181	0,455	0,036
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	Transcedência/ Ambiental	0,025	0,208	0,452	0,323
47. É fácil andar neste espaço?	Calma/ Ambiental	-0,082	0,139	0,449	-0,136
36. Você se sente bem o bastante para caminhar?	Calma/ Físico	-0,038	-0,097	0,426	-0,208
1. Seu corpo está relaxado agora?	Calma/ Físico	-0,166	0,097	0,385	0,026
18. Você não gosta de estar aqui?	Transcedência/ Ambiental	0,078	0,005	-0,344	0,063
44. Você está calmo (a)?	Alívio/ Psicoespiritual	-0,264	0,243	0,329	0,250
60. É difícil comer aqui?	Calma/ Físico	-0,014	0,155	-0,302	-0,065
26. Você gostaria que seu médico lhe visse mais vezes?	Alívio/ Sociocultural	0,142	0,153	-0,290	0,187
12. Os ruídos te deixam nervoso (a)	Alívio/ Ambiental	0,184	0,077	-0,240	0,001
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui?	Transcedência/ Sociocultural	-0,026	-0,094	-0,064	0,567
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Transcedência/ Psicoespiritual	-0,062	-0,059	0,083	0,533
2. Você é capaz de ajudar com seu tratamento?	Calma/ Psicoespiritual	-0,037	0,075	0,237	0,389
54. A luz deste lugar te incomoda?	Transcedência/ Ambiental	0,322	-0,001	-0,062	-0,354
48. Você precisa se sentir bem novamente?	Alívio/ Físico	0,136	0,061	-0,077	0,345
4. Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais?	Calma/ Sociocultural	-0,220	-0,245	-0,058	0,344
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde?	Calma/ Sociocultural	0,228	0,021	-,121	0,326
46. Você encontrou o significado de sua vida?	Alívio/ Psicoespiritual	0,049	-,103	0,019	0,310
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma/ Psicoespiritual	0,092	-,021	0,195	0,309
14. Você pode superar sua dor?	Alívio/ Físico	0,191	-,075	0,183	0,261
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)?	Transcedência/ Sociocultural	-0,059	-,164	-0,097	0,251
50. Você não sabe se agora é dia ou noite?	Alívio/ Ambiental	0,061	-0,070	0,077	-,226

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: *Oblimin*.

Segunda etapa da Análise Fatorial Exploratória

Orientando-se pelos resultados obtidos na primeira rodada, procedeu-se a nova ACP pelo método de rotação *Oblimin*, com a escala reduzida a 44 itens. Nesta análise, obteve-se um melhor valor para o teste *KMO* (0,605) e o Teste de *Bartlett* mostrou significância estatística ($p=0,000$). Portanto, esses dois testes atenderam as suposições mínimas necessárias para a realização da análise fatorial. Nesta rodada, 21 itens (1, 2, 4, 7, 17, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 42, 45, 47, 52, 54, 55, 56, 57, 62) apresentaram valores de comunalidade abaixo de 0,200, havendo evidências para a sua exclusão. Optando-se, nesta fase, pela exclusão, permaneceram 23 itens, com comunalidades consideradas satisfatórias.

Face aos 23 itens com satisfatória comunalidades realizou-se a ACP, método de rotação *Oblimin*, com 4 fatores. Nesta, o teste *KMO* permaneceu em 0,605 e o Teste de *Bartlett* mostrou significância estatística ($p=0,000$). Portanto, esses dois testes atenderam as suposições mínimas necessárias para a realização da análise fatorial. O critério do autovalor (*Eigenvalue* > 1) indicou uma solução de até 4 fatores com *Eigenvalues* acima de 1,0, respondendo em seu conjunto por um percentual da variância total de 57,55%, como demonstrado na tabela 5. Nesta segunda etapa, adotou-se como critério para permanência do item a carga fatorial maior ou igual a 0,400, verificando-se que, por esse critério, 12 itens seriam eliminados (3, 6, 14, 16, 21, 22, 28, 44, 53, 58, 61, 63).

Tabela 5 – *Eigenvalues* e percentual da variância do GCQ-IAM (12 itens), Salvador, 2019.

Componente	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variância	% cumulativa
1.	2,112	17,604	17,604
2.	1,788	14,901	32,505
3.	1,563	13,022	45,527
4.	1,442	12,019	57,546
5.	0,868	7,235	64,781
6.	0,848	7,070	71,852
7.	0,680	5,664	77,516
8.	0,638	5,317	82,833
9.	0,606	5,049	87,882
10.	0,545	4,538	92,420
11.	0,475	3,955	96,375
12.	0,435	3,625	100,000

Ainda nesta rodada, não foi possível ter clareza se os itens agrupavam-se nos fatores por estados ou contextos de conforto, tabela 6.

Tabela 6 – GCQ-IAM (11 itens): Matriz de Componente com carga \geq a 0,400, retendo-se 4 fatores. Salvador, 2019.

Matriz de componente ^a (0,400)					
Itens	Estado/Contexto	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
31. Você está feliz?	Calma/ Psicoespiritual	0,768			
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	Transcedência/ Ambiental	0,588		-,463	
11. Este lugar é agradável?	Calma/ Ambiental	0,539			
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma/ Sociocultural		0,648		
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma/ Psicoespiritual		0,563		0,498
8. Você se sente dependente dos outros?	Alívio/ Físico		0,555		
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma/ Psicoespiritual			-0,576	
13. Ninguém te entende?	Alívio/ Sociocultural			0,477	
37. Você se sente bem o bastante para caminhar?	Calma/ Físico				0,534
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio/ Psicoespiritual		0,511		0,511
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio/ Sociocultural				-0,506

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Terceira etapa de Análise Fatorial Exploratória

Face as evidências da segunda etapa, optou-se por uma nova ACP, método de rotação *Oblimin*, desta vez, com três fatores para observar se os itens se agrupariam de forma mais clara segundo estados ou contextos de conforto. Nesta análise, o *KMO* resultou em melhor valor (0,679) e o Teste de *Barlett* mostrou significância estatística ($p=0,000$) confirmando novamente as suposições necessárias para a realização da análise fatorial. Os valores das comunalidades também mantiveram-se adequados, como apresentados na tabela 7:

Tabela 7 – GCQ-IAM - Comunalidades forçando-se 3 fatores (23 itens). Salvador, 2019.

Itens	Inicial	Extração
3. Você tem muita privacidade?	1,000	0,397
8. Você se sente dependente dos outros?	1,000	0,346

13. Ninguém te entende?	1,000	0,535
14. É difícil suportar sua dor?	1,000	0,270
22. Você tem medo do que pode acontecer?	1,000	0,376
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	1,000	0,282
40. Você se sente fora de controle da situação?	1,000	0,331
44. Você está calmo (a)?	1,000	0,312
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	1,000	0,447
58. Você está com falta de ar?	1,000	0,201
11. Este lugar é agradável?	1,000	0,325
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	1,000	0,463
28. Você está muito cansado (a)?	1,000	0,272
16. Você está feliz?	1,000	0,489
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	1,000	0,381
43. Você se sente sozinho aqui?	1,000	0,367
61. Você tem dificuldade para dormir?	1,000	0,317
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	1,000	0,342
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	1,000	0,308
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	1,000	0,322
21. Este quarto lhe assusta?	1,000	0,281
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	1,000	0,393
63.você se sente isolado?	1,000	0,270

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

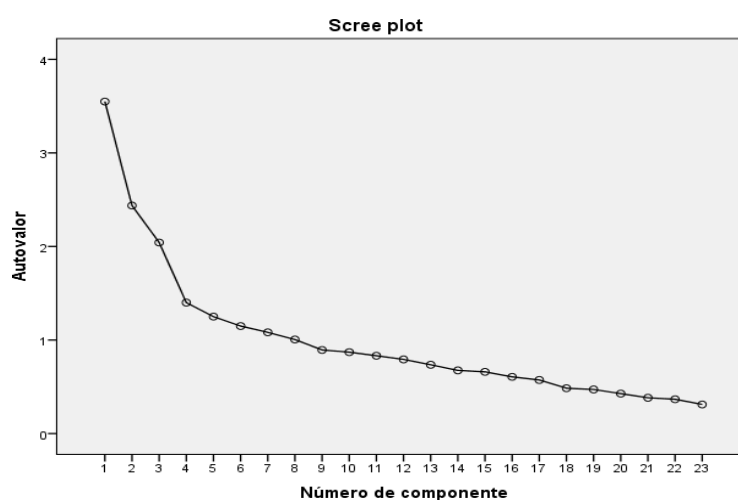
O critério do autovalor (*Eigenvalue* > 1) indicou uma solução com até 8 fatores, com *Eigenvalues* acima de 1,0, respondendo em seu conjunto por um percentual da variância total de 60,499%, como demonstrado na tabela 8 e no gráfico 2.

Tabela 8 – *Eigenvalues* e percentual da variância do GCQ-IAM (23 itens), Salvador, 2019.

Componente	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variância	% cumulativa
1.	3,549	15,430	15,430
2.	2,437	10,596	26,027
3.	2,042	8,878	34,905
4.	1,400	6,087	40,992
5.	1,250	5,436	46,428
6.	1,149	4,997	51,424
7.	1,082	4,704	56,128
8.	1,005	4,371	60,499
9.	0,894	3,886	64,385
10.	0,870	3,784	68,169
11.	0,832	3,619	71,788
12.	0,793	3,448	75,236
13.	0,736	3,199	78,435
14.	0,676	2,938	81,372

15.	0,660	2,870	84,242
16.	0,607	2,637	86,879
17.	0,573	2,491	89,370
18.	0,485	2,108	91,478
19.	0,472	2,051	93,529
20.	0,427	1,857	95,386
21.	0,383	1,664	97,050
22.	0,367	1,596	98,646
23.	0,311	1,354	100,000

Gráfico 2 – Gráfico x – *Scree test* dos autovalores dos itens (8 fatores). Salvador, 2019.



Nessa análise, observou-se uma melhor estrutura fatorial, havendo permanência de maior número de itens e maior poder de defesa teórica no que se refere a distribuição dos itens nos fatores. Todavia, houve menor variância explicada em relação a análise com retenção de 4 fatores (segunda etapa). Assim sendo, foi adotada a estrutura com três fatores, respondendo por uma variância explicada de 34,91%, considerando-se como carga fatorial significativa a de valor igual ou maior que 0,400 (HAIR et al, 2010). Nesta terceira rodada, dois itens, 13 e 31, apresentaram carga fatorial em mais de um fator, mas permaneceram, dado que a diferença entre as duas cargas foi maior que 0,10. Neste caso, o item permaneceu no fator em que apresentou maior carga fatorial (tabela 9). Além disso, três itens não assumiram carga fatorial igual ou maior a 0,400: “8. Você se sente dependente dos outro?” “11. Este lugar é agradável?” (11) e “58. Você está com falta de ar?”. Com essa estrutura passou-se a observar a confiabilidade alcançada, sem eliminação de itens.

Tabela 9 – GCQ-IAM (23 itens): Matriz de Componente com carga $\geq 0,400$, restando-se 3 fatores. Salvador, 2019.

Matriz de componente ^a (0,400)				
Itens	Estado/Contexto	Fator 1	Fator 2	Fator 3
22. Você tem medo do que pode acontecer?	Alívio/Psicoespiritual	0,600		
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma/Psicoespiritual	0,592		
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio/Psicoespiritual	0,545		
61. Você tem dificuldade para dormir?	Calma/Físico	0,539		
28. Você está muito cansado (a)?	Calma/Físico	0,501		
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Transcedência/Sociocultural	0,494		
31. Você está feliz?	Calma/Psicoespiritual	-0,491	0,474	
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	Transcedência/Físico	0,478		
21. Este quarto lhe assusta?	Transcedência/Ambiental	0,452		
14. É difícil suportar sua dor?	Alívio/Físico	0,440		
44. Você está calmo (a)?	Alívio/Psicoespiritual	-0,421		
63. Você se sente isolado?	Transcedência/Ambiental	0,408		
13. Ninguém te entende?	Alívio/Sociocultural		0,591	-0,426
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio/Sociocultural		0,545	
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Alívio/Sociocultural		0,504	
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	Transcedência/Ambiental		0,439	
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma/Sociocultural		0,417	
58. Você está com falta de ar?	Alívio/Físico			
3. Você tem muita privacidade?	Alívio/Ambiental			0,590
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma/Psicoespiritual			0,550
53. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Transcedência/Sociocultural			0,500
8. Você se sente dependente dos outros?	Alívio/Sociocultural			
11. Este lugar é agradável?	Calma/Ambiental			

Método de Extração: Análise de Componente Principal com três componentes extraídos.

Com essa estrutura, procedeu-se a análise de consistência interna dos 23 itens do GCQ-IAM pelo Coeficiente de alfa de *Cronbach*, mais especificamente, observou-se a correlação item-total e o valor do alfa de *Cronbach*, que alcançou o valor geral de 0,623.

Analisando a correlação item-total e o coeficiente alfa se item excluído, notou-se que a

exclusão dos itens “3. Você tem muita privacidade?”; “44. Você está calmo (a)?”; “11. Este lugar é agradável?” (que já era indicada a exclusão por carga fatorial inferior a 0,400); “31. Você está feliz?” e “21. Este quarto lhe assusta?” (tabela 10) melhorava a consistência interna do instrumento, alcançando-se a um alfa de *Cronbach* geral de 0,703. Considerando-se o valor do alfa de cronbach satisfatório (HAIR et al, 2010) e fazendo-se uma análise comparativa entre o sentido de todos os itens, optou-se pela exclusão destes itens.

Tabela 10 – GCQ-IAM - Consistência interna da escala com 23 itens. Salvador, 2019.

Itens	Correlação item-total	Alfa se item excluído
3. Você tem muita privacidade?	-0,099	0,646
8. Você se sente dependente dos outros?	0,335	0,597
13. Ninguém te entende?	0,238	0,609
14. É difícil suportar sua dor?	0,358	0,593
22. Você tem medo do que pode acontecer?	0,243	0,608
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	0,131	0,621
40. Você se sente fora de controle da situação?	0,318	0,600
44. Você está calmo (a)?	-0,057	0,632
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	0,183	0,616
58. Você está com falta de ar?	0,241	0,608
11. Este lugar é agradável?	0,040	0,630
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	0,441	0,580
28. Você está muito cansado (a)?	0,275	0,604
31. Você está feliz?	-0,019	0,638
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	0,115	0,621
43. Você se sente sozinho aqui?	0,319	0,597
61. Você tem dificuldade para dormir?	0,225	0,610
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	0,366	0,591
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	0,352	0,593
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	0,057	0,624
21. Este quarto lhe assusta?	0,071	0,627
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	0,109	0,623
63. Você se sente isolado?	0,223	0,611

Quarta etapa de Análise Fatorial Exploratória

Após a exclusão dos itens mencionados na terceira rodada (3, 44, 11, 31 e 21), realizou-se nova ACP, método de rotação *Oblimin*, em três fatores, com os 18 itens do instrumento que permaneceram. Nesta, o *KMO* resultou ainda em melhor valor (0,706) e o Teste de *Bartlett* continuou com significância estatística ($p=0,000$), atendendo globalmente as suposições necessárias para a realização da análise fatorial. As comunalidades também mantiveram-se acima de 0,200 (tabela 11).

Tabela 11 – GCQ-IAM - Comunalidades forçando-se 3 fatores (18 itens). Salvador, 2019.

Itens	Inicial	Extração
8. Você se sente dependente dos outros?	1,000	0,354
13. Ninguém te entende?	1,000	0,597
14. É difícil suportar sua dor?	1,000	0,279
22. Você tem medo do que pode acontecer?	1,000	0,462
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	1,000	0,396
40. Você se sente fora de controle da situação?	1,000	0,327
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	1,000	0,437
58. Você está com falta de ar?	1,000	0,236
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	1,000	0,442
28. Você está muito cansado (a)?	1,000	0,269
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	1,000	0,622
43. Você se sente sozinho aqui?	1,000	0,355
61. Você tem dificuldade para dormir?	1,000	0,326
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	1,000	0,337
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	1,000	0,313
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	1,000	0,632
21. Este quarto lhe assusta?	1,000	0,248
63. Você se sente isolado?	1,000	0,238

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

O critério do autovalor (*Eigenvalue* > 1) indicou uma solução de até 5 fatores com *eigenvalues* acima de 1,0, respondendo em seu conjunto por um percentual da variância total de 50,890%.(tabela 12).

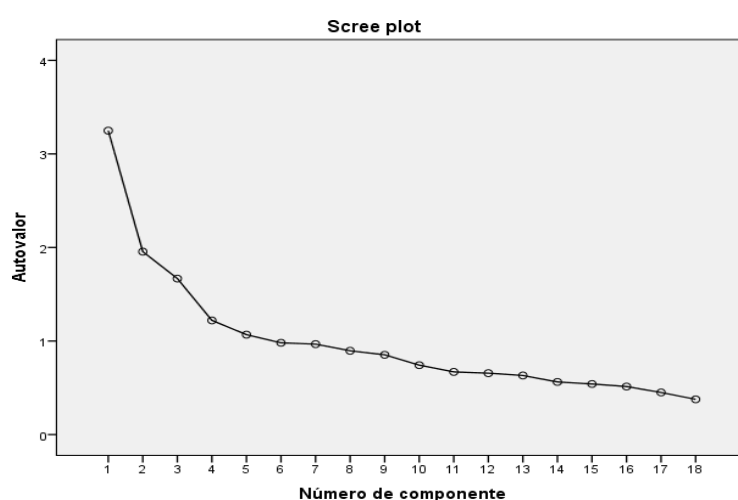
Tabela 12 – *Eigenvalues* e percentual da variância dos 18 itens do GCQ-IAM, Salvador, 2019.

Componente	Valores próprios iniciais		
	Total	% de variância	% cumulativa
1.	3,249	18,049	18,049
2.	1,955	10,861	28,911
3.	1,668	9,265	38,175
4.	1,221	6,782	44,957
5.	1,068	5,933	50,890
6.	0,981	5,448	56,338
7.	0,967	5,371	61,708
8.	0,896	4,976	66,685
9.	0,853	4,738	71,423
10.	0,742	4,122	75,545
11.	0,670	3,722	79,267
12.	0,656	3,647	82,915
13.	0,632	3,509	86,423
14.	0,562	3,124	89,548

15.	0,541	3,004	92,551
16.	0,514	2,854	95,405
17.	0,450	2,501	97,906
18.	0,377	2,094	100,000

A análise do *Screeplot* (gráfico 3), mostrou também que até 5 fatores poderiam ser retidos, com destaque para a diferença entre a variância do primeiro fator em relação aos demais.

Gráfico 3 – *Scree test* dos autovalores dos itens (5 fatores). Salvador, 2019.



A estrutura fatorial obtida em três fatores respondeu por 38,18% da variância explicada. Nesta etapa, visando-se alcançar maior significância prática e estatística, adotou-se como carga fatorial aceitável para permanência do item o valor maior ou igual 0,450 (tabela 13).

Tabela 13 – GCQ-IAM (18 itens): Matriz de Componente com carga \geq a 0,450, retendo-se 3 fatores. Salvador, 2019.

Matriz de componente ^a (0,45)				
Itens	Estado/Contexto	Fator 1	Fator 2	Fator 3
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Calma Psicoespiritual	0,653		
40. Você se sente fora de controle da situação?	Alívio Psicoespiritual	0,565		
22. Você tem medo do que pode acontecer?	Alívio Psicoespiritual	0,558		
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Transcendencia Sociocultural	0,549		
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	Transcendencia Físico	0,539		

14. É difícil suportar sua dor?	Alívio Físico	0,519		
61. Você tem dificuldade para dormir?	Calma Físico	0,511		
28. Você está muito cansado (a)?	Calma Físico	0,503		
8. Você se sente dependente dos outros?	Alívio Sociocultural	0,469		
63. Você se sente isolado?	Transcendencia Ambiental			
43. Você se sente sozinho aqui?	Calma Sociocultural			
21. Este quarto lhe assusta?	Transcendência Ambiente			
13. Ninguém te entende?	Alívio Sociocultural		0,742	
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Alívio Sociocultural		0,642	
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Alívio Sociocultural		0,558	
58. Você está com falta de ar?	Alívio Físico			
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Transcendência Psicoespiritual			0,792
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Calma Psicoespiritual			0,789

Método de Extração: Análise de Componente Principal com três componentes extraídos.

Assim sendo, os itens 21,43,58 e 63 foram excluídos por não alcançarem carga fatorial satisfatória. Portanto, a estrutura final do GCQ-IAM ficou constituída por 14 itens distribuídos em três fatores (tabela 14). Nesta estrutura ficou melhor explícita a tendência de agrupamento dos itens nos fatores segundo contextos de conforto ao invés de estados de conforto, permitido também compreender que os aspectos psicológicos do indivíduo estão intimamente relacionados com o corpo físico, com o contexto social e com a sua espiritualidade. Dessa maneira, os fatores foram denominados como: 1 - Contexto Psicobiológico; 2 - Contexto Psicossocial e 3 – Contexto Psicoespiritual (quadro 5). Na análise de confiabilidade o alfa geral alcançou 0,706, mantendo-se adequado.

Quadro 5 - Itens do Questionário Geral de Conforto destinado à pessoa com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) distribuídos em contextos. Salvador, 2019.

Itens	Contexto
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	Contexto Psicobiológico
40. Você se sente fora de controle da situação?	Contexto Psicobiológico
22. Você tem medo do que pode acontecer?	Contexto Psicobiológico

16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	Contexto Psicobiológico
6. Seu problema de saúde te deixa para baixo?	Contexto Psicobiológico
14. É difícil suportar sua dor?	Contexto Psicobiológico
61. Você tem dificuldade para dormir?	Contexto Psicobiológico
28. Você está muito cansado (a)?	Contexto Psicobiológico
8. Você se sente dependente dos outros?	Contexto Psicobiológico
13. Ninguém te entende?	Contexto Psicossocial
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	Contexto Psicossocial
37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	Contexto Psicossocial
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	Contexto Psicoespiritual
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	Contexto Psicoespiritual

Fonte: a autora.

Apresenta-se a seguir a versão final do GCQ-IAM validada para mensuração do nível de conforto de pessoas com infarto agudo do miocárdio internadas em unidade de cuidados intensivos no contexto baiano (figura 3):

Figura 3 - Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM). Salvador, 2019.

Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM)				
<p>Abaixo encontram-se algumas afirmativas que avaliam o nível de conforto de pessoas com infarto agudo do miocárdio, as quais podem se relacionar ao seu nível de conforto nesse momento. Após ler e/ou ouvir cada afirmativa indique a opção que corresponde o quanto você está confortável nesta internação, considerando a seguinte escala: Concordo totalmente (4); Concordo (3); Discordo (2) e Discordo totalmente (1)</p>				
Itens	Pontuação			
1. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	4	3	2	1
2. Você se sente fora de controle da situação?	4	3	2	1
3. Você tem medo do que pode acontecer?	4	3	2	1
4. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	4	3	2	1
5. Seu problema de saúde te deixa para baixo?	4	3	2	1
6. É difícil suportar sua dor?	4	3	2	1
7. Você tem dificuldade para dormir?	4	3	2	1
8. Você está muito cansado (a)?	4	3	2	1
9. Você se sente dependente dos outros?	4	3	2	1
10. Ninguém te entende?	4	3	2	1
11. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	4	3	2	1
12. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	4	3	2	1
13. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	4	3	2	1
14. Suas crenças te dão paz espiritual?	4	3	2	1
<p>Concordo totalmente (1); Concordo (2); Discordo (3) e Discordo totalmente (4) para os itens do 1 ao 11. Concordo totalmente (4); Concordo (3); Discordo (2) e Discordo totalmente (1) para os itens do 12 ao 14.</p>				

Fonte: a autora.

5 DISCUSSÃO

Para medir com maior precisão construtos abstratos, como o conforto, é imprescindível trabalhar com instrumentos válidos e precisos. Para este fim, técnicas e métodos de medidas têm sido utilizados, justificando a preocupação de pesquisadores com as análises psicométricas, a fim de garantir a validade e fidedignidade de escalas (PASQUALI, 2009; DAMÁSIO, 2012; MOKKINK et al., 2010). Cabe ressaltar que é praticamente impossível chegar à totalidade dos fenômenos psicológicos, devendo o pesquisador sempre utilizar instrumentos adequados ao interpretá-los, com prudência, minimizando os possíveis erros na medida para obter o grau de discriminação desejado (MENEZES, 2006).

Nesse sentido, as análises psicométricas do GCQ-IAM, perseguiram as recomendações da literatura e exaustivas análises. Em cada rodada de Análise Fatorial Exploratória (AFE) e da análise da consistência interna do instrumento, buscou-se identificar parâmetros psicométricos que contribuíssem para uma maior robustez do mesmo.

Nas análises, o método de rotação *Oblimin* foi aplicado. Trata-se de uma rotação oblíqua que representa o agrupamento de variáveis com maior precisão e fornece informações sobre o grau em que os fatores estão correlacionados uns com os outros (HAIR et al., 2010). Hair e colaboradores (2010) afirmam que o método de rotação fatorial é uma ferramenta importante na interpretação dos fatores (HAIR et al., 2010).

Na primeira rodada da AFE o teste *KMO*, foi considerado baixo (0,568). Os valores do teste variam entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1, indicam uma melhor adequação (HAIR et al., 2010). Já o teste de esfericidade de *Bartlett* mostrou significância estatística. Souki e Pereira (2004), afirmam que quanto mais próximo de zero (0,000) for o nível de significância obtido, maior será a adequação da análise fatorial para um conjunto de dados (SOUKI, PERREIRA, 2004). Recomenda-se que o valor de *p* não ultrapasse a 0,05, caso isso ocorra é provável que a correlação dos indicadores seja muito pequena, o que impede a aplicação da análise fatorial. Se o valor de significância atingir 0,10 a AFE é desaconselhável (BEZERRA, CORRAR, 2006). O *eigenvalues* sugeriu inicialmente 24 fatores, e esta condição foi confirmada no *Screeplot*, o qual identifica o número ótimo de fatores que pode ser extraído antes que a quantia de variância única inicie o domínio sobre a estrutura de variância comum (HAIR et al., 2005).

Na busca por melhores parâmetros psicométricos, nesta fase, optou-se por excluir 19 itens que tiveram carga fatorial menor ou igual a 0,300, pois cargas fatoriais de 0,300 a 0,400 são consideradas minimamente aceitáveis para a validade (HAIR et al. 2010). Assim, a estrutura com 63 itens ficou com 44 itens distribuídos em quatro dimensões. Com esse procedimento, na

segunda rodada de AFE, com a escala reduzida a 44 itens, obteve-se melhor valor para o teste *KMO* (0,605) demonstrando adequação da amostra quanto ao grau de correlações parciais entre as variáveis (FÁVERO et al., 2009). Além disso, o teste de *Bartlett* continuou com ótima significância estatística, atendendo-se as suposições necessárias para a realização da AFE (HAIR et al., 2010). Nesta rodada, 21 itens apresentaram valores de comunalidade abaixo de 0,200, havendo evidências para a sua exclusão. Segundo Hair e colaboradores (2005) quando as comunalidades são consideradas muito baixas, há duas opções de interpretação: (1) interpretar a solução como ela é e simplesmente ignorar essas variáveis, ou (2) avaliar cada variável para possível eliminação. É importante destacar, que é preciso analisar se o objetivo do estudo é apenas a redução de dados. Nesse sentido, o pesquisador deve ainda notar que as variáveis em questão são pobremente representadas na solução fatorial. Se a variável é de menor importância para o objetivo do estudo, ou apresenta um valor de comunalidade inaceitável, ela pode ser eliminada e, em seguida, deve ser realizada uma nova reespecificação do modelo fatorial pela determinação de uma nova solução fatorial (HAIR et al., 2005).

Assim sendo, optou-se pela exclusão dos 21 itens com baixas comunalidades, permanecendo 23 itens, com comunalidades apropriadas. Os testes *KMO* e *Bartlett* não apresentaram alterações e adotou-se critérios mais rigorosos para permanência dos itens, ou seja, a carga fatorial maior ou igual a 0,400. Segundo Hair e colaboradores (2010) a interpretação e nomeação dos fatores por meio das cargas fatoriais é a última etapa da técnica de análise fatorial. Nesse sentido, o pesquisador deve decidir quais cargas fatoriais devem ser consideradas. Conforme o autor as cargas fatoriais acima de 0,500 são consideradas mais estatisticamente significativas (HAIR et al, 2010).

A configuração de matriz fatorial obtida, na segunda rodada, ainda não demonstrava clareza quanto a distribuição dos itens nos fatores (contextos ou estados de conforto), além de eliminar um quantitativo de itens importantes, por isso passou-se para nova AFE (terceira rodada), desta vez testando os 23 itens em 3 fatores. Conforme Fávero e colaboradores(2009), decidir quantos fatores devem ser retidos é critério imprescindível e os critérios que auxiliam ao pesquisador na tomada dessa decisão acerca do número de fatores são: critério da raiz latente, *a priori*, percentagem de variância e do gráfico *Screeplot* (FÁVERO et al., 2009).

O critério da raiz latente (critério de *Kaiser*), diz que qualquer fator individual deve explicar a variância de pelo menos uma variável, se o mesmo há de ser mantido na interpretação. São considerados significantes autovalores maiores que um. O critério *a priori* é útil quando se quer testar uma teoria ou hipóteses sobre o número de fatores a serem extraídos, pois informa quantos fatores extrair antes de empreender a fatorial. O critério de percentagem de variância

tem como objetivo garantir significância prática para os fatores determinados, garantir que expliquem pelo menos um montante específico da variância e, o critério do gráfico *Screeplot*, usado para identificar o número ótimo de fatores que podem ser extraídos antes que a quantia da variância única comece a dominar a estrutura da variância comum (HAIR et al., 2010).

Na terceira etapa de AFE (23 itens) os testes *KMO* e de *Barlett* alcançaram melhores índices, e as comunilidades mantiveram-se adequadas. O critério do autovalor indicou uma solução de até oito fatores. Observou-se uma melhor estrutura fatorial, havendo permanência de maior número de itens e maior poder de defesa teórica no que se refere a distribuição dos itens nos fatores, segundo os contextos de conforto. Nesta etapa três itens não assumiram a cargas fatoriais consideradas significativas (“8. Você se sente dependente dos outros?” “11. Este lugar é agradável?” e “58. Você está com falta de ar?”), mas optou-se, nesta fase, por mantê-los considerando que a escala já estava bastante reduzida em número de itens e que os mesmos eram importantes na avaliação do conforto de pessoas infartadas. Com isto, passou-se a observar a confiabilidade pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, teste que mensura a correlação entre respostas em um questionário pela análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens (HORA, MONTEIRO, ARICA, 2010). Pela análise da confiabilidade, cinco itens foram excluídos, entre os quais o item 11, dada a melhora do alfa total, conferindo melhor consistência interna ao instrumento.

Com a escala reduzida a 18 itens, na quarta etapa, verificou-se a presença dos critérios necessários para a realização da AFE ($KMO = 706$) e o teste de *Bartlett* apresentou significância estatística). Mantiveram-se adequadas as comunilidades e o gráfico *Screeplot*, mostrou retenção de até 5 fatores. Nesta rodada ficou ainda mais evidente que a distribuição dos itens nos fatores dava-se por contextos de conforto, alcançando-se uma variância explicada satisfatória para três fatores (38,18%). Nesta etapa, adotou-se um critério mais rigoroso para permanência do item, onde seriam mantidos os que alcançassem carga fatorial igual ou maior que 0,450 (HAIR, 2010), sendo excluído mais quatro itens, entre os quais o item 58. Por fim, chegou-se a estrutura fatorial final do GCQ-IAM, constituída por 14 itens distribuídos em três fatores, segundo contextos de conforto. Essa foi a estrutura que apresentou melhor consistência interna (alfa geral = 0,706). Nessa estrutura final, dos 15 itens acrescidos ao GCQ na etapa de validade de conteúdo, apenas dois permaneceram.

Em todas as análises ficou evidente a multidimensionalidade do conforto, conforme defendida e confirmada por diversos autores (KOLCABA, 2003; MUSSI, 2002; MUSSI, 2014;

FREITAS, 2012; FREITAS et al., 2015). A estrutura final com três fatores e seus respectivos 14 itens demonstrou que os aspectos psicológicos do indivíduo estão intimamente relacionados com o corpo físico, o contexto social e a espiritualidade. A inter-relação entre esses aspectos é corroborada pelo padre João Mohama, autor da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, as quais são classificadas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, sendo conhecida como uma das mais importantes teorias de motivação humana (CIAN'CIARULLO, 1987). Para o autor, há uma indissociabilidade da dimensão psicológica do indivíduo com a dimensão física, social e espiritual (LEOPARDI, 1999).

Portanto, diferentemente de quatro fatores (contextos) propostos pela teoria de Kolcaba (contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (KOLCABA, 2003) a estrutura obtida, neste estudo, apontou para três fatores (contextos) de conforto relacionados aos estados de alívio, calma e transcendência: 1- Contexto Psicobiológico, 2 - Contexto Psicossocial e 3 - Contexto Psicoespiritual. Esses três contextos mantêm relação com a teoria da autora, mas evidenciaram fortemente a integração entre os contextos de conforto e a concepção holística do fenômeno.

É relevante salientar que os três contextos em que o conforto foi experienciado (Contexto Psicobiológico, Contexto Psicossocial e Contexto Psicoespiritual), validados nesta investigação, preservaram a relação com elementos das definições dos contextos da teoria original. Todavia, é preciso lembrar que mudanças na versão do GCQ-IAM em relação a versão original, após o processo de adaptação transcultural, podem ocorrer visando a representação do construto da forma mais fidedigna possível à população alvo. No presente estudo, focalizou-se a validação da escala para o contexto brasileiro e para pessoas que sofreram um evento cardiovascular específico, que ameaça a vida e demanda a internação em um cenário hostil e intervenções invasivas.

O primeiro fator (Contexto Psicobiológico) foi composto por nove itens relacionados a aspectos corporais e psíquicos como dor, cansaço, condições de relaxamento e repouso, medo do que possa acontecer, perda de controle da situação, dependência de outros e enfrentamento de mudanças. Esse fator agrupou itens do contexto psicoespiritual, sociocultural e físico do modelo teórico original e relacionados aos estados de conforto de calma, alívio e transcendência (KOLCABA, 1999; KOLCABA, 2003).

O segundo fator (Contexto Psicossocial) foi composto por três itens referentes as relações interpessoais com familiares, amigos e a equipe de atendimento. Referiu-se, a compreensão da singularidade da vivência do infarto durante o período de internamento por parte das pessoas do sistema de atendimento e social, assim como ao sentimento de acolhimento

e apoio pelo grupo social. Os itens desse fator referem-se ao estado de alívio e estão em conformidade com o contexto sociocultural da taxonômia do conforto de Kolcaba, ao qual pertenciam (KOLCABA 1991; KOLCABA, 2003).

O terceiro fator (Contexto Psicoespiritual) foi composto por dois itens e está relacionado a fé e a confiança em uma força superior para enfrentamento do adoecimento. Esses itens referem-se aos estados de transcendência e calma e mantiveram coerência com itens do contexto psicoespiritual da taxonômia de conforto de Kolcaba (KOLCABA, 2003).

Chamou a atenção que itens do contexto ambiental, da estrutura de Kolcaba, não assumiram relevância na adaptação transcultural do GCQ-IAM, embora aspectos de ambiência tenham sido relacionados ao conforto de usuários dos serviços de saúde (MUSSI, 2003; MUSSI, 2005). É preciso considerar que em uma situação de ameaça a vida como no IAM, outras necessidades de conforto estejam em maior evidência, como confirmado por Mussi (2003) ao estudar a experiência de conforto e desconforto de homens infartados no Brasil (MUSSI, 2003).

A experiência desses homens revelada pela autora assinalou que a ruptura com a vida cotidiana decorrente da magnitude dos sintomas e da hospitalização, submissão a racionalidade médico científica, dependência de um controle externo a si mesmo, incerteza de recuperação e medo do que podia acontecer foram fontes de desconfortos. Além disso, revelou que quando os homens eram considerados, pela equipe de saúde, um coração doente sob o controle da norma médica, ou seja, eram compreendidos em uma perspectiva fisiopatológica, vivenciavam maior desconforto. Ainda que houvesse a adequação das intervenções médicas à dimensão da doença, essas intervenções nem sempre contemplavam a singularidade e o sofrimento humano. Nessa investigação, o conforto foi associado às possibilidades de interação interpessoal, em que o sujeito foi considerado como pessoa e desfrutou do acolhimento e apoio de familiares, amigos e da própria equipe de saúde, ganhando autonomia para decidir sobre a própria vida e apoiando-se em fontes espirituais (MUSSI, 2003). Nesse sentido, a análise dos 14 itens que permaneceram na estrutura validada do GGC-IAM relacionaram-se diretamente com elementos da vivência de conforto e desconforto de homens infartados revelada pela autora: passar por mudanças que preocupam, sentir-se fora de controle da situação, ter medo do que pode acontecer, sentir-se sozinho, ficar para baixo com o problema de saúde, perceber-se dependente de outros, não ser compreendido pela equipe de atendimento, ter apoio de amigos e de fontes espirituais (MUSSI, 2003).

Por fim, é importante enfatizar que os parâmetros de validade e confiabilidade obtidos foram satisfatórios. O processo de exploração de uma estrutura válida e confiável para mensurar

o construto conforto para pessoas com IAM avançou e pode ser continuado. Outro elemento importante, refere-se a importância de ampliação da amostra para replicar as análises, o que poderá revelar outros aspectos não observados no processo analítico e apontar que evidências de validade e confiabilidade podem ser melhoradas.

O uso de instrumentos com validade e confiabilidade asseguradas promove uma aproximação mais fidedigna do fenômeno que se procura avaliar e pode influenciar nas intervenções da equipe de saúde permitindo que pessoas com infarto do miocárdio desfrutem de interações que promovam conforto.

6 CONCLUSÃO

A estrutura fatorial final do Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) foi constituída por 14 itens distribuídos em três fatores relacionados aos contextos de conforto: Contexto Psicobiológico, Contexto Psicossocial e Contexto Psicoespiritual. Os resultados permitiram concluir que o instrumento possui parâmetros psicométricos satisfatórios, sendo válido e confiável para a medida do conforto de pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no contexto baiano.

Disponibiliza-se a comunidade acadêmica a primeira escala validada para a mensuração do nível de conforto de pessoas com IAM, cuja aplicação permite orientar a prática e o ensino do cuidado em saúde e enfermagem visando a promoção do conforto.

Sugere-se que pesquisas futuras avancem no aperfeiçoamento do instrumento com a ampliação da amostra, em investigações em realidades distintas e mediante subsídios oferecidos pelo seu uso na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.M.C.; COLLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Development and psychometric evaluation of the psychiatric in-patients comfort scale (PICS). **Enfermeria Clínica**, v. 17, n. 1, p. 17-23, 2007.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Avaliação das qualidades psicométricas do conforto de doentes psiquiátricos. **Psicológica**. v. 44, p. 489-504. 2007.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. **Referência. II Serie**. n.3, p.55–64, 2006.
- AQUINO, C. B. Q. **Avaliação do conforto do cuidador familiar da mulher com câncer de mama avançado**. 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21910/1/2017_dis_cbqaquino.pdf. Acessado em: 25.07.2018.
- ARTANTI, E. R.; NURJANNAH, I.; SUBROTO, S. Validity and reliability of shortened General Comfort Questionnaire in indonesian version. *Belitung Nursing Journal*, v. 4, n.4, 2018.
- BAENA C. P. et al. Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. **Arq. Bras. Cardio.**, v. 98, n. 3, p. 211-217, 2017.
- BEZERRA, F. A., CORRAR, L. J. Utilização da análise fatorial na identificação dos principais Indicadores para avaliação do desempenho financeiro: uma aplicação nas empresas de seguros. **R. Cont. Fin. USP**, São Paulo, n. 42, p. 50 – 62, set./dez., 2006.
- BRAGA, G. C. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de impotência**. 2004. 241f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. Disponível em: Acessado em: 13.05.2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-. Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004.
- CHOOI, C. S. et al. Pain vs comfort scores after Caesarean section: a randomized trial. **Br J Anaesth.**, v. 110, n. 5, mai., 2013.
- CIAN'CIARULLO, T.W. Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 21, n. (especial), p. 100-107, 1987.
- DAMÁSIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicol.**, v.1, n.

2, p. 213-28, 2012.

DATASUS. Centrais de Conteúdo. Painel de Monitoramento da Mortalidade - CID-10. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>. Acessado em: 08.12.2018.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Notas Técnicas. Brasília: MS, [s.d.] b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_RecursosF%C3%ADsicos.htm. Acessado em: 02.06.2018.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Consulta Estabelecimento. Brasília: MS, [s.d.] c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acessado em: 02.06.2018.

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

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

DOWD, T.; KOLCABA, K. Y.; STEINER, R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. **Holistic nursing practice**, v. 14, n.2, p. 91-103, 2000.

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

FÁVERO, L. P. et al. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERREIRA, P. L.; MARQUES, F. B. **Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1998. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>. Acessado em: 10.08.2017.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin Pública**, v. 16, 60-85, 2010.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G.; MUSSI, F. M. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 660-8, jul.-ago., 2015.

FREITAS, K.S. **Construção e validação de uma escala de conforto para familiares em estado crítico de saúde (ECONF)**. (Tese). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 196p. Salvador, 2012. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2011/28001010014P3/TES.PDF>. Acessado em: 21.10.2017.

GIBault, M. A. M. et al. Conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.47 n 5. p. 1117-24, 2013.

GLEBOVA, T. et al. Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and

community settings: development and evaluation of the Therapist Comfort Scale. **Psychotherapy** (Chic), v. 49, n.1, p. 52-61, mar., 2012.

GÓIS J. A. et al. Cross-cultural adaptation of the General Comfort Questionnaire to Brazilian patients with myocardial infarction. **Ver. Bras. Enferm.** [Internet]. v. 71, n. 6, p. 2998-3005, 2018.

GÓIS, J. A. **Adaptação transcultural e validade de conteúdo do questionário geral de conforto para pessoas com infarto do miocárdio**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Salvador, 144p, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20846/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Enferm_GOIS%20Almeida%20%20G%C3%B3is.pdf. Acessado em: 01.04.2017.

GOULART, B. F. et al. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 479-486, 2016.

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

HAIR, J.F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 7ªed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

HAIR, J.F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6ªed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAIR JR., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A modelo f equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, p.323-335, 1998.

HEVEY, D. Consideration of future consequences scale: confirmatory factor analysis. **Personality and individual differences**. v. 48, p. 654-657, 2012.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HWANG, M. et al. Measuring care and comfort in children with cerebral palsy: the care and comfort caregiver questionnaire. **PM R**, v. 3, n. 10, p. 912-9, oct., 2011.

KOLCABA, K. Y.; SCHIRM, V.; STEINER, R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. **Geriatric Nursing**, v. 27, n. 2, p. 85-91, 2006.

KOLCABA, K. Y.; DIMARCO, M. A. Comfort theory and its application to pediatric nursing. **Pediatric Nursing**, v. 31, n.3, p.187-194, 2005.

KOLCABA, K. Y. et al. Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 6, n. 2, p. 91-102, 2004.

KOLCABA, K. Y. **Confort Theory and practice: a vision holistic health care and**

research. York: Springer Publishing Company, In. 264p, 2003.

KOLCABA, K. Y.; STEINER, R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. **Journal of Holistic Nursing**, v. 18, n. 1, p. 46-62, 2000.

KOLCABA, K. Y.; FOX, C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. **Oncology Nursing Forum**, v. 26, n. 1, p. 67-72, 1997.

KOLCABA, K. Y. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 19, n.6, p. 1178-1184. 1994.

KOLCABA, K. Y. Gerontological nursing: the concept of comfort in an environmental framework. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 18, n.6, p. 33-38, 1992.

KOLCABA, K. Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs. Sch.**, v.25, n.4, p.237-240, 1991

LAMINO, D.A.; TURRINI, R.N.T.; KOLCABA, K. Y. Cancer Patients Caregivers Comfort. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 278-284, 2014.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159–174, 1977.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: L. Pasquali (Org.) **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis (SC): Papa Livros; 1999.

LO-BIONDO WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**; v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MARTINS, G.A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v.8, n.20, p.1-12, 2006.

MARTINS, J. J. **O cotidiano de trabalho de enfermagem: prazer ou sofrimento?** (Dissertação). Florianópolis (SC); Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências e Saúde da UFSC. 133p. Santa Catarina, 2000.

MCCARTHY, M. et al. Comfort First: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer. **Psychooncology**, v. 22, n. 4, p. 775-82, 2013.

MELO, G. A. A. et al. Cultural adaptation and reliability of the General Comfort Questionnaire for chronic renal patients in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v. 25, 2017.

MENESES, A.U.; ACEVEDO, I. C. T.; DURAN, Y. J. A. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. **Ciencia y Cuidado**, v. 9, n. 2, jul./dez., 2012.

MENEZES, I. G. **Escala de intenções comportamentais de comprometimento organizacional: concepção, desenvolvimento, validação e padronização**. 2006. 355p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de filosofia e ciências humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/igor_menezes.pdf. Acessado em: 11. 04 2018.

MOKKINK, L. B. et al. **The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties**: a clarification of its content. 2010. Acessado em: 23.06.2017. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/22>. Acessado em: 02.10.2017.

MORAN, A. E. et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. **Circulation**, v. 129, n. 14, p. 1483-1492, 2014.

MOTA, D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n 3, p. 309-14, 2007.

MUSSI, F. C.; FREITAS, K. S.; GIBAUT, M. A. M. Prácticas Del Cuidar em Enfermería: para La Promoción Del Confort. Index de Enfermeria. **Primer** (segundo trimestre), v. 23, n.1-2, p. 65-69, 2014.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Rev. Acta Paul Enfermagem** v. 18, n. 1, p. 72-81, 2005.

MUSSI, F. C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Ver. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 751-9. 2004.

MUSSI, F.C. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Act. Paul. Enferm**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 88-97, 2003.

MUSSI, F. C. et al. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.36, n. 2, p.115-24, 2002.

NASCIMENTO, M. I.; MONTEIRO, G. T. R. Características de acesso ao preventivo de câncer de colo de útero: três etapas metodológicas e da adaptação do instrumento de coleta de informação. **Cad Saúde Pública**[Internet], V. 26, N. 6, P. 1096-108, 2010.

NEVES-ARRUDA, E.; NUNES, A. M. P. *Conforto em Enfermagem: uma análise teórico conceitual*. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis (SC), p. 93-110, 1maio/ago., 1998.

NOVAK, B. et al. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, v.18, n.3, p.170-180, 2001.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm. USP**, v.43, n.Esp, p.992-999, 2009.

PASQUALI, L. Validade dos Testes Psicológicos: será possível reencontrar o caminho?
Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.23, n.Esp, p.99-107, 2007.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2 ed.
Petrópolis, RJ: Vozes, 102. 2003

PASQUALI L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin**. v. 25, n.5, p. 206-213, 1998.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, J. C. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Qualidade dos instrumentos epidemiológicos. In: BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

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

REZENDE, V. L. et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia**, maio/ago., v. 20, n. 46, p. 229-237, 2010.

REZENDE, V.L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n. 1, p. 79-87, 2005.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3.ed.7.reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

ROSTOM, A. et al. Development and validation of a nurse-assessed patient comfort score for colonoscopy. **Gastrointest. Endosc.**, v. 77, n. 2, p.:255-261. 2013.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc. Work Res.**, v, 27, n. 2, p. 94-105, 2003.

SILVA, C. C. et al. Comparação dos níveis de sedação graduados pela escala Comfort-B e pelo índice bispectral de crianças em ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 25, n. 4, p. 306-311, 2013.

SOARES, M. Z. L. et al. Comparação entre as escalas de Comfort-Behavior e Ramsay em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Dor**. v. 15, n. 1, p. 25-29, 2014.

SOUKI, G. Q.; PEREIRA, C. A. Satisfação, Motivação e Comprometimento de Estudantes de Administração: Um Estudo Com Base nos Atributos de uma Instituição de Ensino Superior. In: XXVIII EnANPAD. Curitiba, PR, 2004. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2004-epa-1871.pdf>. Acessado em: 23.09.2018.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. New York: Oxford University Press; 2015.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TRISTÃO, R.M. et al. Comfort behavior scale and skin conductance activity: what are they really measuring? *Acta Pediatr.*, v.102, n. 9, p.402-406, 2013.

VAN DER LINDEN, J. C. S.; GUIMARÃES, L. B. M.; TABASNIK, R. Conforto e Desconforto: são construtos opostos? In: 3º Congresso Internacional de Pesquisa em Design, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: www.producao.ufrgs.br/.../224. Acessado: 20.06.2017.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 3-7, 2010.

WAGNER, D.; BYRNE, M.; KOLCABA, K. Y. Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal*, v. 84, n.3, p. 427, 2006.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J. Nurs. Res.*, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

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

APÊNDICE A – Ofício aos Hospitais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO- PRPPG
Rua Basílio da Gama, 06/08 – Canela – Salvador – Bahia, CEP 40110-040
Telefone: (71) 3283-7960 / 7991/ 7992. Fax:(71) 3283-7964 / E-mail: finprppg@ufba.br

Salvador, 21 de março de 2018.

Aos membros da Diretoria do Hospital,

Em consequência da ascensão das Políticas de Saúde relacionadas a humanização e acolhimento do cuidado, reconhecemos a importância do conforto como meta fundamental a ser alcançada. Nesse sentido, enfatizamos, que o conforto não limita-se apenas a esfera física e caracteriza-se como um fenômeno que envolve vários aspectos. Desta forma apresentamos nosso projeto de dissertação de mestrado que tem como título: **“Validação Estrutural do Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio”**.

Compreendendo que este serviço é tido como referência para o atendimento às pessoas com essa patologia e solicitamos a vossa colaboração e parecer para realizarmos nossa coleta de dados, que visa aplicação do Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM), para mensurar o conforto de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Salientamos que serão abordados no leito apenas aqueles que apresentarem condições clínicas para participar da pesquisa. Encaminhamos em anexo o projeto de pesquisa para apreciação.

Saliento que o presente estudo conta com a colaboração do Doutor Júlio Leal Bandeira Neves, membro da equipe médica da presente Instituição.

Certa de vossa atenção, agradeço antecipadamente.

Camila Oliveira Valente

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.
Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia - UFBA.
E-mail: camilavalente@hotmail.com/ Telefone: (75) 99224-4258

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Incardio



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COLEGIADO DE ENFERMAGEM DA
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA E ESTUDOS EM SAÚDE-NIPES

O Senhor (a) está sendo convidado a participar como entrevistado da pesquisa “**Produção do cuidado para a promoção do conforto de pessoas com infarto do miocárdio**”. Pesquisamos, por exemplo, como o senhor (a) tem vivido durante esse período de internamento. O resultado desta pesquisa será importante para melhorar a assistência prestada a pessoas internadas na UTI com Infarto do Miocárdio. Se o senhor(a) concordar em participar serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas durante seu internamento. Estes questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas aos mesmos. Caso isso venha acontecer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista se que isso cause dano ou prejuízo estaremos também sensíveis à escuta. O Sr (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e outra via ficará com o pesquisador. A participação nesta pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro para o Sr (a). Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases em que o Sr ou a Srª poderá informar o seu nível de conforto em cada situação, e até mesmo se concorda ou não com os itens apresentados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Esses dados ficarão armazenados na sala do NIPES-Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudos em Saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana Av. Transoeste s/n – Novo Horizonte, Módulo IV, sala MT63, Tel. (75) 31618062 por cinco anos, depois serão descartados. O Sr. (a) poderá desistir de participar a qualquer momento e não haverá problemas nem para o Sr (a) e nem para sua família. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde possam conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência durante seu período de internamento. Pedimos também permissão para publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo. O Sr (a) poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa em eventos promovidos pelas instituições os quais serão divulgados em jornais de grande circulação, onde seu nome será mantido sob sigilo.

Assinatura do participante: _____

Feira de Santana, _____ de _____ de 2018.

Profª Ms. Joselice Almeida Góis

Polyanna Portela, Camila Valente, Larissa
Matos, Renata Sampaio, Hérica Leite
Equipe NIPES

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital
Professor Edgar Santos

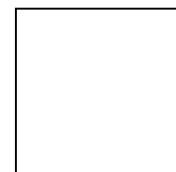


ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
 Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 7º andar. Vale do Canela – Salvador – Bahia
 Telefone: (71) 8283-7631/ 3283-7635

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“Validação Estrutural do Questionário Geral de Conforto para pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio”**. Pesquisamos por exemplo, como o senhor(a) tem vivido durante esse período de internamento. O resultado dessa pesquisa será importante para melhorar a assistência prestada às pessoas internadas na UTI com infarto agudo do miocárdio. Se o senhor (a) concordar em participar serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas durante o seu internamento. Estes questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. Caso isso venha ocorrer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista. Se isto lhe causar dano ou prejuízo estaremos sensíveis a escuta. O senhor (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e o outro ficará com o pesquisador. Ressalta-se que a participação nesta pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro. Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases em que você poderá informar o seu nível de conforto em cada situação, e até mesmo se concorda ou não com os itens apresentados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Esses dados ficarão armazenados na sala do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovasculares (GISC) no sexto andar da Escola de Enfermagem da UFBA situada na Rua Basílio da Gama, 241, Canela, Salvador. Tel (71) 3283-7600. Os dados serão guardados por cinco anos, depois serão destruídos. O senhor (a) poderá desistir de participar da entrevista a qualquer momento e isto também não trará problemas para si e nem para sua família. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde possam conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência durante seu período de internamento. Pedimos também permissão para a publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo. O senhor (a) poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa em eventos promovidos pelas instituições os quais serão divulgados em jornais e revistas de grande circulação, onde seu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do participante _____
 Salvador/ Feirade Santana, _____ de _____ de 2018.

Enfermeira Fernanda Mussi /E-mail: femussi@uol.com.br
Pesquisadora Responsável



Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos
 R. Dr. Augusto Viana, S/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060
 Telefone: (71) 3283.8043 | Fax: (71) 3283.8141 /E-mail: cep.hupes@gmail.com

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Ana Nery



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 7º andar. Vale do Canela – Salvador – Bahia
Telefone: (71) 8283-7631/ 3283-7635

O Senhor (a) está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“Validação Estrutural do Questionário Geral de Conforto para pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio”**. Pesquisamos por exemplo, como o senhor (a) tem vivido durante esse período de internamento. O resultado dessa pesquisa será importante para melhorar a assistência prestada às pessoas internadas na UTI com infarto agudo do miocárdio. Se o senhor (a) concordar em participar serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas durante o seu internamento. Estes questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. Caso isso venha ocorrer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista. Se isto lhe causar dano ou prejuízo estaremos sensíveis a escuta. O senhor (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e o outro ficará com o pesquisador. Ressalta-se que a participação nesta pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro. Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases em que você poderá informar o seu nível de conforto em cada situação, e até mesmo se concorda ou não com os itens apresentados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Esses dados ficarão armazenados na sala do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovasculares (GISC) no sexto andar da Escola de Enfermagem da UFBA situada na Rua Basílio da Gama, 241 - Canela, Salvador. Tel (71) 3283-7600. Os dados serão guardados por cinco anos, depois serão destruídos. O senhor (a) poderá desistir de participar da entrevista a qualquer momento e isto também não trará problemas para si e nem para sua família. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde possam conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência durante seu período de internamento. Pedimos também permissão para a publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo. O senhor (a) poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa em eventos promovidos pelas instituições os quais serão divulgados em jornais e revistas de grande circulação, onde seu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do participante _____

Salvador/ Feira de Santana, _____ de _____

de 2018.

Fernanda Mussi

Enfermeira Fernanda Mussi
E-mail: femussi@uol.com.br
Pesquisadora Responsável

Hospital Ana Nery
R. Saldanha Marinho, S/n – Caixa d'Água,
Salvador - BA, 40320-010
Telefone: (71) 3117-1800
E-mail: contato@han.net.br

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Santa Izabel

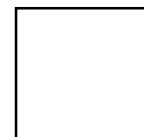


ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 7º andar. Vale do Canela – Salvador – Bahia
Telefone: (71) 8283-7631/ 3283-7635

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Validação Estrutural do Questionário Geral de Conforto para pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio**”. Pesquisamos por exemplo, como o senhor (a) tem vivido durante esse período de internamento. O resultado dessa pesquisa será importante para melhorar a assistência prestada às pessoas internadas na UTI com infarto agudo do miocárdio. Se o senhor (a) concordar em participar serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade e também a sua opinião sobre as situações confortáveis e desconfortáveis vividas durante o seu internamento. Estes questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. Caso isso venha ocorrer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista. Se isto lhe causar dano ou prejuízo estaremos sensíveis a escuta. O senhor (a) receberá uma via deste Termo de Consentimento para participação na pesquisa e o outro ficará com o pesquisador. Ressalta-se que a participação nesta pesquisa não acarretará em nenhum custo financeiro. Neste momento será apresentada pela pesquisadora uma escala com várias frases em que você poderá informar o seu nível de conforto em cada situação, e até mesmo se concorda ou não com os itens apresentados. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Esses dados ficarão armazenados na sala do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovasculares (GISC) no sexto andar da Escola de Enfermagem da UFBA situada na Rua Basílio da Gama, 241 - Canela, Salvador. Tel(71) 3283-7600. Os dados serão guardados por cinco anos, depois serão destruídos. O senhor(a) poderá desistir de participar da entrevista a qualquer momento e isto também não trará problemas para si e nem para sua família. O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde possam conhecer quais são situações mais confortáveis e as mais desconfortáveis para você e assim prestarem uma melhor assistência durante seu período de internamento. Pedimos também permissão para a publicação dos resultados oriundos desta pesquisa, onde seu nome será mantido sob sigilo. O senhor (a) poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa em eventos promovidos pelas instituições os quais serão divulgados em jornais e revistas de grande circulação, onde seu nome será mantido em sigilo.

Nome por extenso do participante da pesquisa
Local de pesquisa: _____ Data: _____

Assinatura do participante da pesquisa



Nome por extenso da pessoa que obteve o consentimento

Nome por extenso da testemunha imparcial

Assinatura da pessoa que obteve o consentimento e data

Assinatura da testemunha imparcial e data

Nome por extenso do representante legal do participante

Comitê de Ética em Pesquisa – Profº Dr. Celso Figueirôa
Praça Conselheiro Almeida Couto, 500 - Nazaré,
Telefone: (71) 2203-8362

Assinatura do representante legal do participante e data

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

ANEXO A - Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos de Pessoas com Infarto do Miocárdio



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
Rua Dr. Augusto Viana, s/n, 7º andar. Vale do Canela – Salvador - Bahia
Telefone: (71) 8283-7631/ 3283-7635

I. Dados Sociodemográficos
1. Data Admissão _____
2. Local de Coleta: () UTI Incardio () UI Incardio () UTI Edgar Santos () UI Edgar Santos () UTI Ana Nery () UI Anna Nery () UTI Santa Izabel () UI Santa Izabel
3. Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()
4. Para você qual a sua cor? () branca () preta () parda
5. Quantos anos o Sr. a Sra. estudou? Anos de Estudo _____
6. Qual a sua profissão? _____
7. Com relação à sua situação de trabalho você é: () empregado(a) () desempregado(a) () aposentado(a) sem atividade () aposentado(a) com atividade () dono(a) de casa () autônomo(a) () outro
8. Qual sua situação conjugal? () Solteiro () Casado () União Estável () Separado/ divorciado () Viúvo
9. Quantos filhos você tem? () nenhum () 1 filho () 2 filhos () 3 filhos () 4 filhos () mais de 4 filhos
10. Qual sua renda mensal? _____
11. Qual a sua religião? () católico () evangélico () espírita () nenhuma () outra
12. Em que cidade reside? () Salvador () Feira de Santana () outro
II. Dados Clínicos
1. Tempo de internação: _____
2. Qual o nível de gravidade? () Estável () Grave estável () Grave instável () Alta
3. Qual a intensidade da dor que teve? () fraca () moderada () intensa
4. Já teve uma outra experiência de internamento na UTI? Sim () Não () Quantos dias?
5. Quais os fatores de risco para o IAM que possui? () Tabagista () HAS () DM () Colesterol elevado () Obesidade () Estresse e depressão
6. A quais procedimentos foi submetido? () Cineangiografia () Angioplastia () Cirurgia Cardíaca

ANEXO B - Questionário Geral de Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM)

Muitíssimo obrigada por nos auxiliar neste estudo sobre o conceito de Conforto. Existem algumas afirmações abaixo as quais talvez possam descrever seu estado de conforto nomomento em que você responde estas questões.

Por exemplo:

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

Concordo totalmente (4); Concordo (3); Discordo (2) e Discordo totalmente (1)

1. Seu corpo está relaxado agora?	4	3	2	1
2. Você é capaz de ajudar com seu tratamento?	4	3	2	1
3. Você tem muita privacidade?	4	3	2	1
4. Quando você precisa de ajuda é atendido pelos profissionais?	4	3	2	1
5. Você não quer se exercitar?	4	3	2	1
6. Seu problema de saúde te deixa pra baixo?	4	3	2	1
7. Você se sente confiante em sua recuperação?	4	3	2	1
8. Você se sente dependente dos outros?	4	3	2	1
9. Você sente que sua vida é importante agora?	4	3	2	1
10. Você se sente valorizado(a) por saber que é amado(a)?	4	3	2	1
11. Este lugar é agradável?	4	3	2	1
12. Os ruídos te deixam nervoso (a)?	4	3	2	1
13. Ninguém te entende?	4	3	2	1
14. É difícil suportar sua dor?	4	3	2	1
15. Você é capaz de dar o melhor de si?	4	3	2	1
16. Você se sente infeliz quando está sozinho(a)?	4	3	2	1
17. Sua fé lhe ajuda a não ter medo?	4	3	2	1
18. Você não gosta de estar aqui?	4	3	2	1
19. A prisão de ventre lhe incomoda?	4	3	2	1
20. Você não se sente sadio (a) nesse exato momento?	4	3	2	1
21. Este quarto lhe assusta?	4	3	2	1
22. Você tem medo do que pode acontecer?	4	3	2	1
23. Tem uma pessoa que cuida muito bem de você?	4	3	2	1
24. Você tem passado por mudanças que lhe preocupam?	4	3	2	1
25. Você está com fome?	4	3	2	1
26. Você gostaria que seu médico lhe visse mais vezes?	4	3	2	1
27. A temperatura neste quarto é boa?	4	3	2	1
28. Você está muito cansado (a)?	4	3	2	1
29. Você pode superar sua dor?	4	3	2	1
30. Esse lugar faz você se sentir bem?	4	3	2	1
31. Você está feliz?	4	3	2	1
32. Esta cama lhe machuca?	4	3	2	1
33. O que você vê ao seu redor lhe anima?	4	3	2	1
34. Seus pertences pessoais não estão aqui?	4	3	2	1
35. Você se sente à vontade aqui?	4	3	2	1
36. Você se sente bem o bastante para caminhar?	4	3	2	1

37. Seus amigos telefonam e enviam mensagens?	4	3	2	1
38. Suas crenças te dão paz espiritual?	4	3	2	1
39. Você precisa estar melhor informado sobre seu estado de saúde?	4	3	2	1
40. Você se sente fora de controle da situação?	4	3	2	1
41. Você se sente péssimo por não está vestido? (a)	4	3	2	1
42. Este quarto tem um cheiro horrível?	4	3	2	1
43. Você se sente sozinho aqui?	4	3	2	1
44. Você está calmo (a)?	4	3	2	1
45. Você está deprimido (a) ?	4	3	2	1
46. Você encontrou o significado de sua vida?	4	3	2	1
47. É fácil andar neste espaço?	4	3	2	1
48. Você precisa se sentir bem novamente?	4	3	2	1
49. Você está com sede?	4	3	2	1
50. Você não sabe se agora é dia ou noite?	4	3	2	1
51. As pessoas que trabalham aqui não te enxergam?	4	3	2	1
52. Você está com dor no peito agora?	4	3	2	1
53. Sua vida mudou desde que chegou aqui?	4	3	2	1
54. A luz deste lugar te incomoda?	4	3	2	1
55. Você tem dificuldade para urinar?	4	3	2	1
56. Você tem medo de morrer?	4	3	2	1
57. Gostaria de ver sua família por mais tempo?	4	3	2	1
58. Você está com falta de ar?	4	3	2	1
59. Você não sabe se vai se recuperar?	4	3	2	1
60. É difícil comer aqui?	4	3	2	1
61. Tem dificuldade para dormir?	4	3	2	1
62. Os aparelhos que usa te perturbam?	4	3	2	1
63. Você se sente isolado?	4	3	2	1

ANEXO C – Aprovação CEP Escola de Enfermagem

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

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

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO ESTRUTURAL DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Pesquisador: Fernanda Carneiro Mussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87863318.0.0000.5531

Instituição Proponente: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.322

Apresentação do Projeto:

O fenômeno conforto historicamente tem sido investigado na perspectiva dos profissionais e das instituições de saúde, sendo pouco explorado na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde. Considerado como meta da assistência da enfermagem, este fenômeno vem sendo mensurado por meio de instrumentos de aferição que precisam ser válidos e confiáveis, diante disto, este estudo tem como objetivo validar empiricamente o Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto do Miocárdio (GCQ-IAM).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a validade estrutural do Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os questionamentos realizados podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. Caso isso venha ocorrer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista.

Benefícios: Este estudo pode contribuir para o fortalecimento da teoria sobre o construto e para o desenvolvimento científico e tecnológico neste campo teórico, além de disponibilizar uma ferramenta válida para a mensuração do nível de conforto de pessoas com IAM e, por conseguinte para a orientação de práticas de cuidado em UTI, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Variáveis clínicas e sociodemográficas classificadas como categóricas serão analisadas em frequências absolutas e relativas, e as classificadas como quantitativas serão analisadas por medidas de tendência central, a depender da distribuição. Para a análise dos dados do GCQ-IAM será testada a hipótese de normalidade da distribuição, visto que as variáveis que avaliam o construto são medidas no nível intervalar. O teste da hipótese de normalidade utilizado será o de Kolmogorov-Smirnov, considerado apropriado para estudos com amostras maiores do que 50 casos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

Apresentar relatórios e promover a devolutiva dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidos os princípios éticos e bioéticos, opino pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo relator.

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÃO S_BÁSICAS_DO_PROJETO_1093711.pdf	17/04/2018 15:10:30		Aceito
Declaração de	institucional.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Instituição e Infraestrutura		15:05:18	Mussi	
Declaração de	pesquisadores.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Pesquisadores		15:03:50	Mussi	
Outros	inicio_pesquisa.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:02:34	Mussi	
Outros	confidencialidade.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	14:58:18	Mussi	Aceito
Outros	anuencia_hupes.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		14:56:24	Mussi	
Outros	oficio.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		13:14:30	Mussi	
Declaração de	comppes.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Pesquisadores		13:13:10	Mussi	
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		11:43:21	Mussi	
Projeto Detalhado /	projeto.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Brochura		11:21:02	Mussi	
Investigador				
Outros	anuencia_incardio.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:51:07	Mussi	
Outros	anuencia_santaizabel.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:50:24	Mussi	
Outros	anuencia_ananery.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:49:46	Mussi	
Outros	instrumentos.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:46:54	Mussi	
TCLE / Termos de	tcle.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Assentimento /		15:45:27	Mussi	
Justificativa de				

Ausência				
Cronograma	cronograma.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:41:55	Mussi	
Orçamento	orcamento.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:41:40	Mussi	

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 24 de Maio de 2018

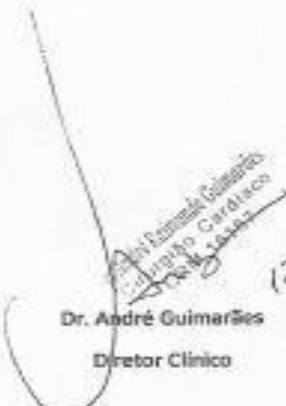
Assinado por:
Daniela Gomes dos Santos Biscarde(Coordenador)



Feira de Santana, 15 de julho de 2015

Em virtude da crescente ênfase da Política Nacional de Humanização e Acolhimento, considerando a importância do conforto neste contexto e por esta instituição compreender a importância de incentivar estudos em todas as áreas de saúde declaramos **AUTORIZADO** o desenvolvimento da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada "Adaptação transcultural de uma escala para medida do conforto de pessoas com Infarto do Miocárdio", a ser realizada pela enfermeira Joselice Almeida Góis discente do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade federal da Bahia – UFBA.

Atenciosamente,


Dr. André Guimarães
Diretor Clínico

12/07/2015

ANEXO E - Aprovação CEP Hospital Professor Edgar Santos

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO ESTRUTURAL DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Pesquisador: Fernanda Carneiro Mussi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87863318.0.3002.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.919.509

Apresentação do Projeto:

O fenômeno conforto historicamente tem sido investigado na perspectiva dos profissionais e das instituições de saúde, sendo pouco explorado na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde. Considerado como meta da assistência da enfermagem, este fenômeno vem sendo mensurado por meio de instrumentos de aferição que precisam ser válidos e confiáveis, diante disto, este estudo tem como objetivo validar empiricamente o Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto do Miocárdio (GCQ-IAM).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a validade estrutural do Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os questionamentos realizados podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. Caso isso venha ocorrer, poderemos minimizar esse risco com a interrupção na aplicação do instrumento em qualquer momento da entrevista.

Benefícios: Este estudo pode contribuir para o fortalecimento da teoria sobre o construto e para o desenvolvimento científico e tecnológico neste campo teórico, além de disponibilizar uma ferramenta válida para a mensuração do nível de conforto de pessoas com IAM e, por conseguinte para a orientação de práticas de cuidado em UTI, em consonância com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo metodológico orientado pela Teoria Clássica dos Testes (TCT) e pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), as quais fazem uso de métodos e técnicas que possibilitam o estudo do comportamento humano e, mais precisamente, dos construtos que perpassam as teorias psicológicas (PASQUALI, 2007). A TCT tem interesse em definir a qualidade dos testes, os quais são estímulos comportamentais ou variáveis observáveis. Assim, preocupa-se em produzir testes de qualidade, buscando explicar a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa em um escore total (PASQUALI, 2003; 2009). A aplicação deste modelo teórico permite assegurar a validade e a confiabilidade da medida construída. (PASQUALI, 2007). Já a TRI se interessa por produzir itens de qualidade, analisando os fatores que afetam na permanência ou exclusão dos mesmos (PASQUALI, 2003, 2009).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

Elaborar Relatórios e promover a devolutiva dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo discutido e aprovado no plenário do CEP. Foi considerado adequado as normas da Resolução CNS 466/2012 e Norma Operacional 001/2013.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Situação: Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	28/08/2018		Aceito
do Projeto	ROJETO_1182556.pdf	10:40:18		
TCLE / Termos de	tcle_santa_izabel.pdf	28/08/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência		10:34:37	Mussi	
Outros	projeto_edgar_santos.pdf	28/08/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		10:33:41	Mussi	
TCLE / Termos de	tcle_edgar_santos.pdf	28/08/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência		10:33:00	Mussi	
Outros	Documento_Unico_SGPIT_Fernanda_Mussi.pdf	15/08/2018	Quezia Palma Leal	Aceito
		16:36:34		
Outros	Carta.docx	04/07/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		13:17:57	Mussi	
Outros	inicio_pesquisa.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:02:34	Mussi	
Outros	confidencialidade.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		14:58:18	Mussi	

Outros	anuencia_hupes.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		14:56:24	Mussi	
Outros	oficio.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		13:14:30	Mussi	
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	17/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
Investigador		11:21:02	Mussi	
Outros	anuencia_incardio.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:51:07	Mussi	
Outros	anuencia_santaizabel.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:50:24	Mussi	
Outros	anuencia_ananery.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:49:46	Mussi	
Outros	instrumentos.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:46:54	Mussi	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	16/04/2018	Fernanda Carneiro	Aceito
		15:45:27	Mussi	

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Setembro de 2018

Assinado por:
NEY CRISTIAN AMARAL BOA SORTE
Coordenador

ANEXO F - Aprovação CEP Hospital Ana Nery

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO ESTRUTURAL DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Pesquisador: Fernanda Carneiro Mussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87863318.0.3001.0045

Instituição Proponente: Hospital Ana Nery - HAN/SESAB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.002.062

Apresentação do Projeto:

VALIDAÇÃO ESTRUTURAL DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de PósGraduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para qualificação do Mestrado em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”. Orientadora: Fernanda Carneiro Mussi

Apesar do conforto ser considerado uma meta do cuidado de enfermagem são escassos instrumentos para a sua mensuração. A avaliação do nível de conforto para pessoas com IAM é necessária, pois esse evento cardiovascular está associado a taxas elevadas de morbidade e mortalidade. Logo, a avaliação do nível de conforto nesse contexto pode direcionar as práticas de cuidado da equipe de saúde. O estudo será realizado nas unidades de terapia intensiva públicas e privadas de hospitais do Estado da Bahia, de grande porte e de referência para atendimento de pessoas com IAM, situados no município de Salvador e Feira de Santana. A fim de viabilizar a coleta de dados será necessária a participação de outros entrevistadores, por isso foi montada duas equipes de coleta, uma em Salvador que conta com o auxílio de estudantes de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA - (voluntárias e bolsistas vinculadas ao Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado e a Saúde Cardiovascular - GISC) e em Feira de Santana, que também conta com a participação de estudantes de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS; As acadêmicas foram treinadas pela pesquisadora responsável.

Objetivo da Pesquisa:

A presente investigação tem como objeto de estudo a “adaptação transcultural, etapa de validação empírica, do Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM)” e como questão de pesquisa: O GCQ-IAM possui propriedades psicométricas válidas e confiáveis para a medida do conforto?

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Serão feitas perguntas sobre situações confortáveis e desconfortáveis. Estes questionamentos podem desencadear algum tipo de constrangimento, gasto de tempo e energia para respostas ao mesmo. A interrupção da entrevista está prevista se necessário, a critério do paciente ou pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, pouco risco para os pacientes envolvidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados de forma adequada

Recomendações: Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta.docx	04/07/2018 13:17:57	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	inicio_pesquisa.pdf	17/04/2018 15:02:34	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	17/04/2018 14:58:18	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_hupes.pdf	17/04/2018 14:56:24	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	oficio.pdf	17/04/2018 13:14:30	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	17/04/2018 11:21:02	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Investigador				
Outros	anuencia_incardio.pdf	16/04/2018 15:51:07	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_santaizabel.pdf	16/04/2018 15:50:24	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_ananery.pdf	16/04/2018 15:49:46	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	16/04/2018 15:46:54	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
TCLE / Termos de	tcle.pdf	16/04/2018 15:45:27	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Assentimento /				
Justificativa de				
Ausência				

Situação do Parecer:

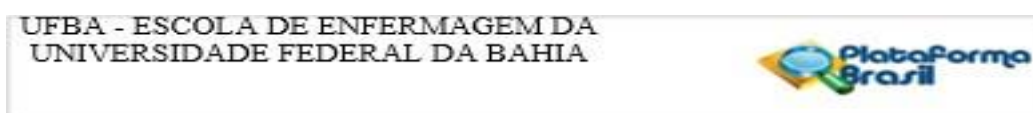
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 06 de Novembro de 2018

Assinado por: ÂRMÊNIO COSTA GUIMARÃES
(Coordenador(a))

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO ESTRUTURAL DO QUESTIONÁRIO GERAL DE CONFORTO PARA PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**Pesquisador:** Fernanda Carneiro Mussi**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 87863318.0.3003.5520**Instituição Proponente:** "Prof. Dr. Celso Figueirôa" Hospital Santa Izabel/Santa Casa de Misericórdia**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.936.496**Apresentação do Projeto:**

O fenômeno conforto historicamente tem sido investigado na perspectiva dos profissionais e das instituições de saúde, sendo pouco explorado na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde. Considerado como meta da assistência da enfermagem, este fenômeno vem sendo mensurado por meio de instrumentos de aferição que precisam ser válidos e confiáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a validade estrutural do Questionário Geral sobre Conforto para Pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (GCQ-IAM) para a medida do conforto de pessoas com IAM internadas em UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram avaliados na submissão inicial, no qual, estão de acordo com a resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação foram avaliados e os mesmos encontram-se de acordo a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências de TCLE foram devidamente resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. PARECER FINAL: A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova ad-referendum o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com a Resolução 466/12.

2. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr. Celso Figueirôa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÃO S_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1182557.pdf	26/09/2018 17:49:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_santa_izabel_des taque.pdf	26/09/2018 17:44:12	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_santa_izabel.pdf	26/09/2018 17:41:35	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	carta_cep_santaizabel .pdf	03/09/2018 09:16:15	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_edgar_santos.pdf	28/08/2018 10:42:18	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Cronograma	Cronogramaatualizad oCamilaValente.pdf	03/08/2018 11:35:41	MANOELE CERQUEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	Carta.docx	04/07/2018 13:17:57	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	inicio_pesquisa.pdf	17/04/2018 15:02:34	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	17/04/2018 14:58:18	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_hupes.pdf	17/04/2018 14:56:24	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	oficio.pdf	17/04/2018 13:14:30	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/04/2018 11:21:02	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_incario.pdf	16/04/2018 15:51:07	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_santaizabel. pdf	16/04/2018 15:50:24	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	anuencia_ananery.pdf	16/04/2018 15:49:46	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	16/04/2018 15:46:54	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.pdf	16/04/2018 15:45:27	Fernanda Carneiro Mussi	Aceito

Ausência				
----------	--	--	--	--

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Outubro de 2018

Assinado por:

Marcos Antônio
Almeida Matos
(Coordenador(a))