








VERSÃO BRASILEIRA DO TORONTO PAIN MANAGEMENT INVENTORY – ACUTE CORONARY SYNDROME

BRAZILIAN VERSION OF THE TORONTO PAIN MANAGEMENT INVENTORY - ACUTE CORONARY SYNDROME

VERSIÓN BRASILEÑA DEL TORONTO PAIN MANAGEMENT INVENTORY – ACUTE CORONARY SYNDROME

 Andressa Cristina de Souza Felício¹
 Renata Eloah de Lucena Ferretii-Rebustini²
 Beatriz Murata Murakami¹
 Filipe Utuari de Andrade Coelho¹
 Camila Takao Lopes³
 Sheila O'Keefe-McCarthy⁴
 Eduarda Ribeiro dos Santos¹

¹ Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa. São Paulo, SP - Brasil.

² Universidade de São Paulo - USP, Escola de Enfermagem – EE. São Paulo, SP – Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Escola Paulista de Enfermagem - EPE. São Paulo, SP – Brasil.

⁴ Brock University, Faculty of Applied Health Sciences - St. Catharines - Ontario, Canadá.

Autor Correspondente: Eduarda Ribeiro dos Santos
E-mail: eduarda.santos@einstein.br

Contribuição dos autores:

Coleta de Dados: Andressa C. S. Felício; **Conceitualização:** Andressa C. S. Felício, Renata E. L. Ferretii-Rebustini, Camila T. Lopes, Sheila O'Keefe-McCarthy; **Gerenciamento do Projeto:** Eduarda R. Santos; **Metodologia:** Renata E. L. Ferretii-Rebustini, Eduarda R. Santos; **Redação - Preparação do original:** Andressa C. S. Felício, Beatriz M. Murakami, Filipe U. A. Coelho, Camila T. Lopes; **Redação - Revisão e Edição:** Renata E. L. Ferretii-Rebustini, Beatriz M. Murakami, Filipe U. A. Coelho, Camila T. Lopes, Sheila O'Keefe-McCarthy, Eduarda R. Santos; **Supervisão:** Eduarda R. Santos; **Validação:** Renata E. L. Ferretii-Rebustini, Sheila O'Keefe-McCarthy, Eduarda R. Santos; **Visualização:** Andressa C. S. Felício.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 13/11/2019

Aprovado em: 13/05/2020

RESUMO

Objetivo: realizar a adaptação transcultural do instrumento *Toronto Pain Management Inventory – Acute Coronary Syndrome* para o Português brasileiro e analisar evidências de validade de face do instrumento adaptado. **Métodos:** para a adaptação transcultural foram seguidos os procedimentos propostos pelo *Guideline for Establishing Cultural Equivalency of Instruments (RDC/TMD) Consortium Network* (fase 1). Para verificar a concordância entre os juizes na análise das equivalências foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC). A validade de face foi feita com enfermeiros durante o pré-teste e consistiu na avaliação da facilidade da compreensão para responder aos itens. **Resultados:** o instrumento adaptado alcançou equivalência linguística. As equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual tiveram IVC médios de 98,5 (IC 95% 97,1-100,0), 97,8 (IC 95% 96,0-99,5), 94,1 (IC95% 91,6-96,6) e 99,6 (IC 95% 98,9-100,0). No pré-teste, 92,5% dos enfermeiros consideraram o instrumento de fácil compreensão e 85% não encontraram dificuldade. **Conclusão:** o instrumento adaptado é culturalmente equivalente ao instrumento original e reúne evidências de validade de face. As propriedades psicométricas do instrumento ainda serão investigadas.

Palavras-chave: Conhecimento; Dor no Peito; Enfermagem; Estudos de Validação; Síndrome Coronariana Aguda.

ABSTRACT

Objective: to perform the cross-cultural adaptation of the *Toronto Pain Management Inventory - Acute Coronary Syndrome* instrument into Brazilian Portuguese and test face validity evidence of the adapted instrument. **Methods:** we followed the procedures proposed by the *Guideline for Establishing Cultural Equivalency of Instruments (RDC/TMD) Consortium Network* (phase 1) for cross-cultural adaptation. To measure agreement between the judges in the equivalences analysis, we used the content validity index (CVI). Face validity was performed with nurses during the pre-test and consisted of assessing the ease of understanding when answering the items. **Results:** the adapted instrument achieved linguistic equivalence. The semantic, idiomatic, experimental and conceptual equivalences had a mean CVI of 98.5 (95% CI 97.1-100.0), 97.8 (95% CI 96.0-99.5), 94.1 (95% CI 91.6-96.6) and 99.6 (95% CI 98.9-100.0). In the pre-test, 92.5% of nurses considered the instrument easy to understand and 85% found no difficulty. **Conclusion:** the adapted instrument is culturally equivalent to the original instrument and shows evidence of face validity. The psychometric properties of the instrument are yet to be investigated.

Keywords: Knowledge; Chest Pain; Nursing; Validation Study; Acute Coronary Syndrome.

Como citar este artigo:

Felício ACS, Ferretii-Rebustini REL, Murakami BM, Coelho FUA, Lopes CT, O'Keefe-McCarthy S, Santos ER. Versão Brasileira do *Toronto Pain Management Inventory – Acute Coronary Syndrome*. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1320. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200057

RESUMEN

Objetivo: realizar la adaptación transcultural del instrumento Toronto Pain Management Inventory - Acute Coronary Syndrome al idioma portugués de Brasil y analizar la evidencia de la validez aparente del instrumento adaptado. **Métodos:** para la adaptación transcultural se siguieron los procedimientos propuestos por la Guideline for Establishing Cultural Equivalency of Instruments (RDC/TMD) Consortium Network (fase 1). Para verificar el acuerdo entre los jueces en el análisis de equivalencias se utilizó el índice de validez de contenido (IVC). La validez aparente se realizó con los enfermeros durante la prueba previa y consistió en evaluar la facilidad de comprensión para responder a los ítems. **Resultados:** el instrumento adaptado logró equivalencia lingüística. Las equivalencias semánticas, idiomáticas, experimentales y conceptuales tuvieron un IVC promedio de 98.5 (IC 95% 97.1-100.0), 97.8 (IC 95% 96.0-99.5), 94.1 (IC 95 % 91.6-96.6) y 99.6 (IC 95% 98.9-100.0). En la prueba previa, el 92.5% de los enfermeros consideraba que el instrumento era fácil de entender y el 85% no encontró dificultades. **Conclusión:** el instrumento adaptado es culturalmente equivalente al instrumento original y reúne evidencia de validez aparente. Las propiedades psicométricas del instrumento aún no se han investigado.

Palabras clave: Conocimiento; Dolor en el Pecho; Enfermería; Estudio de Validación; Síndrome Coronario Agudo.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de 2015 a fevereiro de 2020, o IAM foi responsável por 581.878 hospitalizações no Sistema Único de Saúde, com aumento progressivo de 97.328 internações em 2015 para 129.814 em 2019. A doença acarretou, no mesmo período, 62.187 mortes, correspondentes à taxa de mortalidade média de 10,56.¹

O diagnóstico de IAM e demais apresentações da síndrome coronariana aguda (SCA) é realizado por meio do histórico clínico, avaliação de eletrocardiograma e marcadores de isquemia miocárdica. A história clínica, incluindo relatos detalhados sobre as peculiaridades da dor, fatores de risco, IAM prévio e doença aterosclerótica, é uma ferramenta indispensável.²⁻⁴ A dor torácica relacionada a eventos isquêmicos cardíacos geralmente é relatada como desconforto em aperto, pressão ou queimação em uma localização não exata do tórax, com frequente irradiação para o pescoço, mandíbula, ombros e braços, com piora progressiva.⁴

O controle da dor na SCA impacta na diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Preferencialmente, o controle deve ser iniciado com sulfato de morfina endovenosa, na dose de 2 a 8 mg, com o intuito de amenizar a dor e diminuir a ansiedade. De acordo com os níveis pressóricos do paciente, a analgesia pode ser repetida a cada cinco a 15 minutos.⁵ Frequentemente o enfermeiro é o profissional que realiza o primeiro contato com o paciente na unidade de dor torácica. No entanto, muitos desconhecem a avaliação sistemática da dor e desvalorizam sua existência e

impacto. Oferecem assistência com base em sua própria opinião, implicando avaliação e manejo da dor inadequadas.^{6,7} Questões ligadas à cultura e prática estruturada em vivência anterior exercem influências negativas na avaliação e tratamento da dor. O conhecimento é considerado primordial para modificação de crenças equivocadas em relação à dor.^{7,8}

A educação permanente em serviço deve incluir intervenções que adêquem o conhecimento e, por conseguinte, as crenças dos enfermeiros em relação ao manejo da dor torácica. Assim, é relevante que ferramentas validadas sejam utilizadas para avaliar o conhecimento e as crenças dos enfermeiros sobre a dor decorrente da SCA, de modo a fornecer uma medida padronizada para o estado basal dos participantes e a efetividade da intervenção educativa.

O Toronto Pain Management Inventory (TPMI) foi desenvolvido em 2001 no Canadá para medir o conhecimento baseado em evidências dos enfermeiros sobre dor, crenças e manejo da dor e questões profissionais sobre o manejo da dor pós-operatória na cirurgia de revascularização miocárdica.⁹ Foi adaptado em 2014 para mensurar o conhecimento e crenças dos enfermeiros sobre dor, ansiedade, estratégias de controle farmacológico, incluindo medicamentos antianginosos e opioides na SCA, e denominado Acute Coronary Syndrome Version (TPMI-ACS).¹⁰ Tal adaptação foi realizada por uma enfermeira expert em cuidados críticos cardiovasculares e pesquisadora na área cardiovascular e de dor.

O TPMI-ACS é uma escala de 24 itens com respostas em escalas de 11 postos, de zero a 100, cujos extremos referem-se a *Nopain e Worstpainever; Never e Always; None e All; Notproportional e Proportional; Notassociate e Associate; Disagree e Agree; Notcompetent e Competent; Notadequate e Adequate; Notgold standard e Gold standard*.¹⁰ A fim de diminuir o viés de aquiescência e evitar o uso de itens negativos, metade dos itens da escala foi formulada de modo que escores mais altos indiquem mais conhecimento. No entanto, para gerar o resultado final, os itens restantes têm pontuação invertida: p. ex., se marcado 80 como resposta à pergunta, sua pontuação inversa corresponderá a 20, e assim sucessivamente.¹⁰

A pontuação geral varia de zero a 2.400; a pontuação de zero a 800 indica pouco conhecimento; de 801 a 1.600, moderado conhecimento; e de 1.601 a 2.400, muito conhecimento. Para chegar a essa pontuação, utiliza-se a fórmula: $X/2400 \times 100$, em que X representa a porcentagem de conhecimento. O instrumento foi avaliado no Canadá quanto à validade de conteúdo por oito *experts* clínicos e acadêmicos. Os índices de validade de conteúdo (IVC) para cada item variaram de 0,5 a 1,0 e o IVC médio total do instrumento foi 0,90.¹⁰ No melhor do conhecimento dos autores, não foram realizadas adaptações para outros países.

No Brasil não estão disponíveis ferramentas validadas para avaliar o conhecimento e as crenças dos enfermeiros sobre dor decorrente da SCA. Assim, os objetivos deste estudo foram realizar a adaptação transcultural do instrumento TPMI-ACS para Português brasileiro e analisar evidências de validade de face do instrumento adaptado.

MÉTODO

Estudo psicométrico de adaptação transcultural de instrumentos de medida em saúde. A permissão da autora do instrumento para adaptação do TPMI-ACS foi obtida via correio eletrônico. O processo de adaptação foi realizado conforme diretrizes do *Guideline for Establishing Cultural Equivalency of Instruments – RDC/TMD Consortium Network*,¹¹ com referência à fase 1, que contempla as seguintes etapas:

a) Tradução: foram realizadas duas traduções independentes (T1 e T2), uma por uma enfermeira e a outra por uma engenheira bioquímica, ambas brasileiras que residiram no Canadá e tinham o conhecimento das expressões idiomáticas e cultura local;

b) síntese e resolução das discrepâncias entre as duas traduções: uma enfermeira especialista em Cardiologia e Doutora em Ciências da Saúde realizou a síntese das duas traduções independentes (T12);

c) retrotradução: a síntese da tradução (T12) foi submetida a duas retrotraduções independentes (RT1 e RT2), realizadas por um tradutor norte-americano e um inglês. A síntese das duas retrotraduções independentes (RT12) foi realizada pelo tradutor norte-americano;

d) avaliação independente da retrotradução versus documento original: a RT12 foi comparada ao documento original pela autora do instrumento original, com o objetivo de conciliar discrepâncias entre a retrotradução e a fonte de origem;

e) revisão e desenvolvimento iterativo das discrepâncias: nessa fase, os itens da tradução identificados como problemáticos durante a fase anterior seriam avaliados pela pesquisadora principal e poderiam ser retornados ao tradutor ou retrotradutor para revisão. No entanto, não houve itens considerados problemáticos. O material traduzido passou por revisão de Português em relação às normas cultas da língua;

f) consolidação das unidades de tradução: cinco enfermeiras com experiência clínica e acadêmica em Cardiologia e fluência na língua inglesa, duas mestras e três doutoras compuseram um painel para discutir presencialmente todas as traduções item a item até chegar a uma versão consolidada;

g) revisão por comitê de juízes quanto à equivalência cultural: o material aprovado na fase anterior, consistindo de 54 itens, incluindo o título do instrumento, as instruções, questões, respostas e pontuação, foi enviado por correio eletrônico a quatro enfermeiros (dois mestres e dois doutores) e um psicometrista (doutor) para análise de equivalências. Esse grupo utilizou uma escala para avaliação dos itens quanto às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, sendo 0=nada equivalente, 1=mais ou menos equivalente e 2=equivalente. Caso a resposta fosse zero ou um, era solicitada uma justificativa para a avaliação. De acordo com o *Guideline for Establishing Cultural Equivalency of Instruments (RDC/TMD) Consortium Network*,¹³ o comitê deve ser composto idealmente de *experts* em linguagem, métodos e conteúdo. Entretanto, os autores ressaltam que alguns construtos podem não requerer um painel tão extenso e que o papel de cada tipo de membro deve ser considerado pelo líder da equipe.

Assim, considerou-se que cinco *experts* comporiam um comitê adequado, em conformidade com demais estudos de validação realizados, uma vez que a versão T12 já havia sido consolidada por *experts* com experiência clínica e acadêmica.^{12,13} A partir das avaliações dos juízes, foi calculado o IVC por meio da fórmula: número de participantes que concordaram x 100/ número total de respostas. Coeficientes menores que 0,2 foram considerados ruins, entre 0,2 e 0,4 razoáveis, entre 0,4 e 0,6 moderados, entre 0,6 e 0,8 bons e acima de 0,8 excelentes. Foram considerados adequados valores acima de 0,8, com intervalo de confiança de 95%. O IVC foi calculado tanto para cada equivalência avaliada, quanto para o instrumento como um todo;¹⁴

h) construção da versão pré-final do instrumento: após os ajustes recomendados pelos especialistas, foi elaborado o instrumento pré-final, assim denominado por não ter passado por teste em campo;

i) revisão independente do processo de tradução e documentação: os produtos de todas as fases anteriores foram revisados pela pesquisadora principal e por uma enfermeira especialista em Cardiologia e doutora em Ciências da Saúde, para confirmar que as discrepâncias tivessem sido identificadas, que as formas alternativas de adaptação tivessem sido consideradas, que as decisões finais tivessem incorporado perspectivas suficientes e que o instrumento pré-final refletisse corretamente o processo de tradução. A 10ª fase da primeira etapa, que corresponde à publicação do instrumento traduzido e adaptado no *Consortium Network*¹¹ como forma de permitir a colaboração de outros pesquisadores, não foi realizada, uma vez que não era finalidade dos autores publicar o instrumento no contexto do *Consortium*. Assim, procedeu-se à fase seguinte, que prevê a realização de um pré-teste e revisão do instrumento;

j) pré-teste e revisão do instrumento: o instrumento foi aplicado a 40 enfermeiros, alunos de cursos de pós-graduação de Enfermagem em Terapia Intensiva e Cardiologia e Hemodinâmica, para analisar as evidências de validade de face. Após leitura, entendimento e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os enfermeiros responderam ao instrumento. Questionou-se, enfim, para cada item, se a pergunta era de fácil compreensão (resposta dicotômica, sim ou não) e se o enfermeiro havia encontrado alguma dificuldade para responder ao item (resposta dicotômica, sim ou não).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (Parecer CAAE:12453019.2.0000.0071).

RESULTADOS

No processo de tradução não houve discrepâncias significativas entre as traduções T1 e T2 (fase 1), portanto, poucos ajustes foram necessários para produzir a síntese T12 (fase 2).

A T12 foi retrotraduzida e as versões RT1 e RT2 (fase 3) refletiram o conteúdo do instrumento original, conforme parecer da autora (fase 4). Assim, não foi necessário rever itens problemáticos e o

instrumento passou por revisão de Português (fase 5). Na fase seguinte (6), foi realizada a consolidação das unidades de tradução por um grupo de enfermeiras. Dos 24 itens do instrumento, 21 sofreram algum tipo de ajuste para a elaboração da versão consolidada (Anexo 1). Essa versão consolidada foi submetida à análise de um painel de juízes para verificação das equivalências (fase 7).

Nessa fase, todo o instrumento, incluindo o título, as instruções, questões, respostas e pontuação, foi avaliado pelo painel de juízes, totalizando 54 tópicos (Tabela 1). O IVC para o instrumento como um todo variou entre 85 e 100, com média de 97,5 (IC 95%: 96,5-98,5).

Tabela 1 - Equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual da versão brasileira do *Toronto Pain Management Inventory – Acute Coronary Syndrome*. São Paulo - SP, Brasil, 2016

Equivalência	Itens equivalentes n (%)	IVC* médio	IVC* mínimo-máximo	IC†95%
Semântica	50 (92,6)	98,5	80-100	97,1-100,0
Idiomática	48 (88,9)	97,8	80-100	96,0-99,5
Experimental	38 (70,4)	94,1	80-100	91,6-96,6
Conceitual	53 (98,1)	99,6	80-100	98,9-100,0

*IVC: Índice de validade de conteúdo; †IC: Intervalo de confiança.

Após a avaliação pelo comitê de juízes na sétima fase, as seguintes sugestões foram acatadas e foi elaborada a versão pré-final da escala:

- Foi passada a sigla SCA para o extenso “síndrome coronariana aguda”;
- a expressão “não padrão-ouro” foi substituída por “não é padrão-ouro”

O instrumento pré-final (fase 8) foi denominado Inventário de Manejo da Dor de Toronto – Síndrome Coronariana Aguda – versão brasileira (Anexo 2)?

No pré-teste para avaliar as evidências de validade de face, a pontuação dos enfermeiros variou entre 940 e 1.780 pontos, com média de 1.272,7±183,0 pontos; 29 (96,7%) profissionais apresentaram moderado conhecimento (801 a 1.600 pontos) e um (3,3%) exibiu muito conhecimento sobre o assunto (1.601 a 2.400 pontos).

Na Tabela 2 registra-se a pontuação mediana de cada item obtida pelos enfermeiros. Os respondentes demonstraram elevado nível de conhecimento por meio dos itens um (referente ao nível de dor que os pacientes com SCA devem sentir após o tratamento), 18 (referente à necessidade de redução da dose de morfina para melhorar náuseas), 21 (frequência de uso de uma escala de classificação numérica para avaliar a intensidade da dor torácica) e 24 (autorrelato de intensidade da dor como padrão-ouro para nortear o manejo da dor).

Os enfermeiros manifestaram baixo nível de conhecimento por meio dos itens cinco (referente à frequência com que os pacientes

Tabela 2 - Pontuação obtida pelos enfermeiros pós-graduandos ao responderem o *Toronto Pain Management Inventory – Acute Coronary Syndrome* (n=40). São Paulo - SP, Brasil, 2016

Itens	Mediana	Intervalo interquartil (Q1; Q3)
1*	0	0; 10
2*	55	40; 70
3#	65	50; 90
4*	55	50; 70
5*	80	40; 90
6*	75	50; 90
7*	60	40; 80
8#	70	40; 80
9*	70	50; 90
10*	70	50; 80
11#	70	50; 80
12*	60	40; 80
13#	60	40; 80
14*	50	40; 50
15*	50	30; 70
16#	50	30; 60
17#	50	20; 70
18*	40	10; 50
19#	75	50; 100
20*	60	30; 90
21#	100	80; 100
22#	50	20; 80
23#	50	20; 70
24#	80	50; 90

*Pontuações menos elevadas indicam menos conhecimento. #Pontuações mais elevadas indicam mais conhecimento.

com SCA relatam, voluntariamente, dor torácica), seis (referente à frequência com que os pacientes com SCA solicitam, voluntariamente, analgésicos para dor torácica) e 19 (referente à consulta ao médico prescritor para obter autorização para aumentar a dose máxima de morfina caso o paciente continue relatando dor intensa).

Entre os enfermeiros, 92,5% (n=37) consideraram o instrumento de fácil compreensão e 85% (n=34) não encontraram dificuldade no seu preenchimento.

DISCUSSÃO

Apesar de evidências quanto ao impacto da dor, em termos de alterações fisiológicas e psicológicas, ela ainda é subidentificada e subtratada⁵. O manejo efetivo da dor requer conhecimento minucioso, atitudes e habilidades de tomada de decisão clínica a seu respeito. Déficits de conhecimentos nessa área e inadequação

dos modelos de avaliação da dor, por sua vez, podem gerar atitudes negativas que interferem nas habilidades clínicas de tomada de decisão e adicionam complexidade à questão gerencial da dor, incorrendo no uso incorreto de medidas de alívio.^{8,15-18} Assim, melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde é o primeiro passo para se obter a avaliação e o manejo da dor adequados em pacientes com evento de dor cardíaca.

Nesse contexto, o TPMI-ACS foi adaptado para a cultura brasileira, gerando o Inventário de Manejo da Dor de Toronto – Síndrome Coronariana Aguda – versão brasileira (TPMI-SCA-Br). Uma vez que tenham sido demonstradas validade e confiabilidade do instrumento, ele poderá ser usado para avaliar o conhecimento e crenças basais dos enfermeiros em contextos como urgência e emergência e cuidados críticos, bem como sua evolução após a implementação de medidas educativas.

A ausência de discrepâncias significativas entre as traduções iniciais indica que os termos usados no instrumento original são geraram dúvidas semânticas às tradutoras, ainda que uma delas não tivesse conhecimento da área de saúde aplicada.

A avaliação independente das retrotraduções pela autora do instrumento original (fase 4) é um passo metodológico em que a autora poderia ter identificado possíveis sentidos inusitados advindos de erros nas fases antecedentes. Nesse caso, as pesquisadoras teriam a possibilidade de retomar as retrotraduções ou as traduções, a depender da fase em que o erro tivesse sido identificado, evitando que ele perdurasse até as fases finais de adaptação. Trata-se de uma fase que avança, em termos de rigor metodológico, em comparação ao método mais utilizado para adaptação transcultural, proposto por Beaton em 2000.¹⁹

A qualificação da enfermeira que sintetizou as versões T1 e T2 na fase 2 – especialização em Cardiologia e nível de doutorado - bem como das enfermeiras que consolidaram as unidades de tradução da fase 6 - experiência clínica e acadêmica em Cardiologia, fluência na língua inglesa, nível mínimo de mestrado – contribuiu para que a versão brasileira tivesse caráter acadêmico, sem detrimento à linguagem utilizada na prática clínica. De fato, autores anteriormente destacaram a relevância de selecionar experts valorizando a prática clínica, além do conhecimento acadêmico.²⁰

A despeito da expertise das enfermeiras no encontro presencial da fase 6, influências indevidas de fatores psicológicos podem ter ocorrido durante as deliberações, como dominância de opinião (persuasão especial do membro com mais autoridade/mais sênior), persuasão especial do membro com voz mais alta, incapacidade dos membros de abandonar opiniões expressas publicamente, além do efeito da popularidade da opinião da maioria.²¹

Dada a possibilidade da influência de tais fatores psicológicos, foi importante que a fase 7 tenha sido realizada por outro comitê de juízes de forma anônima, via correio eletrônico, pois o anonimato impede que os indivíduos dominantes influenciem o grupo. Assim, pode-se considerar que as evidências de equivalências semântica,

idiomática, experimental e conceitual satisfatórias não foram obtidas por meio de pressões externas.²²

A opinião dos experts na fase 7 refletiu-se na fácil compreensão dos enfermeiros no pré-teste (fase 11). Essa etapa é importante, pois, por vezes, o que é considerado relevante pela população-alvo de um instrumento pode não ter sido considerado pelos pesquisadores.²³ Para além da compreensão dos enfermeiros em relação ao conteúdo do instrumento, é relevante ponderar seu desempenho em termos de pontuação. Considerando que se tratava de enfermeiros em nível de especialização de cursos cuja prática demanda habilidades diretamente relacionadas ao construto mensurado pelo TPMI-ACS, o fato de haver pontuação de 940 (baixo conhecimento), bem como a predominância do conhecimento moderado e apenas um enfermeiro com muito conhecimento, deve ser objeto de adequação. Dessa forma, entende-se que um emprego adicional do instrumento pode se dar no âmbito educacional no nível de pós-graduação, de forma a subsidiar o direcionamento de correções quanto ao conhecimento deficiente e às crenças equivocadas.

Ademais, a deficiência de conhecimento em relação à frequência com que os pacientes com SCA relatam voluntariamente dor torácica, à frequência com que solicitam voluntariamente analgésicos para dor torácica e à consulta ao médico prescritor para obter autorização para aumentar a dose máxima de morfina caso continue apresentando dor intensa corrobora resultados de estudo anterior, que mostrou avaliação inadequada e relutância em administrar opioides no tratamento da dor torácica em um departamento de emergência.²⁴

Avaliar incorretamente a dor como menos grave do que é, acreditar que o paciente exagera, não ter conhecimento adequado sobre analgesia, preocupações com vício e crenças de que o tratamento retarda o diagnóstico resultam em manejo inadequado do quadro álgico.¹⁸ Além disso, acredita-se que alguns enfermeiros se apoiem erroneamente na ideia de que os pacientes devem ser encorajados a suportar a dor tanto quanto possível antes de recorrer a um método de alívio. A insuficiência de tratamento clínico, conhecimento e crenças problemáticas sobre a dor são as principais barreiras para o manejo, resultando em insatisfação com a ineficácia das estratégias de alívio.²⁵

Entende-se que o conjunto de características metodológicas adotadas pelo presente estudo confere mais segurança em relação ao produto final, que será submetido a avaliações psicométricas.

CONCLUSÃO

O TPMI-SCA-Bré culturalmente equivalente ao instrumento original e tem evidências de validade de face. Entretanto, as validades de conteúdo, critério e construto, além da confiabilidade da versão adaptada para o Brasil, ainda devem ser investigadas para que o instrumento possa ser utilizado para mensurar o conhecimento e

crenças dos enfermeiros sobre dor na SCA, de modo a subsidiar o planejamento de intervenções direcionadas que melhorem a qualidade da avaliação e manejo da dor.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). 2002[citado em 2020 fev. 3]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>
2. Makki N, Brennan TM, Girotra S. Acute coronary syndrome. *J Intensive Care Med*. 2015[citado em 2019 out. 10];30(4):186-200. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0885066613503294>
3. Chang AM, Fischman DL, Hollander JE. Evaluation of chest pain and acute coronary syndromes. *Cardiol Clin*. 2018[citado em 2019 out. 10];36(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2017.08.001>
4. Aroesty JM, Kannam JP. Patient education: chest pain (Beyond the Basics). Up to Date. 2018[citado em 2019 out. 10]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chest-pain-beyond-the-basics>
5. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LA, Andrade MD, et al. V Guideline of the Brazilian Society of Cardiology on acute myocardial infarction treatment with ST Segment Elevation. *Arq Bras Cardiol*. 2015[citado em 2019 out. 10];105(2):1-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v105n2s1/0066-782X-abc-105-02-s1-0001.pdf>
6. Brant JM, Mohr C, Coombs NC, Finn S, Wilmarth E. Nurses' knowledge and attitudes about pain: personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Manag Nurs*. 2017[citado em 2019 out. 10];18(4):214-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>
7. Alzghoul B, Abdullah NA. Pain Management practices by nurses: an application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) model. *Glob J Health Sci*. 2015[citado em 2019 out. 10];8(6):154-60. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p154>
8. Gretarsdottir E, Zoega S, Tomasson G, Sveindottir H, Gunnarsdottir S. Determinants of knowledge and attitudes regarding pain among nurses in a university hospital: a cross-sectional study. *Pain Manag Nurs*. 2017[citado em 2019 out. 10];18(3):144-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02183.x>
9. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D, Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *J Adv Nurs*. 2001[citado em 2019 out. 10];36(4):535-45. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2001.02006.x>
10. O'Keefe-McCarthy S, McGillion M, Nelson S, Clarke S, McFetridge-Durdle J, Watt-Watson J. Content validity of the Toronto pain management inventory acute coronary syndrome version. *Can J Cardiovasc Nurse*. 2014[citado em 2019 out. 10];24(2):11-8. Disponível em: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)01182-8/pdf](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)01182-8/pdf)
11. Orbach R, Bjomer J, Jazewski M, John MT, Lobbzoo F. Guidelines for establishing cultural equivalency of instruments. 2013[citado em 2019 out. 10]. Disponível em: https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-of-Instruments-2013_05_118608.pdf
12. Dias JS, Rocha LP, Carvalho DP, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Dalmolin GL. Construction and validation of a tool to assess nursing interpersonal relations. *Rev Bras Enferm*. 2019[citado em 2020 maio 2];72(2):408-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200408&lng=en
13. Silveira MB, Saldanha RP, Leite JCC, Silva TOF, Silva T, Filippin LI. Construction and validation of content of one instrument to assess falls in the elderly. *Einstein (São Paulo)*. 2018[citado em 2020 maio 2];16(2):eAO4154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200207&lng=en
14. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: CRC Texts; 1990.
15. Santos SM, Araújo TL, Cavalcante TF, Galindo Neto NM. Acute pain in myocardial infarction: analysis of concept. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015[citado em 2019 out. 10];36(3):102-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rngen/v36n3/pt_1983-1447-rngen-36-03-00102.pdf
16. Oliveira Jr MT, Canesin MF, Marcolino MS, Ribeiro AL, Carvalho AC, Reddy S, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Telemedicine guideline in Patient Care with Acute Coronary Syndrome and Other heart Diseases. *Arq Bras Cardiol*. 2015[citado em 2019 out. 10];104(5 suppl.1):1-26. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-telemedicina-portugues.pdf>
17. El-Rahman MA, Kaladeh MTA, Muhbes FJ. Knowledge and attitude towards pain management: a comparison between oncology and non-oncology nurses in Jordan. *Int J Nurs Stud*. 2013[citado em 2019 out. 10];2(2):95-100. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/274469179_Knowledge_and_attitude_towards_pain_management_A_comparison_between_oncology_and_non-oncology_nurses_in_Jordan
18. Weeler E, Hardi T, Klemum P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. *Pain Manag Nurs*. 2010[citado em 2019 out. 10];11(2):108-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.06.005>
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000[citado em 2020 maio 2];25(24):3186-91. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Fulltext/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx
20. Quatrini HCCPG, Pena SB, Lopes JL, Lopes CT, Barros ALBL. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *Int J Nurs Knowl*. 2016[citado em 2020 maio 2];27(3):130-5. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/2047-3095.12089>
21. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003 [citado em 2020 maio 2];41(4):376-82. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>
22. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Uffholz LA, Mascioli K, et al. The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: a review. *Acad Med*. 2017[citado em 2020 maio 2];92(10):1491-8. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2017/10000/The_Use_of_the_Delphi_and_Other_Consensus_Group.38.aspx
23. Connell J, Carlton J, Grundy A, Taylor Buck E, Keetharuth AD, Ricketts T, et al. The importance of content and face validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Qual Life Res*. 2018[citado em 2020 maio 2];27(7):1893-902. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5997715/pdf/11136_2018_Article_1847.pdf
24. Pretorius A, Searle J, Marsball B. Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patient's pain. *Pain Manag Nurs*. 2015[citado em 2019 out. 10];16(3):372-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>
25. O'Keefe-McCarthy S, McGillion M, Clarke SP, McFetridge-Durdle J. Pain and anxiety in rural acute coronary syndrome patient awaiting diagnostic cardiac catheterization. *J Cardiovasc Nurs*. 2015[citado em 2019 out. 10];30(6):546-57. Disponível em: https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2015/11000/Pain_and_Anxiety_in_Rural_Acute_Coronary_Syndrome.13.aspx

Anexo 1 - Questões da versão original, versão final, versão consolidada e suas respectivas justificativas. São Paulo-SP, Brasil, 2016

Versão Original	Versão baseada nas traduções	Versão consolidada na 6ª fase	Justificativa
The Toronto Pain Management Inventory ACS– Version (Scoring Template)	Inventário de Manejo da Dor de Toronto - Síndrome coronariana aguda - SCA - Versão (Modelo de pontuação)	Inventário de Manejo da Dor de Toronto - SCA - Versão brasileira (Formulário de pontuação)	A palavra Modelo foi substituída pelo termo Formulário por ser considerado mais adequado; Foi incluída “ versão brasileira ”, após o título para indicar o país-alvo em que a escala passou pelo processo de tradução e adaptação transcultural.
This 24 item inventory collects information about your knowledge and beliefs about Acute Coronary Syndrome (ACS). For each item, please circle the number that best describes your understanding of ACS pain and its associated management.	Este inventário de 24 itens coleta informações sobre seu conhecimento e opinião acerca da Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Para cada item, por favor, circule o número que melhor descreve seu entendimento sobre a dor relacionada à SCA e seu manejo.	Este inventário de 24 itens coleta informações sobre seu conhecimento e crença sobre a Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Para cada item, por favor, circule o número que melhor descreve seu entendimento sobre a dor relacionada à SCA e seu manejo.	Foi sugerida a substituição de “ opinião acerca da ”, por “ crença sobre a ”, considerando o significado real das palavras dentro do contexto.
Item 1 - With effective pain management, what pain rating should ACS patients experience after treatment?	Com o manejo efetivo da dor, qual é a intensidade da dor que os pacientes com SCA devem suportar / experimentar após o tratamento?	Com o manejo efetivo da dor, qual é o nível de dor que os pacientes com SCA devem sentir após o tratamento?	“Nível de dor” foi considerado o termo mais comumente utilizado na prática de enfermagem brasileira em lugar de intensidade . Julgou-se que os termos “suportar” e “experencia” não eram adequados e, então, sugeriu-se “sentir”.
No pain – Worst pain ever	Sem dor – Dor máxima	Nenhuma dor – Dor máxima	Considerou-se o termo “ nenhuma ” mais adequado para relatar o nível de dor.
Item 2 - How often do ACS patients overstate their chest pain (i.e., what % of the time)?	Com qual frequência os pacientes com SCA superestimam sua dor no peito? (por ex: qual a porcentagem do tempo)?	Com qual frequência os pacientes com SCA superestimam sua dor no peito? (i.e: qual % de vezes)?	Considerou-se que “i.e” trata-se de “isto é” e não, “por exemplo; Optou-se por “% de vezes” em detrimento de “porcentagem do tempo”, por acreditar que a porcentagem de tempo referia-se a uma medida em horas, dificultando a resposta e o entendimento da questão.*
Item 3 - To what degree is an opioid analgesic appropriate for severe ACS-related pain?	Em que medida um analgésico opioide é apropriado para dor severa relacionada à SCA?	Quando um analgésico opioide é apropriado para dor intensa relacionada à SCA?	A expressão “Em que medida” foi substituída por “Quando”, uma vez que medida se refere a uma ação e o efeito de medir: comparar uma quantidade com sua unidade ou algo não material com outra coisa. O termo “severa” foi substituído por “intensa”, considerando-se o tipo de resposta solicitada à pergunta.
Item 4 - What percentage of patients that require opioids for pain become addicted?	Qual é o percentual de pacientes que necessitam de opioide para dor e se tornam adictos?	Qual é o percentual de pacientes que necessitam de opioide para dor que se tornam dependentes?	A palavra “e” foi substituída pela palavra “que”, indicando continuidade apenas de uma pergunta. Considerou-se que o termo mais usado comumente é “dependentes” e não “adictos”.
Item 9 - Disagree – Agree	Não concordo - Concordo	Discordo – Concordo	A expressão “ não concordo ” foi substituída por “ discordo ”, considerando-se o tipo de resposta solicitada à pergunta.
Item 10 - What pain rating should ACS patients have before the next opioid analgesic dose is given?	Qual a classificação de dor que os pacientes com SCA devem reportar antes de ser administrada a próxima dose de analgésico opioide?	Qual o nível de dor que os pacientes com SCA devem ter antes de ser administrada a próxima dose de analgésico opioide?	A palavra “ classificação ” foi substituída por “ nível ”, considerando-se o real significado da pergunta e a forma usual utilizada na prática clínica de enfermagem. A palavra “ reportar ” foi substituída por “ ter ”, por se aproximar mais dos termos utilizados na prática de enfermagem brasileira.**
Item 11 - What percentage of the time would you administer an opioid analgesic for ACS pain?	Qual a porcentagem do tempo em que você administraria um analgésico opioide para dor de SCA?	Com qual frequência você administraria um analgésico opioide para dor de SCA?	Considerou-se a expressão “Com qual frequência” em lugar de “Qual a porcentagem do tempo em que”, por acreditar que a porcentagem de tempo referia-se a uma medida em horas e não em vezes, dificultando a resposta e o entendimento da questão.***

Continua...

Continuação...

<p>Item 12 - What pain rating should ACS patients have before increasing the dose of intravenous nitroglycerine?</p>	<p>Qual a classificação de dor que os pacientes com SCA devem reportar antes do aumento gradual da dose de Nitroglicerina intravenosa?</p>	<p>Qual o nível de dor que os pacientes com SCA devem ter antes de aumentar a dose de Nitroglicerina intravenosa?</p>	<p>A expressão “aumento gradual” foi substituída por “aumentar”, termo mais adequado dentro do contexto da pergunta.</p>
<p>Item 15 - How often would you give ACS patients an analgesic for chest pain if their BP and HR were within normal limits?</p>	<p>Com qual frequência você administraria analgésicos para dor no peito em pacientes com SCA estando a PA e a FC dentro dos limites normais?</p>	<p>Com qual frequência você administraria aos pacientes com SCA analgésicos para dor no peito, se a PA e a FC estiverem dentro dos limites normais?</p>	<p>Jugou-se necessária a reformulação parcial da pergunta do ponto de vista da coesão e progressão textual, de forma a facilitar o entendimento e a resposta.</p>
<p>Item 16 - When beginning thrombolytic therapy, what percentage of the time would you hold opioid analgesics to determine if effective reperfusion ST changes have occurred?</p>	<p>Quando iniciada a terapia trombolítica, qual a porcentagem do tempo você manteria o analgésico opioide para determinar se as mudanças que ocorreram foram efetivas para a reperusão de ST?</p>	<p>Ao iniciar a terapia trombolítica, em quantos por cento das vezes você esperaria para administrar analgésicos opióides para determinar se alterações efetivas de reperusão no segmento ST ocorreram?</p>	<p>Jugou-se necessária a reformulação da pergunta por apresentar discordância com a versão original. Houve inclusão da palavra “segmento” para facilitar o entendimento dos respondentes no momento da escolha da resposta.</p>
<p>Item 17 - A 45 year old male patient had an anterior wall MI one month ago. Today he presents to the ED with a report of moderate chest pain, scoring 5/10 on the pain intensity scale. While you are attaching the bedside monitor, you notice that his two lead ECG has no ST- and T segment changes. Would you give him the Morphine, as ordered: 2.5- 5mg IV q 5 minutes to a maximum of 10 mg/hour PRN?</p>	<p>Um paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, teve IAM da parede anterior há um mês. Hoje, ele chega ao DE com um relato de dor no peito moderada, nota 5/10 na escala de intensidade de dor. Enquanto você, à beira-leito, monitora-o, você observa que duas derivações do ECG não têm mudanças nos segmentos ST e T. Você administraria Morfina conforme pedido: 2.5-5 mg IV a cada 5 minutos para um máximo de 10 mg/hora PRN?</p>	<p>Um homem de 45 anos teve IAM da parede anterior há um mês. Hoje ele chega ao pronto atendimento com um relato de dor no peito moderada, nota 5/10 na escala de intensidade de dor. Enquanto você instala a monitorização, à beira-leito, observa que não há mudanças de segmento ST e T no ECG de duas derivações. Você administraria Morfina, conforme pedido: 2.5-5 mg IV a cada 5 minutos até o máximo de 10 mg/hora se necessário?</p>	<p>A expressão “Um paciente do sexo masculino” foi substituída por “Um homem”. A sigla “DE” vem do inglês “Department of Emergency” e foi substituída por “pronto-atendimento”. Na sequência, foi comparada a versão final com o instrumento original e julgou-se necessária a reformulação parcial da pergunta para melhor entendimento. A palavra “para” foi substituída pelo termo “até”, indicando o limite da dosagem do medicamento. A sigla “PRN” (<i>Pro re nata</i>) não é utilizada no Brasil e foi substituída pela expressão “se necessário”.</p>
<p>Item 18 - Mrs. A, is a 67 year old patient admitted with an inferior wall MI. She has received an antiemetic for nausea but has considerable pain. Your colleagues recommend reducing her IV Morphine dose. Would you follow this advice?</p>	<p>Senhora A., paciente de 67 anos de idade, foi admitida com IAM da parede inferior. Ela recebeu um antiemético para náuseas, mas está com dor considerável. Seus colegas recomendam reduzi-la com dose de Morfina IV. Você seguiria este conselho?</p>	<p>Sra. A., é uma paciente de 67 anos de idade, admitida com IAM da parede inferior. Ela recebeu um antiemético para náuseas, mas está com dor considerável. Seus colegas recomendam reduzir sua dose de Morfina IV. Você seguiria este conselho?</p>	<p>Visto que, na versão original a pergunta inicia-se com abreviatura de “Mrs. A”, foi decidido manter o texto original, substituído o termo “Senhora A” por “Sra. A”. Foi realizada uma adequação do texto do ponto de vista da coesão, coerência e progressão textual.</p>
<p>Item 19 - Mr. S. continues to have severe pain despite receiving the maximum morphine dose ordered. Would you consult with the ordering physician about obtaining an order for a larger maximum dose?</p>	<p>Senhor S. continua apresentando dor severa, mesmo recebendo a dose máxima de Morfina prescrita. Você consultaria o médico que prescreveu no sentido de obter uma prescrição para uma dose máxima maior?</p>	<p>Sr S. continua apresentando dor intensa, mesmo recebendo a máxima dose de Morfina prescrita. Você consultaria o médico prescritor para obter autorização para aumentar a dose máxima?</p>	<p>Optou-se por manter a expressão “Sr. S.” em lugar de “Senhor S.”, considerando o texto na versão original. A palavra “severa” foi substituída pela palavra “intensa”, de forma usual utilizada na prática clínica de enfermagem. Optou-se pela expressão “máxima dose de Morfina” em lugar de “dose máxima de Morfina” para melhor entendimento.</p>
<p>Item 20 - What percentage of the time do younger patients with ACS experience more pain as compared to older ACS patients?</p>	<p>Qual a porcentagem de tempo os pacientes jovens com SCA apresentam mais dor quando comparados aos pacientes mais velhos com SCA?</p>	<p>Com qual frequência os pacientes mais jovens com SCA apresentam mais dor quando comparados aos pacientes mais velhos com SCA?</p>	<p>Foi incluída a palavra “mais” na expressão “mais jovens”, enfatizando a forma correta da tradução da palavra “younger” da versão original.</p>
<p>Item 22 - How competent do you feel in effectively managing ACS patients having ongoing pain?</p>	<p>Quanto competente você acredita ser no manejo efetivo da dor persistente em pacientes com SCA?</p>	<p>Quão competente você se sente em manejar efetivamente o paciente com dor vigente na SCA?</p>	<p>Julgou-se necessária a substituição da expressão “Quanto” pelo termo “Quão”, enfatizando intensidade, bem como para aumentar a qualidade da pergunta. Porém “Quanto” e “Quão” são sinônimos. Substituída a palavra “acreditar” por “se sente” termo mais adequado, facilitando no momento da resposta.**** A palavra “persistente” foi substituída por “vigente”, indicando algo que está acontecendo nesse momento.</p>

Continua...

Continuação...

<p>Item 24 - To what degree are patients' self-reports of pain intensity the gold standard guiding pain management?</p>	<p>Até que ponto os relatos dos pacientes sobre a intensidade da dor é padrão ouro, conduzindo o manejo da dor?</p>	<p>Até que ponto o autorrelato de intensidade da dor dos pacientes é considerado padrão ouro para nortear o manejo da dor?</p>	<p>Observou-se discrepância quando comparadas as versões original e final. Considerou-se a importância de preservar a versão original, e a pergunta foi reformulada. Foi substituído o termo “conduzindo” por “nortear” por determinar uma direção, um guia a ser seguido no manejo da dor.</p>
<p>Scoring Template: Toronto Pain Management Inventory-Acute Coronary Syndrome Version (TPMI-ACS). The TPMI-ACS is a 24 item scale that measures nurses' knowledge of ACS pain and cardiac pain assessment, anxiety, pharmacologic management strategies, including anti-anginal medications and opioids. In order to decrease acquiescence bias and avoid use of negative items, half of the scale items are phrased so that higher scores indicate "greater knowledge (Streiner; Norman, 2008). To the final score, the remaining items (i.e., 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20) were reversed (i.e., subtracted from 100) and all items were summed. The overall summary range is 0 to 2400; higher scores indicate knowledge."</p>	<p>Modelo de Pontuação: Inventário de Manejo da Dor de Toronto – Versão Síndrome Coronariana Aguda (IMDT - SCA). O TPMI-ACS é um questionário de 24 itens que mede o conhecimento de enfermeiros sobre a dor cardíaca, ansiedade, estratégias no manejo farmacológico, incluindo medicamentos antianginosos e opioides. A fim de diminuir o viés consentido e evitar o uso de itens negativos, metade dos itens da escala são formulados de tal forma que as "pontuações mais elevadas indicam maior conhecimento (STREINER; NORMAN, 2008). Para gerar a pontuação final, os itens restantes (ex.: 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20) foram revertidos (ex.: subtraídos de 100) e todos os itens foram somados. O intervalo da pontuação total é de 0 a 2.400; pontuações mais altas indicam um conhecimento superior."</p>	<p>Formulário de Pontuação: Inventário de Manejo da Dor de Toronto – Versão Síndrome Coronariana Aguda (IMDT - SCA - BR). O TPMI-SCA é um inventário de 24 itens que mede o conhecimento de enfermeiros sobre a dor na SCA, além da avaliação da dor cardíaca, ansiedade, estratégias no manejo farmacológico, incluindo medicamentos antianginosos e opioides. A fim de diminuir o viés de acquiescência e evitar o uso de itens negativos, metade dos itens da escala são formulados "de tal forma que as pontuações mais elevadas indicam maior conhecimento (STRINER; NORMAN, 2008). Para obter a pontuação final, os itens restantes (i.e.: 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20) foram revertidos (ex.: subtraídos de 100) e, posteriormente, todos os itens foram somados. A pontuação total varia de 0 a 2.400; em que pontuações mais altas indicam um conhecimento superior."</p>	<p>Considerou-se necessária a substituição da palavra “Modelo” pelo termo “Formulário”, por permitir a formalização das informações. Incluída a sigla “BR” para indicar a versão brasileira. Foi substituída a palavra “questionário” por “inventário”, que indica efetuar um julgamento / avaliação sobre algo. Foi substituído o termo “consentido” por “acquiescência”, no sentido de concordância. Optou-se pela substituição da palavra “gerar” por “obter”, por indicar possuir, alcançar algum resultado. Julgou-se necessária a reformulação da expressão “A pontuação total varia de” em lugar de “O intervalo da pontuação total é de” por apresentar discrepância quando comparada à versão original."</p>
<p>"NAME / LABEL / VALUE / MEASURE / COMMENTS"</p>	<p>NOME / RÓTULO / VALOR / MEDIDA / COMENTÁRIOS</p>	<p>NOME / DESCRIÇÃO VALOR / MEDIDA COMENTÁRIOS</p>	<p>Considerou-se a substituição da palavra RÓTULO por DESCRIÇÃO, termo mais comumente utilizado para explicar o conteúdo a ser avaliado.</p>
<p>Reverse Scoring: (e.g. If scored 80 then actual reverse score would be 20.) The correct answer is zero pain = 100.</p>	<p>Pontuação Reversa (p. ex. Se pontuado 80, então, a nota reversa será 20.) A resposta correta é dor zero = 100</p>	<p>Pontuação Reversa (p. ex. Se pontuado 80, então, a pontuação reversa será 20.) A resposta correta é dor zero = 100</p>	<p>A palavra “nota” que significa: fazer uma observação sobre algo, foi substituída por “pontuação” que significa: efeito de pontuar, relacionada à interpretação dos resultados.</p>
<p>Knowledge Level / TPMI-Total Score KNOWLEDGE CATEGORY 0= low knowledge 0-800 1= moderate knowledge 801- 1.600 2= most knowledge 1.601- 2.400</p>	<p>Nível de Conhecimento / IMDT-Pontuação Total Categoria de Conhecimento 0= baixo conhecimento 0-800 1= conhecimento moderado 801-1.600 2= muito conhecimento 1.601- 2.400</p>	<p>Nível de Conhecimento / IMDT-Pontuação Total / Categoria de Conhecimento 0= pouco conhecimento 0-800 1= moderado conhecimento 801-1.600 2= muito conhecimento 1.601- 2.400</p>	<p>Foi substituído o termo “baixo” que significa: inferior por “pouco” que possui o significado de insuficiente, considerando o termo escolhido mais adequado para avaliar o conhecimento.</p>

*Os itens 2, 5, 6, 14 e a descrição do Formulário de Pontuação passaram pelas mesmas modificações.

Anexo 2 - Inventário de Manejo da Dor de Toronto - SCA - Versão brasileira (Formulário de pontuação)

Este inventário de 24 itens coleta informações sobre o seu conhecimento e crença sobre a Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Para cada item, por favor, circule o número que melhor descreve seu entendimento sobre a dor relacionada à Síndrome Coronariana Aguda e seu manejo.

1. Com o manejo efetivo da dor, qual é o nível de dor que os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda devem sentir após o tratamento?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nenhuma Dor Dor máxima

2. Com qual frequência os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda superestimam sua dor no peito? (isto é: qual % de vezes?)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nunca Sempre

3. Quando um analgésico opióide é apropriado para dor intensa relacionada à Síndrome Coronariana Aguda?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nunca Sempre

4. Qual é o percentual de pacientes que necessitam de opióide para dor que se tornam dependentes?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nenhum Todos

5. Após a sua avaliação inicial, com qual frequência os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda relatam, voluntariamente, quando eles estão tendo dor no peito? (isto é: qual % de vezes?)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nunca Sempre

6. Com qual frequência os pacientes com SCA solicitam, voluntariamente, analgésicos para dor no peito? (isto é: qual % de vezes?)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nunca Sempre

7. Em que medida a dor no peito é proporcional ao tamanho e profundidade da região isquêmica miocárdica?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Não proporcional Proporcional

8. Em que medida a dor no peito está associada à ansiedade em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Não associada Associada

9. Até que ponto você concorda que a Morfina IV tem uma dose máxima acima da qual não é obtido maior alívio de dor?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Discordo Concordo

10. Qual o nível de dor que os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda devem ter antes de ser administrada a próxima dose de analgésico opióide?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nenhuma Dor Dor máxima

11. Com qual frequência você administraria um analgésico opióide para dor de Síndrome Coronariana Aguda?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
12. Qual o nível de dor que os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda devem ter antes de aumentar a dose de Nitroglicerina intravenosa?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nenhuma Dor										Dor máxima
13. Com qual frequência você administraria Nitroglicerina IV para tratar a dor no peito na Síndrome Coronariana Aguda?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
14. Com qual frequência você diz aos pacientes que eles precisam esperar antes da próxima dose de analgésico para dor no peito (isto é: qual % de vezes)?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
15. Com qual frequência você administraria aos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda analgésicos para dor no peito, se a PA e a FC estiverem dentro dos limites normais?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
16. Ao iniciar a terapia trombolítica, em quantos por cento das vezes você esperaria para administrar analgésicos opióides para determinar se alterações efetivas de reperfusão no segmento ST ocorreram?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
17. Um homem de 45 anos teve IAM da parede anterior há um mês. Hoje ele chega ao pronto atendimento com um relato de dor no peito moderada, nota 5/10 na escala de intensidade de dor. Enquanto você instala a monitorização, à beira-leito, observa que não há mudanças de segmento ST e T no ECG de duas derivações. Você administraria Morfina conforme pedido: 2.5-5 mg IV a cada 5 minutos até o máximo de 10 mg/hora se necessário?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
18. Sra. A., é uma paciente de 67 anos de idade, admitida com IAM da parede inferior. Ela recebeu um antiemético para náuseas, mas está com dor considerável. Seus colegas recomendam reduzir sua dose de Morfina IV. Você seguiria este conselho?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
19. Sr S. continua apresentando dor intensa, mesmo recebendo a máxima dose de Morfina prescrita. Você consultaria o médico prescritor para obter autorização para aumentar a dose máxima?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre
20. Com qual frequência os pacientes mais jovens com Síndrome Coronariana Aguda apresentam mais dor quando comparados aos pacientes mais velhos com Síndrome Coronariana?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	Nunca										Sempre

21. Com qual frequência você utiliza uma escala de classificação numérica para avaliar a intensidade da dor no peito (por exemplo: 0-10)?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Nunca Sempre

22. Quão competente você se sente em manejar efetivamente o paciente com dor vigente na Síndrome Coronariana Aguda?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Não competente Competente

23. Quão adequado você sente que é o seu conhecimento atual sobre a avaliação e manejo da dor na Síndrome Coronariana Aguda?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Não Adequado Adequado

24. Até que ponto o auto relato de intensidade da dor dos pacientes é considerado padrão ouro para nortear o manejo da dor?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Não é padrão ouro Padrão ouro

